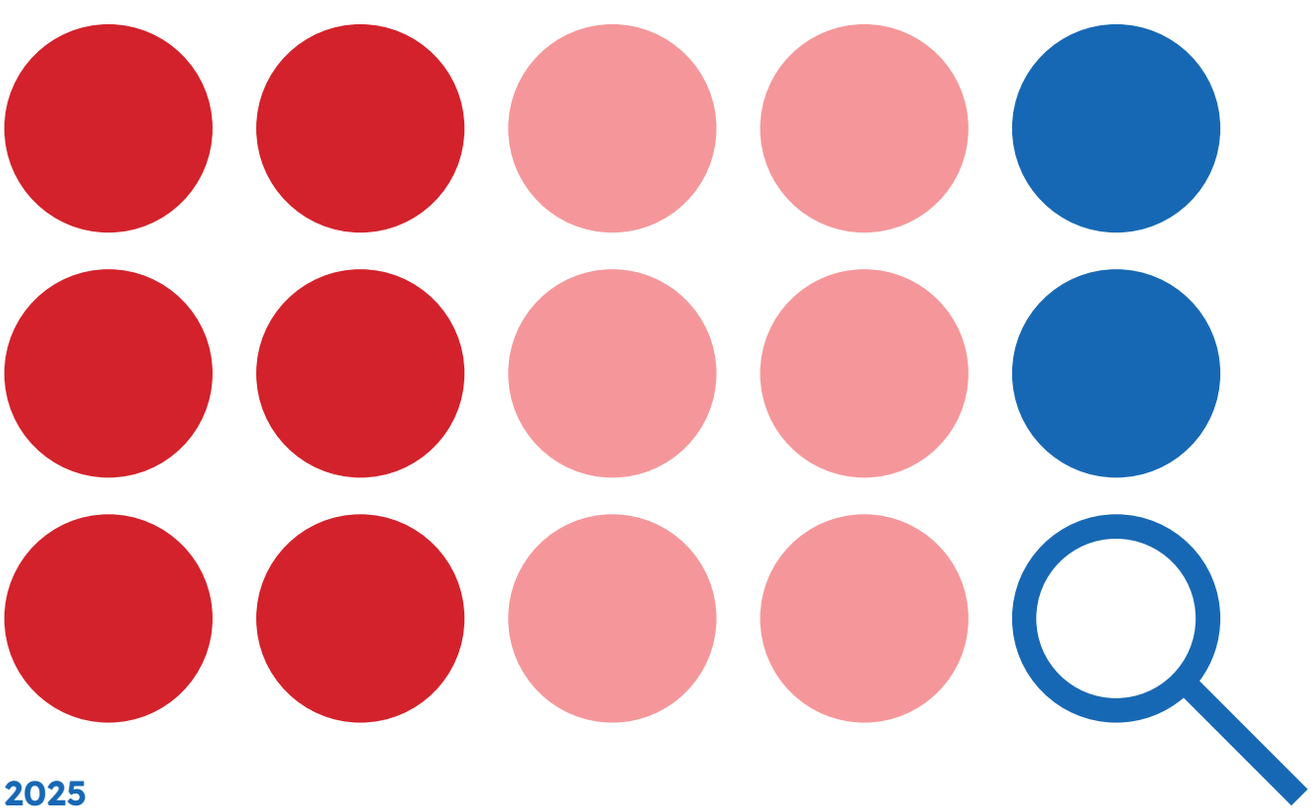
MARIA BRODZIKOWSKA
AGNIESZKA WALENDZIK-OSTROWSKA
JOANNA DEC-PIETROWSKA
MICHAŁ PAWLĘGA

NOWOCZESNA PROFILAKTYKA HIV I INNYCH INFEKCJI PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ

PRAKTYCZNE ROZWIĄZANIA WSPIERAJĄCE EDUKACJĘ ZDROWOTNĄ



2025

NOWOCZESNA PROFILAKTYKA HIV I INNYCH INFEKCJI PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ

Praktyczne rozwiązania wspierające edukację zdrowotną

Grono autorskie:

Maria Brodzikowska

Agnieszka Walendzik-Ostrowska

Joanna Dec-Pietrowska

Michał Pawlęga

Projekt graficzny, skład i łamanie:

OKOVABI Katarzyna Jackiewicz

Redakcja i korekta:

FARFURNIA Tomasz Karpowicz

Iwona Gąsior

Konsultacje:

dr hab. n. med. Monika Bociąga-Jasik, prof. UJ (recenzja i konsultacja medyczna)

Włodzimierz Paszyński (recenzja i konsultacja merytoryczna)

dr Izabela Fornalik (konsultacja dot. osób z niepełnosprawnością intelektualną)

Magdalena Glewicz (konsultacja przedstawicielki środowiska osób żyjących z HIV)

W publikacji wykorzystano elementy graficzne ze strony storyset.com
(s. 149, 150, 152, 168, 169, 170, 171, 172, 173).

ISBN: 978-83-87068-63-9

Wydanie I

© Copyright by Maria Brodzikowska, Agnieszka Walendzik-Ostrowska,
Joanna Dec-Pietrowska, Michał Pawlęga

© Copyright by Krajowe Centrum ds. AIDS
Warszawa 2025

SPIS TREŚCI

Wstęp 7

1. Zagadnienia teoretyczne 11

1.1. Rys historyczny 12

1.2. Podstawowe informacje dotyczące HIV i AIDS 16

1.2.1. HIV a AIDS 16

1.2.2. Leczenie zakażenia HIV 18

1.2.3. Epidemiologia HIV i infekcji przenoszonych drogą płciową (STIs) 21

1.2.4. Drogi zakażenia HIV 22

1.3. Testowanie w kierunku HIV 31

1.4. Stygmatyzacja i dyskryminacja osób żyjących z HIV i ich bliskich 34

1.5. Kobiety i HIV 37

1.6. Dziecko żyjące z HIV w rodzinie, przedszkolu i szkole 45

1.7 Populacje kluczowe a HIV 47

1.8. Inne infekcje przenoszone drogą płciową – podstawowe informacje 51

1.8.1. Kiła 52

1.8.2. Rzeżączka 55

1.8.3. Chlamydioza 56

1.8.4. NGU (Nieswoiste zapalenie cewki moczowej) 58

1.8.5. Ziarnica weneryczna pachwin (LGV) 59

1.8.6. Mięczak zakaźny 60

1.8.7. Brodawki narządów płciowych i HPV 61

1.8.8. Opryszczka 63

1.8.9 Mpox (zwany wcześniej *monkeypox* lub małpią ospą) 65

1.8.10. Wirusowe zapalenie wątroby (WZW) 67

1.8.11. Wszawica łonowa 74

1.8.12. Świerzb 75

1.9. Zapobieganie nowym zakażeniom 76

1.9.1. Strategie profilaktyczne ... 76

1.9.2 Zasady profilaktyki HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową (STIs) ... 81

1.9.3. Przykłady skutecznych i nieskutecznych oddziaływań profilaktycznych ... 89

1.10. Nowoczesne narzędzia profilaktyczne ... 93

1.11 Język profilaktyki – zalecenia UNAIDS ... 96

1.12 Działania profilaktyczne jako narzędzie zmiany zachowań ... 101

1.12.1. Teorie indywidualne ... 102

1.12.2. Teorie i modele społeczne ... 106

2. Charakterystyka potrzeb w zakresie profilaktyki HIV i infekcji przenoszonych drogą płciową (STIs) w poszczególnych grupach wiekowych ... 109

2.1. Wiek przedszkolny i wczesnoszkolny ... 110

2.1.1. Charakterystyka wieku: możliwości poznawcze i emocjonalne ... 110

2.1.2. Cele edukacji i profilaktyki w tej grupie wiekowej ... 112

2.2. Wiek adolescencji ... 113

2.2.1. Charakterystyka wieku: możliwości poznawcze i emocjonalne – omówienie dojrzewania z perspektywy psychoseksualnej ... 113

2.2.2. Potrzeby oraz cele edukacji i profilaktyki – różnice w odniesieniu do poszczególnych etapów dojrzewania ... 117

2.2.3. Działania profilaktyczne kierowane do młodzieży – na co zwrócić uwagę? ... 118

2.2.4. Nastolatki i młodzi dorośli z niepełnosprawnością intelektualną (NI) ... 120

2.3. Młodzi dorośli oraz osoby w wieku średniej dorosłości, aktywne seksualnie ... 123

2.3.1. Charakterystyka okresu dojrzałości ... 123

2.3.2. Możliwości prowadzenia profilaktyki pozainstytucjonalnej ... 126

2.4. Seniorzy i seniorki ... 132

2.4.1. Charakterystyka wieku ... 132

2.4.2. Potrzeby seniorów i seniorek w zakresie profilaktyki HIV/STIs ... 133

2.4.3. Cele edukacji i profilaktyki w tej grupie wiekowej ... 135

3. Scenariusze ćwiczeń i materiały do pracy ... 137

3.1. Scenariusze na początek zajęć ... 138

3.1.1. Kto, tak jak ja... 139

3.1.2. Znajdź osobę, która... 139

3.1.3. „Moje granice” 140

3.1.4. Jedziemy na biwak 141

3.1.5. Złap smoka za ogon 141

3.1.6. Ile używasz? 142

3.1.7. Ludzkie bingo 142

3.2. Rekomendowane scenariusze i materiały dla młodszych dzieci 145

3.2.1. Nasze zdrowie 145

3.2.2. Prawda – fałsz dla dzieci w wieku przedszkolnym 146

3.2.3. Jak pojawia się u nas choroba? 147

3.2.4. Ratunku! Staś rozwalił sobie nogę! 148

3.2.5. Pomóż Tosi 149

3.2.6. Plansza do zabawy – ochroń Janka przed wirusami 151

3.3. Scenariusze zajęć dotyczących wiedzy o HIV i innych infekcjach przenoszonych drogą płciową (STIs) 153

3.3.1. Prawda – fałsz 153

3.3.2. HIV i AIDS – z czym mi się to kojarzy? 154

3.3.3. Co jest, a co nie jest bezpieczne? 155

3.3.4. Szacowanie narażenia na zakażenie HIV 156

3.3.5. Karuzela z pytaniami 159

3.3.6. Prawda – fałsz 2 161

3.3.7. Scenariusz z wykorzystaniem animacji – część 1 (decyzja o testowaniu) 161

3.3.8. Scenariusz z wykorzystaniem animacji – część 2 (procedura testowania w PKD) 163

3.3.9. Scenariusz z wykorzystaniem animacji – część 3 (możliwe wyniki) 164

3.3.10. Scenariusz z wykorzystaniem animacji – część 4 (wsparcie i pomoc po rozpoznaniu zakażenia, edukacja na temat życia z HIV) 165

3.3.11. Scenariusz z wykorzystaniem animacji – część 5 (wsparcie i pomoc po rozpoznaniu zakażenia) 166

3.3.12. Historyjki – uzupełnianki 168

3.3.13. Infekcje przenoszone drogą płciową (STIs) – wielka rozgrywka 175

3.3.14. Porozmawiajmy o infekcjach przenoszonych drogą płciową (STIs) 178

3.4. Scenariusze zajęć na temat postaw i przekonań 181

3.4.1. Decyzja należy do ciebie 181

3.4.2. Pigułka 183

3.4.3. Krok do przodu 184

3.4.4. Kakofonia 185

3.4.5. Co HIV może zmienić w życiu? 188

3.4.6. Warsztat o języku i stereotypach 189

3.4.7. Język i biografia 190

3.4.8. Zegar stereotypów 191

3.4.9 Dla młodzieży: o decyzji i wyborach 193

3.4.10. Dla młodzieży: o inicjacji seksualnej „Czy to naprawdę moja decyzja?” 193

3.4.11. Dla młodzieży: o warunkach inicjacji seksualnej i świadomej zgody 195

3.4.12. Z dzieciństwa wiem, że 196

3.4.13. Co wiemy o tych, których nie znamy? 199

Załączniki 202

Załącznik 1. Skróty używane w tekście 202

Załącznik 2. Proponowana literatura 205

Załącznik 3. Polskie organizacje zajmujące się działaniami w zakresie profilaktyki HIV i wsparcia osób z HIV 207

Załącznik 4. Instrukcja użycia prezerwatyw 208

O gronie autorskim 209

Spis tabel 211

Spis rysunków 211

Bibliografia 212

Wstęp

Prezentujemy publikację, która – w naszym przekonaniu – stanie się cennym narzędziem przydatnym do przygotowywania zajęć dotyczących profilaktyki HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową (ang. *sexually transmitted infections, STIs*). Jako osoby od wielu lat zaangażowane w edukację zdrowotną, dostrzegamy konieczność przygotowania nowoczesnego opracowania, które mogłoby być stosowane przez osoby zajmujące się edukacją zdrowotną, chcące uaktualnić bądź poszerzyć swoją wiedzę na temat problematyki HIV/STIs.

Inicjatorem niniejszej publikacji jest Krajowe Centrum ds. AIDS. Jednak aby ten pomysł mógł się w pełni zmaterializować, zaprosiło ono do współpracy osoby mające bogate, wieloletnie doświadczenie w edukacji zdrowotnej, a także w aktywności naukowej.

Podczas pracy nad niniejszą publikacją wykorzystano najnowszą wiedzę naukową, zalecenia oraz standardy odnoszące się do edukacji i do profilaktyki HIV/STIs, opracowane przez liczne organizacje międzynarodowe, takie jak: Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV i AIDS (UNAIDS), Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP), Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Oświaty, Nauki i Kultury (UNESCO), Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF), Rada Europy czy Międzynarodowa Federacja Planowania Rodzicielstwa (IPPF). Publikacja zawiera praktyczne informacje na temat kluczowych koncepcji i tematów, które powinny być podejmowane w celu rozpowszechniania informacji na temat problematyki HIV/AIDS/STIs, zwłaszcza wśród osób w wieku dojrzewania i wczesnej dorosłości oraz w populacjach kluczowych HIV.

Trzeba jednak zaznaczyć, że każda wiedza naukowa (a więc i ta prezentowana na kolejnych stronach tej książki) nie jest stała i niezmienna. Dlatego zachęcamy do jej aktualizowania, zwłaszcza gdy będzie ona wykorzystywana w edukacji. W tym celu rekomendujemy zapoznawanie się z aktualnymi wytycznymi, dostępnymi na stronach organizacji międzynarodowych i krajowych – odsyłamy m.in. do strony Krajowego Centrum ds. AIDS (https://aids.gov.pl), do rekomendacji Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (https://www.ptnaids.pl) oraz do strony programów WHO dotyczących HIV, WZW i STIs (https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes), jak również do rekomendacji European AIDS Clinical Society (https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/).

Publikacja składa się z trzech części. Pierwsza zawiera najaktualniejszą wiedzę na temat psychospołecznych i medycznych aspektów epidemii oraz metod jej przeciwdziałania. Informacje tam podane wydają się niezbędne do realizacji profesjonalnej profilaktyki HIV i stanowią wszystko to, co powinna wiedzieć osoba prowadząca zajęcia w tym zakresie. Treści merytoryczne poprzedzono krótkim rysem historycznym, wskazującym najważniejsze – w naszym przekonaniu – wydarzenia z historii epidemii. Część druga przynosi charakterystykę różnych grup i ich potencjalnych potrzeb związanych z profilaktyką zdrowotną w obszarze STIs. Podstawowym i jedynym kryterium ich wyszczególnienia stały się fazy rozwojowe, istotne z punktu widzenia zarówno treści, jak i form oddziaływań profilaktycznych. W części trzeciej zamieszczono przykłady ćwiczeń do wykorzystania w pracy edukacyjnej, z dokładnym ich opisem. Niektóre z nich są pomysłami autorskimi, inne funkcjonują w przestrzeni edukacyjnej już od wielu lat – tam, gdzie to było możliwe (pozwoliła na to wiedza i pamięć grona autorskiego), wskazano ich źródła.

Ogromną wartością niniejszego opracowania stała się możliwość współpracy wielu osób reprezentujących różne środowiska i mających różne doświadczenia – zarówno życiowe, jak i zawodowe. W tym miejscu warto wspomnieć o – niewymienionych tu z imienia i nazwiska – Osobach żyjących z HIV, które są szczególnie bliskie naszym myślom i sercom. Zarówno tych, z którymi wciąż mamy możliwość się spotykać, jak i tych, które są już częścią naszych osobistych historii. Ich obecność pozwoliła nam zyskać doświadczenie i wiedzę niemożliwe do zdobycia poprzez żadne badania naukowe czy analizę literatury.

Publikację dedykujemy Osobom, których dziś już z nami nie ma.
To one nas inspirowały, kształciły, uczyły szacunku dla różnorodności i jej doceniania
oraz zaangażowania w działania, w które wierzymy.
Również dzięki Nim mogła powstać ta książka...

Grażyna Budka-Konieczny

Dariusz Denis

dr Irena Głowaczewska

Wioletta Iwanicka

dr Joanna Kubicka

prof. Zofia Kuratowska

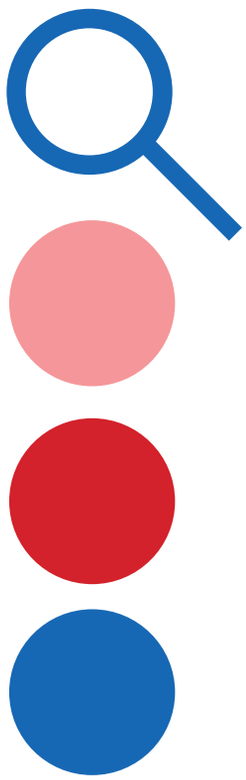
Artur Lutarewicz

prof. Tomasz Niemiec

Krystyna Sokołowska

Wojciech Tomczyński

Szczególną dedykację kierujemy do zmarłego niedawno Roberta Łukasika.
Był pomysłodawcą i dobrym duchem pierwszego polskiego podręcznika o profilaktyce HIV
pt. „Pozytywne życie. O profilaktyce HIV/AIDS dla edukatorów" z 2012 roku.
Będzie nam bardzo brakować Jego niekonwencjonalnego podejścia
i nowatorskich pomysłów na profilaktykę.



1. Zagadnienia teoretyczne

1.1. RYS HISTORYCZNY

Na kształt epidemii HIV oraz tworzenie się mitów i stereotypów, którymi ona obrosła, niebagatelny wpływ miały jej początki. Choć historia AIDS rozpoczęła się w latach 80. XX wieku, a medyczne terapie pozwalają na takie leczenie osób seropozytywnych, które doprowadziło do zmiany kategorii AIDS z choroby śmiertelnej na przewlekłą, to dla większości ludzi jest to nadal choroba, której należy obawiać się bardziej niż innych. Można mnożyć przyczyny wyjaśniające, dlaczego tak się dzieje, natomiast nie sposób wytłumaczyć obecnej sytuacji, jeżeli nie sięgnie się do początków epidemii i do okoliczności, które towarzyszyły pierwszym rozpoznaniom zakażeń HIV i zgonom z powodu AIDS.

Chociaż oficjalny początek epidemii to rok 1980, to pierwsze zakażenia HIV miały miejsce już w latach 50. i 60. (Zhu i wsp., 1998). Epidemia rozpoczęła się w latach 70., natomiast pierwsze zachorowania na AIDS to początek lat 80. – wtedy odnotowano pierwsze przypadki zakażeń przede wszystkim wśród młodych homoseksualnych mężczyzn. Dziś wiemy, że HIV dotyczy także innych populacji, jednak wówczas nie było to takie oczywiste. Wskazano zatem mężczyzn homoseksualnych jako populację narażoną na zakażenie. W praktyce chodziło także o mężczyzn biseksualnych i innych mających kontakty seksualne z mężczyznami, ale wtedy nie dysponowano stosowną terminologią. Dziś raczej użyto by określenia MSM (ang. men who have sex with men), które pojawiło się nieco później.

Na początku czerwca 1981 roku w biuletynie amerykańskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (CDC – ang. *Centers for Disease Control and Prevention*) „Morbidity and Mortality Weekly Report" (MMWR – tygodniowy raport zachorowalności i śmiertelności) opisano nową chorobę, chociaż nie znano jeszcze czynnika ją wywołującego ani dróg przenoszenia (Gottlieb i wsp., 1981). Wiadomo było tylko, że pacjenci mają bardzo niski poziom odporności, co powodowało, że rozwijały się u nich ciężkie, uogólnione zakażenia (wirusowe, bakteryjne, pierwotniakowe, grzybicze) oraz choroby nowotworowe, które pomimo leczenia doprowadzały nieuchronnie do śmierci. W okresie od 1981 do 1990 roku AIDS stało się główną przyczyną zgonów wśród młodych mężczyzn w Stanach Zjednoczonych (Lapierre, 1994). W odpowiedzi na te doniesienia CDC powołało Zespół do Pracy nad Mięsakiem Kaposiego i Zakażeniami Oportunistycznymi, któremu przewodniczył Jim Curran. Efektem pracy zespołu stał się artykuł w „The New York Times", w którym skonstatowano, że ponieważ choroba dotyczyła homoseksualnych białych Amerykanów z klasy średniej, nie było ryzyka zachorowania dla innych grup. Tak sformułowane wnioski miały fundamentalne znaczenie dla społecznej percepcji nowej choroby i stały się początkiem mitu AIDS. Mitu, który okazał się tak samo (a może nawet – bardziej) groźny niż sama choroba. W tym czasie pojawiły się też sugestie, że nowy zespół chorobowy jest powodowany przez używanie przez homoseksualnych mężczyzn azotynu amylu (tzw. poppersy) czy też przez podejmowanie specyficznych rodzajów aktywności seksualnej lub też wskutek zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV). Utożsamianie nowej, nieznanej choroby z nieakceptowaną w tamtym czasie orientacją seksualną (a raczej – z aktywnościami seksualnymi z nią kojarzonymi) poskutkowało pojawieniem się syndromu lękowego wywołanego stereotypowymi obrazami przyczyn epidemii (w prasie zaczęły pojawiać się nagłówki „kara Boża", „nieład moralny", „dżuma XX wieku") oraz podwójnym stygmatyzowaniem chorych w postaci potocznych określeń, takich jak „rak gejów" czy „hipisowski syfilis" (D. Lapierre, 1994). To stanowisko zrewidowano dopiero w 1985 roku – stwierdzono wtedy, że czynnik chorobotwórczy może być również przenoszony przez kontakty heteroseksualne oraz przez ekspozycję na krew, w tym – przez zanieczyszczone igły (Rogowska-Szadkowska, 2009). W grudniu 1982 r. CDC zasugerowało, że istnieje możliwość przeniesienia nowego patogenu od matek żyjących z HIV na płód w czasie ciąży albo na dzieci w trakcie porodu.

W 1982 roku nowa choroba otrzymała swoją nazwę: AIDS (ang. *acquired immunodeficiency syndrome*, czyli zespół nabytego niedoboru odporności).

W 1983 roku w San Francisco, w atmosferze strachu, czwórka młodych mężczyzn: Bobbi Campbell, Bobby Reynolds, Dan Turner i Mark Feldman, świadomych tego, że umrą najpóźniej w ciągu roku, postanowiła ujawnić twarze i zademonstrować swój sprzeciw wobec wrogich postaw społecznych i bardzo trudnej sytuacji ludzi żyjących z HIV. Zorganizowali oni marsz, a jego mottem było hasło niesione na wielkim banerze: *Walka o nasze życia (Fighting For Our Lives)*. W ten sposób zapoczątkowana została największa i najstarsza oddolna kampania dotycząca HIV i AIDS na świecie, pod nazwą „Memorial AIDS Day[1]". Od tego czasu co roku w maju w kilkudziesięciu krajach na świecie odbywają się imprezy związane z tym memoriałem. Są to wydarzenia (marsze, spektakle teatralne, koncerty, happeningi, imprezy sportowe), podczas których zapalane są świece lub lampki oliwne, mające upamiętniać osoby zmarłe z powodu HIV i AIDS. Wszystkie tego typu akcje są wyrazem wsparcia dla osób żyjących z HIV i chorych na AIDS oraz ich bliskich, mają na celu zwiększenie społecznej świadomości epidemii, podkreślenie roli społeczeństwa obywatelskiego w przeciwdziałaniu dyskryminacji i uprzedzeniom oraz stymulowanie dialogu społecznego, edukacji, promocji dobrych praktyk, zaangażowania i twórczej ekspresji służących profilaktyce. Memoriał jest koordynowany przez Światową Sieć Osób Żyjących z HIV (GNP+; ang. *Global Network of People Living with HIV*).

W tym samym roku prof. Luc Montagnier z Instytutu Pasteura w Paryżu wyizolował czynnik powodujący spadek odporności, który ostatecznie (w 1986 r.) uzyskał nazwę HIV – ludzki wirus niedoboru odporności (ang. *human immunodeficiency virus*). Za to odkrycie Luc Montagnier, wraz z Françoise Barré-Sinoussi, otrzymał w 2008 roku Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny.

W 1985 r. pojawił się pierwszy tzw. test przesiewowy, dzięki któremu możliwe stało się rozpoznanie zakażenia przed wystąpieniem objawów choroby. Zimą tego samego roku w Research Triangle Park, kampusie naukowym koncernu farmaceutycznego Wellcome, Mary St. Claire, tamtejsza pracownica naukowa, po wielu żmudnych miesiącach badań odkryła, że replikację wirusa blokuje substancja, która stosowana jest w leczeniu do dziś: AZT (zydowudyna, Retrowir®). Ten moment stał się przełomem w terapii medycznej AIDS. W związku z tym odkryciem w 1986 roku rozpoczęto badania kliniczne nad lekiem AZT u osób w zaawansowanym stadium infekcji HIV i niedługo później wprowadzono go do powszechnego stosowania. Stało się to dzięki temu, że organizacje walczące o prawa osób żyjących z HIV zwróciły się do amerykańskiego Urzędu ds. Żywności i Leków (FDA – ang. *Food and Drug Administration*) z postulatem dotyczącym skrócenia badań klinicznych nad lekami antyretrowirusowymi (Rogowska-Szadkowska, 2009). Organizacje społeczne, powstające w tym czasie, przyjęły na siebie też inne bardzo ważne zadanie – przeciwdziałanie dyskryminacji osób żyjących z HIV. Już w tym samym roku, w którym wprowadzono pierwsze testy serologiczne, Pentagon ogłosił rozpoczęcie testowania wszystkich osób przyjmowanych do służby wojskowej i odmawiał włączenia do niej osób żyjących z HIV. W stanie Indiana 13-letni Ryan White, zakażony HIV podczas przetaczania koncentratów czynników krzepnięcia, został usunięty ze szkoły w Kokomo. To tylko dwa z bardzo licznych przykładów dyskryminacji z tamtych czasów.

Takie problemy nie dotyczyły jedynie społeczeństwa amerykańskiego. W Polsce, gdy w roku 1985 rozpoznano pierwszy przypadek zakażenia HIV, wprowadzono nadzór epidemiologiczny nad zakażeniami HIV i zachorowaniami na AIDS. Zakładał on prowadzenie rejestru obejmującego dane personalne osób żyjących z HIV. Ten rejestr stał się anonimowy dopiero 10 lat później. Głośne były

1. To wydarzenie jest w Polsce znane jako Międzynarodowy Dzień Pamięci o Zmarłych na AIDS (obchodzony w każdą trzecią niedzielę maja).

też przypadki protestów przeciwko otwieraniu ośrodków i tzw. domów ciepła mających pomagać osobom żyjącym z HIV i ich bliskim. Przypomniał o tym niedawno Bartosz Żurawiecki w swojej książce[2] pt. *Ojczyzna moralnie czysta. Początki HIV w Polsce*. Wszystkie te przejawy lęku przed osobami żyjącymi z HIV i chorującymi na AIDS wymagały działań ze strony organizacji pozarządowych, w których działalność włączały się osoby z tej społeczności oraz osoby im bliskie.

Na czerwcowym posiedzeniu plenarnym ONZ w 1988 roku ustalono, że 1 grudnia będzie co roku obchodzony jako Światowy Dzień Walki z AIDS (dziś: Światowy Dzień AIDS).

W Polsce, z inspiracji WHO, został opracowany i zatwierdzony przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej pierwszy Program Zapobiegania AIDS na lata 1988–1990 (zwany dalej KP, Program lub Krajowy Program). Kolejny jednoroczny Program, opracowany w 1990 roku, nie został wdrożony. Obecnie realizowaną politykę państwa wobec epidemii HIV i AIDS określono w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz.U. nr 44, poz. 227). Wcześniejsze edycje tego programu realizowano w latach 1996–1998, 1999–2003, 2004–2006, 2007–2011, 2012–2016, 2017–2021. Aktualnie obowiązuje Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2022–2026. Realizuje go minister właściwy do spraw zdrowia. Podmiotami obowiązanymi do realizacji Programu są zarówno ministrowie właściwi ze względu na jego cele, jak i terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki. W realizacji zadań uczestniczą wszystkie podmioty, które na podstawie odrębnych przepisów są obowiązane do opracowywania i realizacji strategii w zakresie polityki społecznej, obejmującej programy pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, promocji i ochrony zdrowia, a także programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii oraz edukacji publicznej.

W 1993 roku powołano Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS (od 1999 r. Krajowe Centrum ds. AIDS), które jest koordynatorem realizacji Krajowego Programu.

W 1994 roku opublikowano wyniki badań ACTG 076, prowadzonych wśród ciężarnych kobiet żyjących z HIV. Wykazano tam, że przyjmowanie AZT w czasie ciąży i porodu oraz przez noworodka przez pierwszych 6 tygodni życia przekłada się na znacząco zmniejszone prawdopodobieństwo przeniesienia zakażenia HIV na dziecko.

W 1995 roku swoją działalność zakończył program GPA (ang. Global Programme on AIDS), powołany 8 lat wcześniej w ramach struktur WHO. Jego pierwszym dyrektorem został dr Jonathan Mann. To właśnie on wyznawał i promował aktywnie idee mówiące o tym, że zdrowie i prawa człowieka są nierozerwalnie związane. Podczas Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych (ONZ) po raz pierwszy przedstawił krajom członkowskim informację o epidemii, a równocześnie sprzeciwił się represyjnej polityce wobec osób żyjących z HIV, która zakładała obowiązkowe testy w kierunku obecności przeciwciał HIV, kwarantannę i inne działania przyczyniające się do nasilenia stygmatyzacji i dyskryminacji osób żyjących z HIV i chorujących na AIDS. Mann przeciwstawił się także przedkładaniu praw większości nad prawa jednostki – dowodził, że ochrona większości populacji bezpośrednio zależy od ochrony praw i godności osób żyjących z HIV (Rogowska-Szadkowska, 2009). W miejsce programu GPA, na mocy rezolucji ONZ z 26 lipca 1994 roku, utworzono UNAIDS – Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV i AIDS (ang. *the Joint United Nations Programme on HIV and AIDS*). Nowa organizacja rozpoczęła działalność w styczniu 1996 roku.

2. B. Żurawiecki, *Ojczyzna moralnie czysta. Początki HIV w Polsce*, Wydawnictwo Czarne, Warszawa 2023.

Lata 90. ubiegłego stulecia przyniosły znaczący postęp w rozwoju badań nad lekami antyretrowirusowymi oraz dyskusję nad kierunkami i perspektywami dalszych działań służących ograniczeniu skali i skutków epidemii HIV. Zmieniająca się sytuacja osób seropozytywnych pozwoliła, aby w niektórych krajach wracały one do pracy. Pierwszy inhibitor proteazy – sakwinawir, lek z grupy najsilniej hamujących replikację HIV w organizmie – został zarejestrowany przez FDA w 1995 roku, natomiast w marcu 1996 roku na listę leków dopuszczonych do użytku wpisano kolejne dwa inhibitory proteazy. W tym samym roku zarejestrowano także pierwszy lek z grupy nienukleozydowych inhibitorów odwrotnej transkryptazy – newirapinę. Umożliwiło to rozpoczęcie stosowania terapii skojarzonej z trzech leków, określanej jako „HAART" (ang. *highly active antiretroviral therapy* – wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa), i dało nadzieję na znaczącą zmianę jakości życia osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. Rok później opublikowano jedno z pierwszych doniesień mówiących o tym, że skojarzona terapia antyretrowirusowa przyczynia się do znacznego zmniejszenia zachorowań i śmierci związanych z zakażeniem HIV nawet u tych osób, u których rozpoczęto ją w zaawansowanym stadium zakażenia. W kolejnych latach wiele publikacji potwierdziło te obserwacje (Rogowska-Szadkowska, 2009). Szerokie badania pozwoliły również ostatecznie określić, jakimi drogami może następować transmisja wirusa.

W 1999 roku w Ugandzie rozpoczęto pierwsze badania nad szczepionką przeciwko HIV, niestety zakończone niepowodzeniem. Wiele kolejnych projektów badawczych dotarło do późnego etapu badań klinicznych, ale ze względu na niską skuteczność opracowanej szczepionki nie zdecydowano się na jej rejestrację. Do dziś nie udało się opracować skutecznej szczepionki, chociaż takie próby wciąż trwają.

Początek XXI wieku przyniósł kolejne odkrycia w dziedzinie leczenia zakażenia HIV. W roku 2007 media doniosły o pierwszej osobie na świecie, którą udało się wyleczyć z HIV. Był nią Timothy Ray Brown, znany jako „pacjent berliński". Po zdiagnozowaniu u niego ostrej białaczki szpikowej został poddany przeszczepowi macierzystych komórek krwiotwórczych pochodzących od niespokrewnionego dawcy, który miał bardzo rzadką mutację pewnego genu warunkującą odporność na zakażenie HIV. Krótko po tym przeszczepie pacjent przestał przyjmować leki antyretrowirusowe, a po trzech miesiącach uznano go za osobę wyleczoną z zakażenia. Brown zmarł w 2020 roku z powodu nawrotu choroby nowotworowej. Od tego czasu pojawiły się kolejne osoby, u których usunięto HIV z organizmu w następstwie przeszczepu szpiku stosowanego w związku z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Należy jednak podkreślić, że ta złożona procedura, niosąca za sobą ryzyko wystąpienia powikłań zagrażających życiu, nie może być traktowana jako strategia eliminacji HIV. Dlatego nadal poszukuje się innych metod, które pozwoliłyby na eradykację (usunięcie) wirusa z organizmu, w tym – z zastosowaniem terapii genowej.

Również w 2007 roku przeprowadzono w Danii badania porównujące długość życia osób żyjących z HIV z długością życia osób niezakażonych. Wykazano w nich, że po wprowadzeniu do powszechnego stosowania leczenia antyretrowirusowego długość życia osób zakażonych HIV, które ukończyły 25 lat i są leczone, wzrosła o około 35 lat. Rok później stwierdzono, że skuteczna terapia antyretrowirusowa pozwala osiągać osobom żyjącym z HIV spodziewaną długość życia na poziomie szacowanym dla osób niezakażonych (Rogowska-Szadkowska, 2009).

W 2010 roku rozpoczęto badanie PARTNER dotyczące możliwości przeniesienia zakażenia od osoby skutecznie leczonej antyretrowirusowo. Po latach wykazały one, że tzw. niewykrywalna wiremia (obecnie: poniżej 200 kopii wirusa w 1 ml krwi) uniemożliwia transmisję HIV na innego człowieka

(U = U[3]). Ponadto wnioski z obu edycji badania wykorzystano do zastosowania leków używanych w terapii zakażenia HIV w profilaktyce przedekspozycyjnej (PrEP). Już w 2012 roku WHO zarekomendowało tę metodę jako skuteczne narzędzie przeciwdziałania nowym zakażeniom.

Nowe odkrycia w dziedzinie medycyny czy zmiany trendów epidemiologicznych nie zmieniły jednak sytuacji osób żyjących z HIV i ich bliskich w kontekście dyskryminacji czy też stereotypizacji. Dlatego kontynuowano działania mające na celu poprawę sytuacji w tym zakresie. W 2003 roku odbyły się po raz pierwszy w Botswanie wybory „Miss HIV stigma free". Podobna inicjatywa miała miejsce w Moskwie w 2005 roku. Odbyły się tam wówczas wybory, w których brały udział kobiety żyjące z HIV. Wygrała 25-letnia Swietłana Izambajewa. Próbę zwrócenia uwagi na problem AIDS podjął też Nelson Mandela, który w tym samym roku poinformował, że jego syn – Makgatho – zmarł na AIDS w wieku 54 lat. Mandela wyraził nadzieję, że debata publiczna na ten temat jest właściwą drogą prowadzącą do uznania, że jest to normalna choroba. Niedługo po tym wydarzeniu, 30 stycznia 2005 roku, Chris Smith, minister rządu Tony'ego Blaira w latach 1997–2001, ujawnił, że żyje z HIV od 17 lat. Nie ukrywał on, że decyzję o podaniu do publicznej wiadomości swojego statusu serologicznego podjął po wypowiedzi Nelsona Mandeli, z nadzieją, że pomoże to w zwróceniu uwagi świata na problem Afryki. On sam natomiast, dzięki lekom antyretrowirusowym, czuje się świetnie (Rogowska-Szadkowska, 2009). Zaskakujący wydaje się fakt, że pomimo długoletnich badań i wysiłków agend rządowych, organizacji pozarządowych, osób publicznych i zajmujących się profilaktyką w zakresie przeciwdziałania stygmatyzacji i dyskryminacji osób seropozytywnych oraz edukowania w zakresie dróg przenoszenia HIV, do dziś sytuacja w tym zakresie pozostawia wiele do życzenia. Wciąż wielu osobom, także tym zajmującym się edukacją czy profilaktyką, brakuje wiedzy, która jest pierwszym krokiem do zmiany. Głęboko wierzymy, że niniejsza publikacja przyczyni się do tej zmiany.

1.2. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE HIV I AIDS

1.2.1. HIV a AIDS

HIV (ang. *human immunodeficiency virus*) to ludzki wirus niedoboru odporności, który niszczy układ odpornościowy człowieka (konkretnie: limfocyty T CD4), przez co doprowadza do załamania się odporności. Ostatnim etapem zakażenia jest **AIDS (ang. *acquired immunodeficiency syndrome*), czyli zespół nabytego niedoboru odporności**.

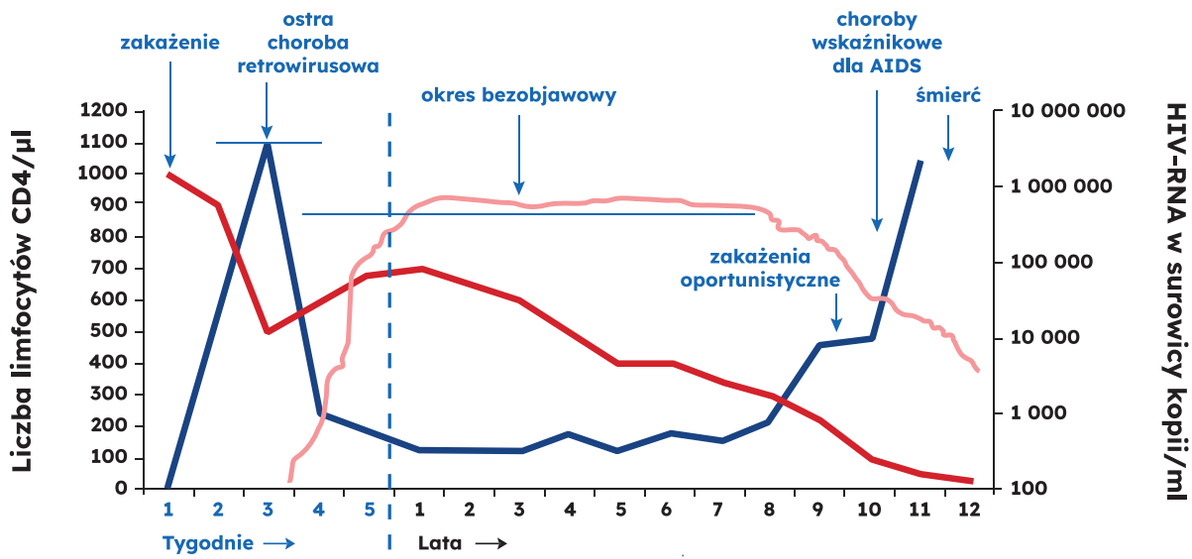
HIV występuje pod postacią dwóch typów wirusa: HIV-1 i HIV-2. Ten pierwszy jest zdecydowanie bardziej rozpowszechniony – dominuje w Europie, Ameryce i Australii. Drugi natomiast występuje endemicznie w Afryce Zachodniej, jest też zdecydowanie mniej patogenny.

Wirus, po wniknięciu do organizmu, szybko zakaża komórki odpornościowe (limfocyty pomocnicze T CD4), do czego wykorzystuje receptory powierzchniowe i koreceptory (CCR5 i CXCR4), znajdujące się na powierzchni komórki.

W ostrej fazie zakażenia HIV intensywnie namnaża się w tkance limfatycznej jelit (ang. *gut-associated lymphoid tissue*, GALT), w węzłach chłonnych, w śledzionie i w innych narządach, jednak to zmiany zachodzące w przewodzie pokarmowym mają kluczowe znaczenie w patogenezie choroby.

3. Więcej o U = U w podrozdziale 1.2.2.

Rysunek 1. Naturalny przebieg zakażenia HIV



Źródło: za: Gąsiorowski J., 2010, modyfikacja własna.

Po średnio 2 tygodniach (od 1 do 6 tygodni) od zakażenia może dojść do rozwoju ostrej choroby retrowirusowej (OChR)[4] – pojawiają się objawy grypopodobne, wysypki, bóle mięśniowo-stawowe i wiele innych (obraz kliniczny może przypominać mononukleozę zakaźną, ang. *mononucleosis like syndrome*). Te objawy, nieleczone, mijają najczęściej samoistnie, po mniej więcej 2 tygodniach. Częstość występowania OchR jest wysoka i dotyczy nawet 90% osób, które uległy zakażeniu HIV, jednak ze względu na nieswoisty przebieg większość chorych nie zostaje na tym etapie zdiagnozowana.

Bardzo intensywne namnażanie HIV w początkowej fazie przebiegu zakażenia doprowadza do odpowiedzi ze strony układu odpornościowego, która ma charakter złożony i jest związana przede wszystkim z aktywnością limfocytów cytotoksycznych CD8. W efekcie obserwuje się przejściowo znaczący spadek poziomu wiremii HIV (ilość wirusa we krwi), wzrost liczby limfocytów T CD4, a osoba zakażona wchodzi w fazę bezobjawową choroby. Nawet przez wiele lat po zakażeniu u większości osób nie występują żadne niepokojące objawy, chociaż infekcja postępuje i dochodzi do stopniowej destrukcji układu immunologicznego. Jednak w związku z rozwijającym się cały czas zakażeniem ta równowaga po pewnym czasie ulega załamaniu: organizm nie ma już możliwości kontrolowania infekcji, ilość wirusa zaczyna znów szybko wzrastać, a liczba komórek CD4 się zmniejsza. Następuje wtedy spadek odporności, a organizm osoby zakażonej traci zdolność obrony przed różnymi infekcjami, które przy zdrowym układzie odpornościowym byłyby niegroźne i – z reguły – proste do wyleczenia. Oznacza to rozwinięcie się AIDS. Nieleczona, choroba doprowadza do śmierci w wyniku infekcji lub nowotworów w organizmie pozbawionym możliwości obrony. Wśród chorób wskazujących na AIDS (tzw. chorób wskaźnikowych) wymienia się zarówno infekcje, jak i nowotwory.

4. W niektórych publikacjach pojawia się także określenie „ostra infekcja retrowirusowa" – OIR.

Naturalny przebieg zakażenia HIV (bez leczenia) przebiega w następujących fazach:

- ✔ ostra choroba retrowirusowa, której objawy pojawiają się w przedziale od 2 do 6 tygodni od zakażenia i mogą utrzymywać się przez około 14 dni. Najczęściej pojawiają się gorączka, zmęczenie i zapalenie gardła. Mogą wystąpić także inne objawy, takie jak: wysypka, bóle głowy, utrata masy ciała, nudności, wymioty, biegunka itp. (Witak-Jędra, Lemańska, Jankowska, 2024). Należy zaznaczyć, że wymienione symptomy są niecharakterystyczne – mogą być objawem wielu innych chorób, więc ich wystąpienie po potencjalnym narażeniu na zakażenie nie przesądza o jego wystąpieniu;
- ✔ stadium bezobjawowe, u osób nieleczonych lekami antyretrowirusowymi trwa średnio od 4 do 5 lat;
- ✔ przewlekłe uogólnione powiększenie węzłów chłonnych: występuje u dużego odsetka osób zakażonych w końcowym okresie stadium bezobjawowego (przed wystąpieniem AIDS);
- ✔ stadium objawowe: w jego przebiegu pojawiają się zakażenia oportunistyczne, występujące w wyniku zmniejszenia liczby limfocytów CD4+;
- ✔ pełnoobjawowy AIDS: występują tzw. choroby wskaźnikowe (zakażenia oportunistyczne i nowotwory), a bez leczenia antyretrowirusowego osoba chorująca na AIDS umiera z powodu powikłań spowodowanych brakiem odporności komórkowej (Szetela, Knysz, Gąsiorowski, 2023).

Szybkie rozpoznanie zakażenia i – dzięki temu możliwe – rozpoczęcie leczenia pozwala na normalne życie. W wyniku zahamowania namnażania się HIV w organizmie u osób leczonych nie dochodzi do niszczenia limfocytów T CD4, a tym samym zakażenie pozostaje w stadium bezobjawowym, więc AIDS nie może się rozwinąć.

Warunkiem jest wiedza o dodatnim statusie serologicznym – czyli wykonanie testu w kierunku HIV, dzięki czemu możliwe staje się zdiagnozowanie zakażenia. Ważne, aby test został wykonany w odpowiednim momencie, gdyż zbyt wczesne badanie może nie dać wiarygodnej odpowiedzi. Ponieważ testy przesiewowe stosowane obecnie (IV generacji) umożliwiają wykrycie dwóch markerów (wskaźników) zakażenia: białka wirusowego p24 (typowo: po 2 tygodniach od zakażenia) oraz przeciwciał przeciwko HIV (anty-HIV) (po od 4 do 12 tygodni od zakażenia), pierwszym momentem, kiedy można wykonać badanie, jest czas około 2 tygodni od zakażenia. Nie jest to jednak wynik wiążący – zakażenie można wtedy już wykryć, ale nie można go jeszcze wykluczyć. Wynik testu jest wiarygodny, gdy badanie zostało wykonane testem IV generacji 6 tygodni od ekspozycji na HIV. Wynik ujemny uzyskany po tym czasie oznacza brak zakażenia. Wynik dodatni wymaga weryfikacji testem potwierdzenia[5].

1.2.2. Leczenie zakażenia HIV

Pierwszym lekiem stosowanym w leczeniu zakażenia była zydowudyna (AZT). Opracowana w latach 60. XX wieku na potrzeby leczenia nowotworów o wirusowym pochodzeniu, nie sprawdziła się na tym polu, ale okazała się skuteczna w hamowaniu namnażania się HIV, bez uszkadzania pozostałych komórek. AZT stosowana jest do dziś w profilaktyce zakażeń odmatczynych. Obecnie leczenie zakażenia HIV jest możliwe dzięki terapii antyretrowirusowej, określanej jako ART (ang. *antiretroviral treatment* – terapia antyretrowirusowa), HAART (ang. *highly active antiretroviral therapy* – wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa) lub cART (ang. *combination antiretroviral treatment* – skojarzona terapia antyretrowirusowa). Pierwsze leki opracowano w drugiej połowie lat 80. XX wieku, jednak terapia nimi miała wiele skutków ubocznych, a wirus szybko uodparniał się na leki. Do 1996 roku leczenie osób żyjących z HIV polegało w związku z tym przede wszystkim na leczeniu chorób wskaźnikowych (czyli już po rozwinięciu się AIDS), natomiast działanie na samego wirusa było niesku-

5. Więcej o testowaniu i o możliwych wynikach – w podrozdziale 1.3.: „Testowanie w kierunku HIV".

teczne. Wynalezienie w latach 90. nowej grupy leków przyniosło przełom w leczeniu – dzisiaj wiemy, że leczenie musi odbywać się jednocześnie z wykorzystaniem leków należących do różnych grup. Pozwala to na zahamowanie namnażania się HIV w organizmie pacjenta i tym samym zapobiega powstawaniu szczepów wirusa opornych na leki.

Obecnie istnieje kilka grup leków antyretrowirusowych (ARV, ang. *antiretroviral*): nukleoz(t)ydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy – NRTI (ang. *nucleos(t)ide reverse transcriptase inhibitors*), nienukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy – NNRTI (ang. *non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors*), inhibitory proteazy – PI (ang. *protease inhibitors*), inhibitory fuzji – FI (ang. *fusion inhibitors*), inhibitory integrazy – InSTI (ang. *integrase inhibitors*), inhibitory koreceptora CCR-5 (ang. *CCR-5 inhibitors*), inhibitory wiązania – AI (ang. *attachment inhibitors*), inhibitory białek kapsydu – CAI (ang. *capsid protein inhibitors*), przeciwciała monoklonalne – MAB (ang. *monoclonal antibodies*) (*Rekomendacje PTN AIDS*, 2023). Nowoczesne leki są najczęściej preparatami złożonymi zawierającymi te substancje w jednej tabletce, przyjmowanej raz dziennie. Komfort leczenia stał się więc znacznie większy niż w przeszłości, gdy terapia wymagała przyjmowania wielu leków, o różnych porach dnia i w różnych formach. Obecnie stosuje się również leki w formie długo działającej, przyjmowane w formie zastrzyków (iniekcji), co znacząco poprawia jakość życia. Zwiększa to także adherencję, czyli dokładne przestrzeganie zaleceń lekarskich w zakresie prowadzonego leczenia (np. regularne przyjmowanie leków), co ma znaczenie dla utrzymania dobrego stanu zdrowia (im wyższa adherencja, tym lepsze efekty leczenia).

Leki antyretrowirusowe hamują namnażanie się wirusa w organizmie. Wirus przestaje niszczyć układ odpornościowy, a liczba jego kopii we krwi zmniejsza się do minimalnych wartości (poniżej 50 kopii/ml). Należy podkreślić, że współczesne leczenie nie pozwala na wyeliminowanie HIV z organizmu człowieka, a w momencie odstawienia leków wirus znowu zacznie się mnożyć. Dlatego przy obecnym stanie wiedzy należy je przyjmować stale, do końca życia. Jeszcze kilka lat temu w leczeniu zakażenia HIV dopuszczane były tzw. wakacje od leków, czyli przerywanie terapii na jakiś czas z powodu skutków ubocznych. Przynosiło to jednak więcej szkód niż korzyści. Ponieważ podnosił się poziom wiremii, spadała odporność, a jednocześnie pojawiało się duże ryzyko, że wirus uodporni się na leki przyjmowane wcześniej. Dlatego obecnie wakacji od leków się nie rekomenduje i nie powinno się ich praktykować.

Z myślą o leczeniu nie sposób nie wspomnieć o – wykorzystywanej w kampaniach profilaktycznych – strategii **U = U** (ang. *Undetectable = Untransmittable*), po polsku **N = N** (*Niewykrywalny = Niezakażający*). Ma ona na celu przede wszystkim informowanie o skuteczności leczenia, a także zmniejszanie stygmatyzacji osób żyjących z HIV oraz zachęcanie do testowania.

Z kolei hasło **TasP** (ang. *Treatment as Prevention* – leczenie jako profilaktyka), nawiązuje do zasady U = U. To strategia profilaktyczna, która może być rozumiana jako profilaktyka nowych zakażeń – osoba żyjąca z HIV przyjmująca leki jest niezakaźna dla swoich partnerów lub partnerek. Dowodów na skuteczność leczenia jako narzędzia profilaktycznego dostarczyły badania PARTNER 1 i PARTNER 2. W badaniach PARTNER 1 wzięło udział 1166 par heteroseksualnych i MSM, a w badaniu PARTNER 2 – 972 pary MSM, w których jeden z partnerów żył z HIV i przyjmował leki ARV, drugi natomiast nie był zakażony. Aby wziąć udział w badaniu, pary musiały już wcześniej mieć stosunki seksualne niezabezpieczone prezerwatywą. Wyniki tych badań wykazały, że regularne przyjmowanie leków wyklucza jakąkolwiek możliwość transmisji HIV od osoby skutecznie leczonej podczas kontaktu analnego niezabezpieczonego prezerwatywą. W obu badaniach wzięło udział ponad 2 tysiące par. W pierwszym badaniu pary (zarówno heteroseksualne, jak i homoseksualne) miały ponad 58 000 stosunków seksualnych bez prezerwatyw, a w drugim pary homoseksualne miały ponad 77 000 razy kontaktów

seksualnych bez zabezpieczenia. W trakcie obu badań 26 osób uległo zakażeniu HIV, ale u wszystkich osób, u których je rozpoznano, wirus różnił się genetycznie od wirusa HIV, który znajdował się w organizmie osoby zakażonej HIV. Oznacza to, że osoba żyjąca z HIV, skutecznie leczona ARV i mająca niewykrywalną wiremię, nie mogła być źródłem zakażenia (Bavinton, Pinto, Phanuphak i in., 2018; Rodger, Cambiano, Bruun i in., 2019). Na podstawie wyników opisanych badań ustalono, że od osoby skutecznie leczonej ARV, u której wiremia, czyli obecność HIV we krwi, utrzymuje się przez co najmniej sześć miesięcy na niewykrywalnym poziomie (poniżej 200 kopii/ml), nie można zakazić się HIV podczas kontaktu seksualnego, nawet niezabezpieczonego środkami barierowymi.

Najważniejsze pytanie, czy można wyleczyć zakażenie HIV, nadal pozostaje bez odpowiedzi. Pomimo ogromnego postępu, który dokonał się w terapii antyretrowirusowej, wciąż nie ma możliwości całkowitego wyleczenia i wyeliminowania wirusa, który w formie latentnej (uśpionej) pozostaje w tzw. miejscach rezerwuarowych – takich jak komórki układu immunologicznego, ośrodkowy układ nerwowy czy węzły chłonne. Są natomiast doniesienia o eradykacji wirusa z organizmu – opisano kilka takich przypadków, ale wszystkie są związane z leczeniem innych poważnych schorzeń, np. białaczek. Jak już wspomniano, terapia w tym przypadku polegała na przeszczepie szpiku bądź na przetoczeniu krwi pępowinowej – w obu sytuacjach od niespokrewnionego dawcy, który miał bardzo rzadką mutację genu dla koreceptora CCR5 (CCR-5 delta 32), warunkującą odporność na zakażenie HIV. Ostatnie takie doniesienie pochodzi z 2023 roku. Należy podkreślić, że ze względu na ryzyko wystąpienia ciężkich powikłań, zagrażających życiu, nie jest to metoda, która może zostać wykorzystana na szerszą skalę. Cały czas prowadzone są badania nad wykorzystaniem różnych metod, w tym – terapii genowej (CRISPR/Cas9), która pozwoliłaby na wyeliminowanie HIV z zakażonych komórek.

Leczenie zakażenia HIV jest w Polsce bezpłatne. „Rządowym Programem Polityki Zdrowotnej Leczenia Antyretrowirusowego (RPLA) objęto, zgodnie z zapisem art. 41 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1845 z późn. zm.), wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS przebywające na terytorium RP, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego, w tym kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone przez matki żyjące z HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami zawartymi w aktualnych Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS. Leczeniem antyretrowirusowym objęci są również cudzoziemcy przebywający na terytorium RP, nieposiadający innych możliwości leczenia ARV (niezależnie od statusu ubezpieczeniowego), do czasu uzyskania możliwości leczenia w kraju macierzystym. W każdej sytuacji należy jednak rekomendować uzyskanie przez pacjenta tytułu do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego[6]". Program oferuje także bezpłatny dostęp do leków antyretrowirusowych w ramach postępowania poekspozycyjnego[7]. Dane na 31 października 2025 roku informują, że leczeniem ARV objętych było około 21 632 osoby, w tym – 129 dzieci.

Jeśli osoba nie ma ubezpieczenia (nie pracuje, nie uczy się), może (przy spełnieniu niezbędnych warunków) nabyć do niego prawo, jeżeli zarejestruje się w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, lub złożyć wniosek o dostęp do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w miejskim (lub gminnym) ośrodku pomocy społecznej. Zgodnie z aktualnym stanem prawnym (na 10 września 2024 roku) dla osób nieposiadających ubezpieczenia leki ARV są bezpłatne, płatne natomiast będą wizyty lekarskie oraz badania diagnostyczne.

6. Rządowy Program Polityki Zdrowotnej pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce" na lata 2022–2026, s. 44.

7. Źródło: https://www.gov.pl/web/aids/nn--niewykrywalny--niezakazajacy [dostęp 7 listopada 2025].

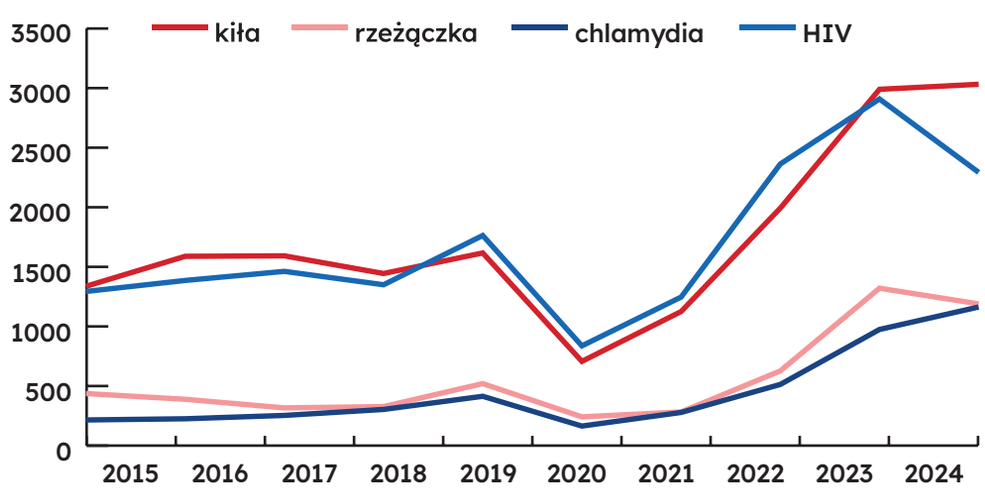
1.2.3. Epidemiologia HIV i infekcji przenoszonych drogą płciową (STIs)

Od początku epidemii HIV na świecie zakaziło się – do końca 2024 roku – ponad 91 mln osób, a ponad 44 mln zmarło z jej powodu. W 2024 roku na świecie:

- ✔ żyło 40,8 mln osób zakażonych HIV, w tym – 39,4 mln osób dorosłych oraz 1,4 mln dzieci (<15 r.ż.),
- ✔ 53% osób żyjących z HIV to kobiety i dziewczęta,
- ✔ 31,6 mln osób korzystało z terapii antyretrowirusowej,
- ✔ zanotowano ok. 1,3 mln nowych przypadków zakażenia HIV, z tego 45% to kobiety i dziewczęta (UNAIDS, 2024)[8].

Szacuje się, że w skali globalnej do 80% nowych zakażeń dochodzi podczas kontaktów seksualnych między kobietą a mężczyzną. Większe zróżnicowanie można dostrzec w podziale na regiony. Przykładowo: dominującą drogą zakażeń HIV w krajach Europy Zachodniej i Południowej (w tym – w Polsce) są kontakty seksualne między mężczyznami. Z kolei w Europie Wschodniej i w Azji Centralnej dotyczą one najczęściej osób używających narkotyków w iniekcjach. W krajach o największej liczbie nowych zakażeń HIV w Europie i jednocześnie najwyższej prewalencji[9] HIV, tj. w Rosji i w Ukrainie, coraz częściej dochodzi do zakażeń podczas kontaktów seksualnych między kobietą a mężczyzną. Ta droga dominuje także ciągle w Afryce i w Azji Południowo-Wschodniej.

Rysunek 2. Nowo wykryte zakażenia HIV, kiłą, chlamydią i rzeżączką w latach 2015–2024 w Polsce.



Źródło: opracowanie własne na podstawie meldunków o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce (dwutygodniowe) z lat 2015–2024 https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html#01 [dostęp: 30.09.2025]

Jeśli chodzi o Polskę, sytuacja epidemiologiczna dotycząca nowych zakażeń HIV i STIs wykazuje tendencję powolnego, stabilnego wzrostu. W ciągu ostatnich czterech lat wyraźnie wzrosła liczba przypadków nowo wykrytych zakażeń. Wyjątkiem jest okres pandemii i związanych z nią ograniczeń dotyczących diagnozowania nowych zakażeń. Najprawdopodobniej tendencja spadkowa, odnotowana w tym okresie, wynikała z ograniczonej czasowo dostępności do diagnostyki i z mniejszej

8. Aktualne światowe dane epidemiologiczne można znaleźć na stronie UNAIDS: https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet [dostęp: 10.08.2025].

9. Prewalencja (ang. *prevalence*) – chorobowość, w epidemiologii określenie częstości występowania danej choroby w ściśle określonym okresie, niezależnie od czasu wystąpienia choroby, w przeliczeniu na 10 000 lub 100 000 osób.

liczby wykonywanych testów. Dlatego na podstawie tych danych nie można wnioskować, że w tym czasie doszło także do mniejszej liczby nowych zakażeń. Liczba nowych zakażeń HIV w 2023 roku w porównaniu do roku 2022 wzrosła o 123%, kiły – o 150%, a rzeżączki – aż o 217% (rys. 2).

Trzeba też zaznaczyć, że najprawdopodobniej nie wszystkie przypadki rozpoznanych zakażeń STIs są raportowane, nie istnieje też obowiązek zgłaszania niektórych infekcji, np. zakażeń HPV. Ponadto wiele osób zakażonych nie odczuwa żadnych dolegliwości bądź je bagatelizuje. Dlatego faktyczna liczba przypadków zakażeń STIs w naszym kraju najprawdopodobniej jest wyższa niż ta ujęta w oficjalnych statystykach, podawana przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy (wcześniej: Państwowy Zakład Higieny) (Walendzik-Ostrowska, 2024).

Dane dotyczące zakażeń HIV na koniec 2024 roku w Polsce[10]:
- ✔ liczba stwierdzonych zakażeń HIV od początku epidemii do 31.12.2024 roku – 35 175 osób,
- ✔ zakażenia HIV wykryte w 2024 roku – 2 257 przypadków,
- ✔ liczba diagnoz AIDS – 4 377 przypadki,
- ✔ liczba zgonów z powodu AIDS – 1 518 przypadków.

Trendy epidemiologiczne i nowe przypadki zakażeń można śledzić na stronach Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego (NIZP PZH – PIB).

1.2.4. Drogi zakażenia HIV

Zakażenie HIV może być przenoszone poprzez następujące zakaźne płyny ustrojowe: krew, spermę, preejakulat (przezroczysty płyn pojawiający się na żołędzi penisa przed wytryskiem), wydzielinę pochwy i szyjki macicy, mleko kobiece.

Potencjalnie zakaźne mogą być także: płyn mózgowo-rdzeniowy, płyn owodniowy (wody płodowe), płyn otrzewnowy, płyn osierdziowy, płyn opłucnowy, płyn stawowy oraz każdy płyn z widoczną krwią. W pozostałych płynach (ślina, pot, łzy, mocz) wirus występuje w bardzo małych, niezakaźnych ilościach. Do zakażenia dochodzi, gdy zakaźne płyny mają kontakt z błoną śluzową znajdującą się: w pochwie, na ujściu cewki moczowej na penisie, w jamie ustnej, w odbycie, w śluzówce oka, w nosie lub gdy dostaną się do niewielkich ran czy skaleczeń niezabezpieczonych opatrunkiem albo w inny sposób wnikną do krwiobiegu.

Znane są trzy drogi zakażenia:
- ✔ przez kontakty seksualne,
- ✔ przez kontakt z krwią,
- ✔ z matki na dziecko (zakażenia wertykalne).

Całkowicie bezpieczne są codzienne kontakty z osobą żyjącą z HIV: rozmowa, zabawa, uprawianie sportu, wspólne przebywanie w jednym pomieszczeniu, picie z tych samych kubków, mieszkanie i praca. HIV nie przenosi się w kontaktach społecznych.

ZAKAŻENIA PRZEZ KREW

Realne narażenie na zakażenie HIV występuje, gdy do krwiobiegu osoby niezakażonej dostanie się przynajmniej 0,1 ml krwi zawierającej wirusa. Jest to możliwe w następujących sytuacjach:
- ✔ w czasie używania niesterylnego sprzętu do iniekcji (igieł, strzykawek) – tą drogą zakażają się najczę-

10. Źródło: Informacja roczna 2024, dane NIZP PZH – PIB, http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm oraz https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm [dostęp: 30.09.2025].

ściej osoby przyjmujące substancje psychoaktywne w zastrzykach; zakażenia przez niesterylne iniekcje mogą wystąpić w sytuacjach, gdy nie są zachowane warunki sterylności (wielokrotne wykonywanie zastrzyków tą samą igłą i/lub strzykawką, która mogła ulec zanieczyszczeniu), np. wstrzykiwanie sterydów i innych substancji, wykonywanie tatuaży czy kolczykowania w gabinetach, w których nieprzestrzegane są standardy higieny – trzeba jednak podkreślić, że prawdopodobieństwo zakażenia się w takich sytuacjach jest zdecydowanie większe w przypadku HCV (wirusowego zapalenia wątroby typu C): do zakażenia nim wystarczy 0,00004 ml krwi, a więc ilość niewidoczna gołym okiem;

- ✔ zakażenia personelu medycznego i innych grup zawodowych (np. policja, straż), do czego dochodzi w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych, w wyniku zachlapania błon śluzowych krwią, ewentualnie innym płynem zakaźnym, lub wskutek zakłuć i skaleczeń zabrudzonym, ostrym narzędziem: prawdopodobieństwo zakażenia HIV po zakłuciu igłą zawierającą zakażoną HIV krew wynosi średnio 0,3%, a po zachlapaniu błon śluzowych lub skóry krwią jest równe 0,09%;
- ✔ zakażenia poprzez transfuzję zakażonej krwi bądź podczas przeszczepów i transplantacji organów pochodzących od osoby żyjącej z HIV – trzeba podkreślić, że od 1987 roku każda donacja krwi, oddana przez krwiodawcę do polskich banków krwi, jest badana na obecność HIV oraz innych patogenów przenoszonych przez krew, a od tego czasu nie odnotowano w Polsce żadnego przypadku zakażenia tą drogą.

W niektórych materiałach dostępnych np. w internecie jako miejsce, w którym istnieje potencjalne narażenie na zakażenie HIV, są czasem wymieniane gabinety kosmetyczne lub salony fryzjerskie. Trzeba wyraźnie zaznaczyć, że zakażenie HIV w takich miejscach – działających oficjalnie, a więc będących pod nadzorem sanitarnym – jest niemożliwe.

ZAKAŻENIA WERTYKALNE (Z MATKI NA DZIECKO)

Zakażenie tą drogą jest możliwe w czasie ciąży, w trakcie porodu lub po urodzeniu, podczas karmienia piersią. Najczęściej do zakażenia dochodzi podczas porodu, a najrzadziej zakażenie ma miejsce w czasie ciąży, ale jest ono możliwe także w tym okresie. Prawdopodobieństwo transmisji wertykalnej rośnie, gdy w ciąży pojawia się znaczny wzrost wiremii, np. gdy do zakażenia dochodzi w momencie zapłodnienia, w czasie trwania ciąży, a także gdy ciężarna choruje na AIDS. PTN AIDS w swoich rekomendacjach zaleca dwukrotne wykonanie w trakcie ciąży testu w kierunku HIV – do 10. tygodnia ciąży oraz między 33. a 37. tygodniem.

Zgodnie z zakresem świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych zawartym w części II rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1324), obowiązkiem osoby sprawującej opiekę nad kobietą ciężarną jest skierowanie jej na badania w kierunku HIV do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się oraz pomiędzy 33. a 37. tygodniem ciąży.

Potwierdzenie zakażenia HIV badaniem laboratoryjnym pozwala na wczesne wdrożenie leczenia kobiety i podjęcie działań zapobiegających przeniesieniu zakażenia na dziecko.

Ponadto, zakażenie HIV jest jednym z czynników ryzyka identyfikowanych przez lekarza położnika lub położną na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem. Zidentyfikowane u ciężarnej czynniki ryzyka należy omówić z ciężarną lub jej przedstawicielem ustawowym, tak aby zapewnić podjęcie świadomej decyzji odnośnie do wyboru miejsca porodu. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka, podjęte działania i zalecenia oraz dokonane w porozumieniu z ciężarną ustalenia osoba sprawująca opiekę ma obowiązek każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej.

Zgodnie z powyższym ciężarna, rodząca lub noworodek powinni pozostawać pod opieką lekarza położnika lub lekarza oddziału neonatologicznego o odpowiednim do ich stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną lub neonatologiczną. Jednocześnie standard organizacyjny wskazuje wprost, że w celu zapewnienia odpowiedniej opieki nad rodzącą zakażoną HIV oraz noworodkiem jest zasadne kierowanie jej do porodu do podmiotu leczniczego posiadającego oddział o III poziomie referencyjnym opieki perinatalnej i neonatologicznej. Dodatkowo, u każdej kobiety zgłaszającej się do porodu, należy zweryfikować badania na obecność antygenu HBs oraz w kierunku zakażenia HIV (wykonane pomiędzy 33. a 37. tygodniem ciąży). W razie braku aktualnych badań należy je niezwłocznie wykonać.

Badanie powinno być także wykonane u osoby, z którą ciężarna utrzymuje kontakty seksualne – ponieważ prawdopodobieństwo zakażenia HIV w trakcie ciąży jest trzykrotnie wyższe w porównaniu do kobiet, które w niej nie są. Obowiązujące standardy postępowania dotyczące kobiet w ciąży żyjących z HIV pozwalają zmniejszyć możliwość transmisji zakażenia w trakcie ciąży, porodu i podczas karmienia piersią do poniżej 1%. Ważnym elementem programów profilaktycznych kierowanych do młodych osób dorosłych (w wieku prokreacyjnym) powinno być podkreślanie znaczenia wykonywania badania w kierunku HIV u obojga rodziców przed zajściem w ciążę. Rozpoznanie zakażenia u którejś z osób pozwoli podjąć odpowiedzialne decyzje co do planowania potomstwa. Trzeba też wyraźnie powiedzieć, że zakażenie HIV nie stanowi przeszkody dla posiadania potomstwa, bez obaw o zdrowie dziecka. Więcej na temat ciąży, porodu i HIV można znaleźć w dwóch publikacjach z serii „Pozytywnie w macierzyństwo", skierowanych do kobiet żyjących z HIV oraz do położnych[11].

ZAKAŻENIA DROGĄ SEKSUALNĄ

Zakażenie tą drogą może nastąpić wskutek każdego niezabezpieczonego kontaktu seksualnego, jednak znane są również przypadki nieulegania infekcji pomimo kontaktów seksualnych przez wiele lat z osobą żyjącą z HIV, która nie jest leczona. Dlatego warto pamiętać, że wynik testu w kierunku HIV jednej z osób zaangażowanych w kontakty seksualne nigdy nie może zostać uznany za wynik drugiej osoby pozostającej w relacji seksualnej. Nawet w sytuacji długotrwałego pozostawania w relacji seksualnej przez dwie osoby o różnym statusie serologicznym, te wyniki mogą się różnić. Stopień narażenia na zakażenie HIV podczas kontaktów seksualnych jest uzależniony od licznych czynników, wśród których wymienia się (Walendzik-Ostrowska, Dec, 2012):

- ✔ **rodzaj płynu potencjalnie zakaźnego** – najbardziej zakaźne są sperma i krew (ewentualna obecność krwi: uszkodzenia śluzówki, miesiączka), a także wydzielina pochwy i płyn przedejakulacyjny (preejakulat);
- ✔ **ilość płynu zakaźnego** (*inoculum*) – im więcej płynu, tym większe ryzyko zakażenia;
- ✔ **miejsce kontaktu** z błoną śluzową i jej powierzchnią – im większa, tym większe narażenie na zakażenie;
- ✔ **czas trwania kontaktu** płynu z błoną śluzową (czas ekspozycji): dłuższa ekspozycja śluzówki na materiał zakaźny (np. spermę) znacząco zwiększa prawdopodobieństwo zakażenia;
- ✔ **rola w trakcie kontaktu:** zależy od formy aktywności seksualnej – w kontaktach waginalnych i analnych na zakażenie bardziej narażona jest osoba penetrowana (określana czasami jako bierna), zaś w przypadku kontaktów oralnych ryzyko istnieje dla osoby czynnej (pieszczącej), choć jest znacznie mniejsze, niż w kontaktach waginalnych i analnych. Ryzyka nie ma natomiast dla osoby biernej (pieszczonej);

11. Publikacje dostępne na: https://stowarzyszeniejedenswiat.org/2023/10/10/pozytywnie-w-macierzynstwo-bajka-dla-dzieci-i-poradniki-dla-kobiet-hiv-oraz-dla-poloznych/ [dostęp: 14.10.2024].

- ✔ **płeć:** kobiety są biologicznie bardziej narażone na zakażenie niż mężczyźni (w podrozdziale 1.5 to zagadnienie omówiono dokładniej);
- ✔ **liczba kontaktów:** im jest ich więcej, tym bardziej wzrasta prawdopodobieństwo zakażenia, przy czym ważne jest to, że do zakażenia może dojść podczas jednego, jedynego kontaktu;
- ✔ **otarcia, uszkodzenia naskórka lub błony śluzowej, nadżerki oraz STIs:** znaczenie mają przede wszystkim STIs powodujące objawy w postaci owrzodzeń (np. kiła), ale także infekcje przebiegające bez zmian skórnych (np. rzęsistkowica czy chlamydioza), a także wszelkie inne uszkodzenia śluzówki (grzybice, nadżerki, otarcia, afty, podrażnienia). Należy zauważyć, że zakażenie STIs u partnera niezakażonego HIV przekłada się na zwiększone prawdopodobieństwo infekcji od partnera HIV+ (Rogowska-Szadkowska 2006). Podobnie dzieje się, gdy partner zakażony HIV jest jednocześnie zakażony jednym z STIs – stwierdzono obecność wirusa w wydzielinie owrzodzeń kiłowych (Mazurkiewicz, Burkacka 1996, s. 3);
- ✔ **obrzezanie:** w przypadku obrzezania mężczyzny zmniejsza to jego narażenie na zakażenie podczas stosunku seksualnego z osobą żyjącą z HIV. Jeśli obrzezany mężczyzna jest zakażony HIV, nie zmniejsza to narażenia na zakażenie osób, z którymi ma on stosunki seksualne. Warto wiedzieć, że obrzezanie mężczyzn jest zalecane przez WHO jako metoda profilaktyki jedynie w krajach o wysokiej prewalencji HIV – do których Polska nie należy. Obrzezanie kobiety znacząco zwiększa w jej przypadku prawdopodobieństwo zakażenia HIV w trakcie stosunku seksualnego, zwłaszcza w trakcie inicjacji seksualnej;
- ✔ **używanie prezerwatyw:** znacząco zmniejsza narażenie na przekazanie zakażenia;
- ✔ **używanie nawilżaczy (lubrykantów):** zmniejszają one możliwość wystąpienia uszkodzeń śluzówki (np. otarć);
- ✔ **używanie kremów, wazeliny, spermicydów (środków plemnikobójczych) z nonoksynolem-9 jako nawilżaczy:** tłuszcze uszkadzają lateks, więc wzrasta ryzyko pęknięcia prezerwatywy, natomiast nonoksynol-9 zwiększa możliwość wystąpienia podrażnień błony śluzowej;
- ✔ **poziom wiremii HIV u osoby zakażonej:** możliwość zakażenia nie istnieje, gdy dana osoba jest skutecznie leczona i ma niewykrywalny poziom wiremii (< 200 kopii/ml) przez okres co najmniej 6 miesięcy, jednak prawdopodobieństwo zakażenia znacząco rośnie, gdy osoba żyjąca z HIV ma wysoki poziom wiremii we krwi – bezpośrednio po zakażeniu (przez około dwa tygodnie), w momencie przerwy w przyjmowaniu leków antyretrowirusowych (gdy bardzo szybko zwiększają się tempo i ilość replikacji HIV w komórkach CD4) lub w momencie znacznego obniżenia poziomu odporności (poniżej 200 CD4 w 1 ml krwi);
- ✔ **stosowanie ARV:** przyjmowanie leków antyretrowirusowych skutkuje zahamowaniem replikacji wirusa i obniża jego ilość we krwi – zgodnie z najnowszymi ustaleniami naukowymi osoba zakażona HIV, przyjmująca leki i mająca niewykrywalną wiremię jest niezakaźna;
- ✔ **stosowanie substancji psychoaktywnych**, głównie substancji pobudzających, takich jak **narkotyki stymulujące**, np. amfetamina, metaamfetamina, katynony (w tym – mefedron) i kokaina, oraz **substancji utrudniających podejmowanie świadomych decyzji**, np. alkohol, GHB/GBL/BDO, marihuana. Pierwsze z nich wpływają na przedłużanie stosunku seksualnego, co z kolei zwiększa możliwość wystąpienia otarć, a także zwiększa prawdopodobieństwo kontaktu seksualnego bez prezerwatywy lub z osobą o nieznanym statusie serologicznym. Substancje z drugiej grupy mogą utrudniać racjonalną ocenę sytuacji i podjęcie adekwatnych decyzji o rodzaju kontaktu seksualnego i o stosowaniu odpowiednich zabezpieczeń;
- ✔ **zakaźność** danego szczepu wirusa;
- ✔ **stosowanie profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP)** przez osobę niezakażoną.

W tabeli 1. zamieszczono czynniki zwiększające i zmniejszające ryzyko przeniesienia zakażenia w trakcie kontaktów seksualnych.

Tabela 1. Czynniki zwiększające i zmniejszające ryzyko infekcji HIV

Czynnik	Z mężczyzny na kobietę	Z kobiety na mężczyznę	Z mężczyzny na mężczyznę
Zwiększenie ryzyka przeniesienia zakażenia HIV			
Kontakt analny	Tak	?	Tak
Liczba kontaktów seksualnych	Tak	Tak	Tak
Zaawansowane zakażenie HIV	Tak	Tak	Tak
Pierwotna infekcja HIV (OChR)[12]	Tak	Tak	Tak
Zmiany zapalne narządów płciowych	Tak	Tak	Tak
Kontakt podczas miesiączki	Tak	Tak	X
Obrzezanie u kobiety	Tak	Tak	X
Ektopia (przemieszczenie) szyjki macicy	Tak	Możliwe	X
Ciąża	?	Tak	X
Zmniejszenie ryzyka przeniesienia zakażenia HIV			
Używanie zewnętrznych (tzw. męskich) prezerwatyw	Tak	Tak	Tak
Używanie wewnętrznych (tzw. damskich) prezerwatyw	Tak	Tak	X
Obrzezanie u mężczyzny	Możliwe	Tak	Tak
Zastosowanie profilaktyki przedekspozycyjnej HIV (PrEP)	Tak	Tak	Tak

Źródło: opracowano na podstawie Osmond, 1997.

Warto także wskazać, **co nie ma większego znaczenia w kontekście przeniesienia zakażenia HIV** (Walendzik-Ostrowska, Dec, 2012). Jest to np. **orientacja seksualna** – dla wielu osób może to być zaskoczenie, skoro HIV wciąż jest kojarzony z męską homoseksualnością, ale dla szacowania narażenia na zakażenie ten czynnik nie ma znaczenia: nie to, kim jesteś, ale to, co robisz, jest istotne. Faktem jest, że mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami stanowią jedną z największych liczebnie populacji osób żyjących z HIV w Polsce. Wynika to jednak nie z ich orientacji seksualnej lub rodzaju podejmowanych kontaktów seksualnych, a ze złożonych czynników:

- ✔ biologicznych (kontakty analne są związane z większym prawdopodobieństwem transmisji HIV),
- ✔ epidemiologicznych (patogeny, w tym HIV, szybciej przenoszą się w mniejszych grupach/populacjach),
- ✔ społecznych (stygmatyzacja, która może wpływać na gotowość do wykonywania testów w kierunku HIV – wiele osób uważa, że wykonanie testu może wiązać się z koniecznością ujawnienia orientacji seksualnej oraz rodzaju podejmowanych kontaktów seksualnych i z oceną ze strony

12. Dowody zwiększonej zakaźności podczas infekcji pierwotnej oparte na modelu matematycznym.

personelu ochrony zdrowia, powiązaną z tym procesem),
- ✔ ekonomicznych (ograniczone środki przeznaczane na profilaktykę HIV),
- ✔ systemowych (niedostatek działań profilaktycznych odpowiadających na potrzeby tej populacji, np. w zakresie dostępności do PrEP oraz docieralności tej profilaktyki do osób z tej populacji), a także
- ✔ politycznych (stygmatyzowanie, wykluczanie).

Nie ma też znaczenia **wcześniejsza znajomość partnera (bądź brak znajomości)**. Wiele osób twierdzi, że HIV ich nie dotyczy, bo przecież nie mają kontaktów z „przypadkowymi" osobami. Tymczasem do zakażenia może prowadzić każdy stosunek seksualny z osobą o nieznanym statusie serologicznym (nie wiemy, czy dana osoba jest zakażona HIV, czy – nie). Czas znajomości nie ma znaczenia. Zakazić się HIV można od osoby dobrze znanej, od stałego partnera lub partnerki – kluczowe jest więc nie to, jak długo się znamy, ale to, czy badamy się w kierunku HIV i czy znamy swój aktualny status serologiczny.

Różne formy aktywności niosą za sobą różny poziom narażenia na zakażenie. Aby oszacować ryzyko, należy wziąć pod uwagę zwłaszcza dwie kwestie: (1) z jakim płynem ustrojowym mogło dojść do kontaktu oraz (2) czy dany płyn ustrojowy miał kontakt z błoną śluzową i jak długo on trwał, a także inne czynniki wymienione powyżej. Ten algorytm pozwala określić formy aktywności – od bezpiecznych do związanych z największym prawdopodobieństwem zakażenia (Izdebski, Walendzik 2000).

Formy aktywności seksualnej najbardziej narażające na zakażenie HIV:
- ✔ bycie osobą penetrowaną (tzw. rola bierna) podczas stosunku analnego (kontakt penis – odbyt) niezabezpieczonego prezerwatywą lub gdy partner nie stosuje profilaktyki farmakologicznej (PrEP), przy czym płeć nie ma tu znaczenia; narażenia na zakażenie nie zmniejsza wycofanie członka z odbytu przed wytryskiem – opisano przypadek zakażenia na skutek kontaktu odbytu z preejakulatem (Hecht i in., 1998);
- ✔ stosunek waginalny (kontakt penis – pochwa) bez zabezpieczenia prezerwatywą lub PrEP, szczególnie w trakcie miesiączki – kontakt seksualny w czasie menstruacji zwiększa prawdopodobieństwo zakażenia mężczyzny trzykrotnie (Royce i in., 1997), ale jest ono wyższe także dla kobiety – w czasie miesiączki błona śluzowa w pochwie jest rozpulchniona i bardziej wrażliwa na uszkodzenia, z kolei dla mężczyzny czynnikiem zwiększającym ekspozycję na zakażenie są także jednoczesne zakażenie innymi drobnoustrojami chorobotwórczymi oraz zmiany skórne, np. owrzodzenia (Watstein, Chandler 1998);
- ✔ bycie osobą pieszczącą w trakcie stosunku oralnego (*fellatio*, kontakt penis – usta) niezabezpieczonego prezerwatywą lub PrEP, zakończonego wytryskiem w usta (narażenie na zakażenie niższe niż w opisanych powyżej obu sytuacjach) – ten rodzaj kontaktu seksualnego w pierwszych latach epidemii był uważany za stosunkowo bezpieczną technikę seksualną, jednak okazało się, że istnieje możliwość transmisji HIV również tą drogą. Prawdopodobieństwo zakażenia zwiększają uszkodzenia, otarcia i chorobowo zmieniona śluzówka w jamie ustnej osoby pieszczącej – osoba pieszczona w trakcie tego rodzaju kontaktu seksualnego nie może ulec zakażeniu HIV.
- ✔ bycie osobą penetrującą (tzw. rola aktywna) podczas stosunku analnego niezabezpieczonego prezerwatywą lub PrEP, gdy pojawia się możliwość kontaktu z krwią – na zwiększone narażenie na zakażenie przekładają się mikroskopijne uszkodzenia lub ranki na żołędzi i na penisie osoby penetrującej;
- ✔ używanie wspólnych zabawek erotycznych (bez zabezpieczenia ich prezerwatywą lub bez ich zdezynfekowania lub dokładnego umycia ciepłą wodą z mydłem po użyciu przez każdą osobę).

Formy aktywności seksualnej o średnim potencjale narażenia na zakażenie HIV (zakażenie jest prawdopodobne, chociaż znacznie mniejsze niż w sytuacjach omówionych wyżej):
- ✔ penetrowanie (tzw. rola aktywna) podczas stosunku analnego niezabezpieczonego prezerwatywą lub PrEP i bez kontaktu z krwią;

- ✔ stosunek waginalny bez zabezpieczenia prezerwatywą lub PrEP, gdy do wytrysku nasienia doszło poza pochwą (tzw. stosunek przerywany) i nie dostało się ono do pochwy;
- ✔ pieszczenie ustami i językiem męskich narządów płciowych (*fellatio*) bez zabezpieczenia prezerwatywą lub PrEP, kiedy nie doszło do wytrysku nasienia do ust;
- ✔ pieszczenie językiem i ustami kobiecych narządów płciowych (*cunnilingus*) bez zabezpieczenia chusteczką lateksową lub PrEP, gdy kobieta jest w czasie menstruacji;
- ✔ stosunek waginalny lub analny zabezpieczony prezerwatywą, ale w sytuacji, gdy prezerwatywa uległa uszkodzeniu podczas użycia lub gdy została nieprawidłowo założona – czynnikiem znacznie obniżającym prawdopodobieństwo zakażenia jest w takiej sytuacji natychmiastowe przerwanie kontaktu seksualnego.

Formy aktywności seksualnej o niskim potencjale narażenia na zakażenie HIV (zakażenie jest możliwe jedynie teoretycznie):

- ✔ głębokie pocałunki (tylko w sytuacji, gdy w ślinie pojawia się krew);
- ✔ *petting*, polegający na pieszczeniu ciała drugiej osoby łącznie z narządami płciowymi, pod warunkiem unikania kontaktu ust ze świeżymi skaleczeniami, z zadrapaniami i z widocznymi otarciami na skórze;
- ✔ wzajemna masturbacja bez kontaktu ze świeżymi zadrapaniami i skaleczeniami oraz zewnętrznych narządów płciowych bez kontaktu ze spermą lub z wydzieliną pochwy;
- ✔ *cunnilingus* – pieszczenie językiem i ustami kobiecych narządów płciowych;
- ✔ *fisting* – wprowadzanie dłoni do odbytu lub do pochwy;
- ✔ *fingering* – wprowadzanie palca do odbytu lub do pochwy;
- ✔ *annilingus* – kontakty oralno-analne.

Bezpieczne formy aktywności seksualnej (gdy nie dochodzi do kontaktu błony śluzowej z płynami ustrojowymi):

- ✔ przytulanie się, obejmowanie, pocałunki;
- ✔ *petting*, polegający na dotykaniu ciała partnera (partnerki) bez kontaktu z potencjalnie zakaźnymi płynami ustrojowymi;
- ✔ *necking* (pieszczenie ciała partnera od pasa w górę);
- ✔ kontakt spermy bądź krwi ze zdrową (niezmienioną chorobowo) skórą;
- ✔ każdy rodzaj wzajemnego masażu;
- ✔ erotyczna rozmowa;
- ✔ wspólny prysznic lub kąpiel.

Kolejny element w szacowaniu osobistego narażenia na zakażenie HIV jest związany ze **stylem życia seksualnego**. **Można wyróżnić cztery takie style** (Sokoluk 2003; za: Walendzik-Ostrowska, Dec, 2012).

Pierwszy to **abstynencja seksualna**: brak doświadczeń seksualnych z innymi osobami, bycie przed inicjacją seksualną – to najbardziej bezpieczny styl życia seksualnego. Jego wykorzystanie zależy przede wszystkim od poziomu wewnętrznej akceptacji człowieka dla takiego wyboru, a nie – od mechanizmów kontroli. Abstynencja seksualna to także sytuacja, gdy po okresie aktywności seksualnej człowiek, z różnych powodów, jej zaprzestał. Fakt niepodejmowania zachowań seksualnych nie przekreśla i nie wyklucza automatycznie narażenia na zakażenie HIV, do którego mogło dojść wcześniej; upewnienie się, że podczas wcześniejszych kontaktów seksualnych nie doszło do zakażenia wymaga wykonania testu na obecność przeciwciał anty-HIV.

Drugi to bycie w **jednej wzajemnie monogamicznej relacji seksualnej z osobą, która nie jest zakażona HIV** – może to być bezpieczny styl życia seksualnego, pod warunkiem że obie osoby

pozostają w monogamii seksualnej i nie są zakażone HIV (obie wykonały test w kierunku HIV i jest on ujemny). Stworzenie takiej relacji wymaga od obu osób poczucia wzajemnej odpowiedzialności za zdrowie, przejawiającego się we wspomnianej wyłączności seksualnej, a w przypadku kontaktu seksualnego poza tą relacją – konsekwentnego stosowania prezerwatyw lub innych zabezpieczeń, np. PrEP. W tym miejscu trzeba też zaznaczyć, że jeśli jedna osoba w związku żyje z HIV i jednocześnie jest skutecznie leczona (ma od co najmniej sześciu miesięcy tzw. niewykrywalną wiremię), to kontakty seksualne z nią nie mogą prowadzić do zakażenia HIV (N = N, o czym dokładniej piszemy w części poświęconej leczeniu zakażenia).

Kolejny możliwy wariant stylu życia seksualnego to **bycie w stałym związku** (inaczej tzw. seryjna monogamia). Oznacza to, że dana osoba była w dwóch lub więcej związkach w swoim życiu, występujących jeden po drugim. Takie związki są oparte na zaangażowaniu seksualnym i emocjonalnym i trwają przez jakiś czas. Zaleca się na początku każdego kolejnego, tworzącego się związku rozważyć podjęcie działań gwarantujących bezpieczeństwo w zakresie HIV: wzajemną wyłączność seksualną oraz dbanie o zdrowie. Istotne może być zwłaszcza podjęcie decyzji o wykonaniu testów w kierunku HIV, jeśli wcześniejsze kontakty seksualne były podejmowane z osobami, których wyniki testu na HIV nie były znane lub nie były one „aktualne". Ważne jest jednak, aby test w kierunku HIV wykonać przed rozpoczęciem aktywności seksualnej, a termin jego wykonania umożliwiał jednoznaczne określenie statusu serologicznego (w zależności od metody ten czas wynosi od 6 do 12 tygodni od ostatniego potencjalnego narażenia na zakażenie HIV). W praktyce często bywa tak, że na początku związku osoby w nim będące używają prezerwatyw, ale później – kiedy dłużej się znają – rezygnują z nich. W związkach osób różnej płci prezerwatywa jest często traktowana jako metoda antykoncepcyjna, więc kiedy kobieta zaczyna używać innej metody (np. tabletek hormonalnych), takie zabezpieczenie staje się zbędne. Nie myśli się o HIV, dlatego rezygnacja z prezerwatywy może przychodzić tak łatwo.

I wreszcie – ostatni model życia seksualnego, czyli **wielość partnerów i/lub partnerek seksualnych** (kiedyś: **promiskuityzm seksualny** (łac. *promisc(u)us* – wspólny, chociaż nie zalecamy stosowania tego pojęcia z uwagi na jego negatywny, oceniający wydźwięk). To podejmowanie kontaktów seksualnych z wieloma różnymi osobami, najczęściej bez zaangażowania emocjonalnego. Ten styl życia seksualnego jest związany z występowaniem potencjalnie wielu ekspozycji na zakażenie HIV. Przyczyny podejmowania kontaktów seksualnych z wieloma różnymi osobami są dość złożone, mogą wynikać z takich czynników jak (Izdebski, Walendzik 2001):

- ✔ lęk przed zaangażowaniem emocjonalnym w wyniku złych doświadczeń lub niedojrzałości emocjonalnej,
- ✔ używanie seksu w celach innych niż seksualne (np. jako wyrazu dominacji, władzy, zemsty, kary),
- ✔ trudności w osiągnięciu lub braku satysfakcji seksualnej i poszukiwanie jej z różnymi osobami,
- ✔ poszukiwanie nowych, silnych doznań (np. wynikających ze zwiększonego zapotrzebowania na noradrenalinę),
- ✔ nadmierne przeseksualizowanie, np. u osób po doświadczeniu przemocy seksualnej, zwłaszcza w dzieciństwie,
- ✔ presja otoczenia, zwłaszcza w niektórych grupach i środowiskach, dotycząca przede wszystkim młodych osób,
- ✔ traktowanie aktywności seksualnej jako sposobu na odreagowywanie napięć,
- ✔ niska samoocena i wynikająca z tego potrzeba jej potwierdzania poprzez zachowania seksualne (*podobam się, mam powodzenie, mogę mieć kogo zechcę – a więc jestem atrakcyjny/atrakcyjna, nikt mi się nie oprze*),
- ✔ poszukiwanie nowych doznań w seksie – podejmowanie zachowań umożliwiających odczuwanie silnych, granicznych emocji związanych z ekspozycją na zakażenie HIV; dotyczy ok. 5% badanych w Polsce,

- ✔ lęk przed samotnością,
- ✔ doświadczanie trudności w stawianiu granic w kontaktach seksualnych (często związanych z niską samooceną),
- ✔ wykonywanie pracy seksualnej,
- ✔ kompulsywne zaburzenia zachowań seksualnych (CSBD), określane wcześniej jako hiperseksualność lub uzależnienie od zachowań seksualnych (Pawlęga, Brodzikowska, 2024)[13],
- ✔ zachowania seksualne w epizodzie manii związanym z chorobą afektywną dwubiegunową.

Szczególnym rodzajem zachowania związanym z podejmowaniem kontaktów seksualnych z wieloma osobami w kontekście narażenia na zakażenie HIV są zachowania określane jako **chemsex**[14].

To określenie odnosi się do użycia specyficznych substancji (przede wszystkim narkotyków stymulujących, takich jak kokaina, metamfetamina i katynony, np. mefedronu) przed kontaktem seksualnym i/lub w jego trakcie, przez gejów, mężczyzn biseksualnych i innych MSM, często połączonego z nawiązywaniem kontaktów z partnerami seksualnymi z wykorzystaniem geolokalizacyjnych aplikacji randkowych (Muskała, Pawlęga, 2019). Chemsex może mieć miejsce między dwiema bądź więcej osobami, a tzw. sesje chemsexu, w których uczestniczy często więcej osób podejmujących ze sobą kontakty seksualne, mogą trwać od kilku godzin do kilku dni.

W tabeli 2. prezentujemy procentowo określone prawdopodobieństwo transmisji HIV w trakcie pojedynczej sytuacji, w której nie zastosowano metod zabezpieczenia przed ekspozycją (np. w postaci prezerwatyw czy PrEP).

Tabela 2. Typ ekspozycji a prawdopodobieństwo zakażenia w pojedynczej sytuacji.

Typ ekspozycji	Ryzyko zakażenia (%) po pojedynczym kontakcie
transfuzja	>90
zakażenie drogą wertykalną	12–50
receptywny stosunek analny (osoba penetrowana)	około 1,0
stosowanie narkotyków drogą dożylną za pomocą wspólnie używanego sprzętu	0,5–1,0
ekspozycja zawodowa	0,1–1,0
receptywny stosunek waginalny, tj. bycie penetrowaną (kobieta)	0,01–0,32
insertywny stosunek waginalny, tj. penetrowanie (mężczyzna)	0,01–0,1
insertywny stosunek analny (osoba penetrowana)	0,06

13. Więcej na ten temat w: Pawlęga M., Brodzikowska M., (2024) *Od koncepcji dewiacji do kompulsywnego zaburzenia zachowań seksualnych*, „Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA", https://siu.praesterno.pl/artykul/836?fbclid=IwY2xjawFeK4lleHRuA2FlbQIxMAABHTy4G9pfNxxGQnHnXNZTbqrAc4gjIFRgDSlxuI5QTLD-ZjAI5wLZbtusIQ_aem_ZDvPVIZO1HBsJUZbaAM8Ng [dostęp: 12.08.24].

14. Więcej na ten temat – zob. Walendzik-Ostrowska, A. (2024a).

1.3. TESTOWANIE W KIERUNKU HIV

Badanie w kierunku HIV w Polsce jest dostępne w różnych miejscach. Działa sieć punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), w których badanie można wykonać anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania. Można je również wykonać bez skierowania w wielu prywatnych laboratoriach – koszt wynosi od 50 zł wzwyż. Testy są wykonywane także w placówkach ochrony zdrowia: w szpitalach, kiedy występujące objawy mogą wskazywać na zakażenie HIV. Niektóre apteki oraz wyspecjalizowane strony internetowe oferują także testy do samodzielnego wykonania. Zgodnie z Rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS z 2025 roku są one uznane jako jedno z ważnych narzędzi diagnostyki. Zaleca się jak najszerszą ich dostępność, przy czym istotne jest, aby posiadały certyfikat CE, jak również instrukcję oraz informację na temat interpretacji wyników, konieczności potwierdzenia wyniku reaktywnego oraz możliwości uzyskania dalszego wsparcia diagnostycznego, medycznego i psychologicznego (Szetela, Ankiersztejn-Bartczak, Łapiński 2025).

Dodatkowo, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2025 r., od maja 2025 r. lekarze POZ mają możliwość zlecania testów w kierunku HIV w ramach świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków budżetu powierzonego. Oznacza to, że każdy dorosły pacjent może zostać skierowany na test przez swojego lekarza rodzinnego bez dodatkowych formalności, kosztów i kolejnych wizyt w gabinetach. To ogromny krok w stronę powszechnej profilaktyki, wcześniejszego wykrywania zakażeń i skuteczniejszej odpowiedzi na epidemię HIV w Polsce[15].

Zakażenie HIV można stwierdzić wyłącznie poprzez badanie serologiczne, polegające na wykryciu we krwi, w surowicy lub w osoczu przeciwciał przeciwko HIV, białek wirusowych lub (w nielicznych laboratoriach) materiału genetycznego wirusa. W tym celu pobiera się krew z żyły bądź z palca osoby badanej (krew kapilarna). Dla potrzeb diagnostyki zakażenia HIV wykorzystuje się kilka rodzajów testów, różnych na poszczególnych etapach diagnostyki (patrz rys. 3.).

Rysunek 3. Rodzaje testów diagnostycznych

TESTY PRZESIEWOWE

- ✔ oparte na metodzie ELISA (EIA)
- ✔ **III generacji:** wykrywają przeciwciała (**okienko: 12 tygodni**); testy point-of-care (POC) – tzw. szybkie testy
- ✔ **IV generacji** (Combo): wykrywają przeciwciała oraz białko p24 (**okienko: 6 tygodni)**

TESTY POTWIERDZENIA

- ✔ Western blot, INNO, LIA, test immunochromatograficzny

TEST MOLEKULARNY (NAAT – *nucleic acid amplification test*)

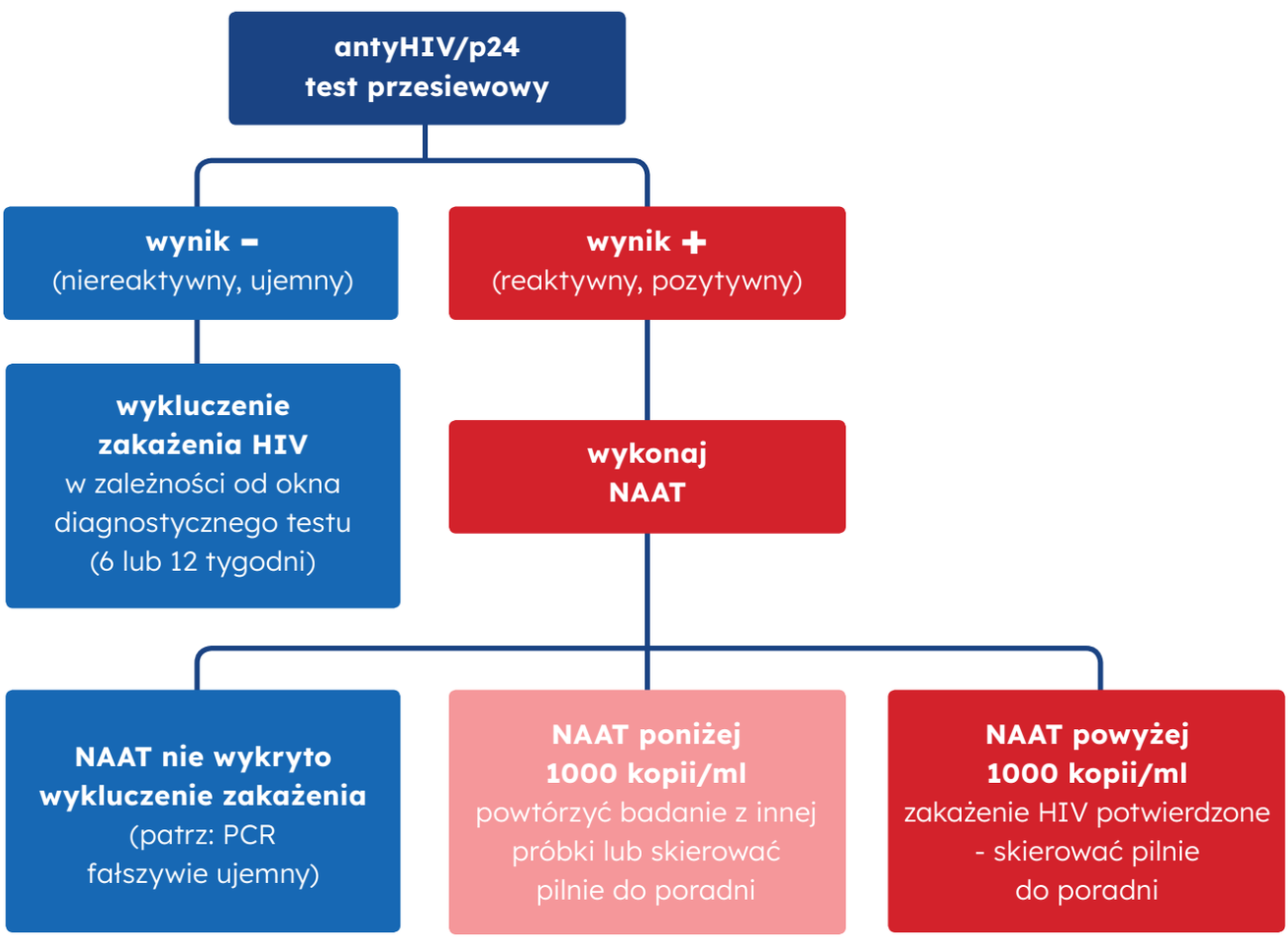
- ✔ testy HIV-RNA: metoda analizy kwasow nukleinowych wirusa

Źródło: opracowanie własne.

15. Więcej informacji znaleźć można w module e-learningowym pn. „Kompendium wiedzy HIV/AIDS dla lekarzy POZ", opracowanym przez Krajowe Centrum ds. AIDS: https://www.hiv-aids.edu.pl/kompendium-wiedzy [dostęp: 16.09.2025].

Pierwszym etapem diagnostyki zakażenia HIV jest zawsze wykonanie testu przesiewowego opartego na metodzie EIA (ang. *enzyme immunoassay*). Jego dodatni wynik wymaga zawsze potwierdzenia drugim badaniem, wykonywanym już inną metodą. Do roku 2023 był to test potwierdzenia Western-blot, wykrywający specyficzne białka, których obecność jest związana z obecnością HIV w organizmie. Natomiast obecnie (od roku 2024) obowiązujący standard testowania (rys. 4.) wymaga zastosowania testu molekularnego NAAT (ang. *nucleic acid amplification test*) – to badanie z użyciem techniki amplifikacji materiału genetycznego, zwykle w laboratoriach wykorzystuje się w tym celu metodę RT-PCR (ang. *reverse-transcription polymerase chain reaction* – reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym).

Rysunek 4. Schemat testowania w kierunku HIV obowiązujący w Polsce w 2024 roku.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS*, Warszawa 2024.

W działaniach edukacyjnych trzeba zawsze bardzo wyraźnie podkreślać, jak ważne jest wykonanie badania w odpowiednim czasie. **Wynik ujemny** testu przesiewowego świadczy o braku zakażenia WYŁĄCZNIE po spełnieniu warunku wykonania go (w zależności od rodzaju testu) w czasie od 6 do 12 tygodni od narażenia na zakażenie, przy czym z powodu przyjmowania profilaktyki przedekspozycyjnej i poekspozycyjnej ten okres się wydłuża. Zalecenia PTN AIDS wskazują, że w tym przypadku zakończenie diagnostyki powinno nastąpić po 6–8 tygodniach od zakończenia przyjmowania leków stosowanych w PEP lub PrEP (*Rekomendacje PTN AIDS, 2024*).

Wynik ujemny badania przed wspomnianym okresem może być **fałszywie ujemny** – pomimo zakażenia nie zostało ono jeszcze rozpoznane. Wśród innych powodów takiej sytuacji można wymienić:
- ✔ zbyt niskie stężenie przeciwciał anty-HIV w próbce (np. w przebiegu OChR i wczesnej fazy zakażenia, w przypadku AIDS lub niedoborów odporności o innej etiologii),
- ✔ zespół LEVI (ang. *long-acting early viral inhibition syndrome*),
- ✔ zakażenie innymi wariantami HIV niż HIV-1 grupy M, N i O oraz HIV-2 (nie każdy test wykrywa wszystkie z nich),
- ✔ suplementację biotyny w dużych dawkach,
- ✔ hipo- i agammaglobulinemię,

a także błędy w procedurze diagnostycznej, np. wykonanie testu niezgodnie z instrukcją dostarczoną przez producenta lub pomylenie próbek krwi (Rekomendacje PTN AIDS, 2024). Należy jednak podkreślić, że wymienione sytuacje (poza zbyt wczesnym wykonaniem badania) są niezwykle rzadkie.

Wynik dodatni testu przesiewowego wymaga – jak wspomniano – dalszej diagnostyki. Zdarzają się sytuacje, gdy test wychodzi reaktywny, pomimo braku zakażenia. Przyczyny takiej sytuacji mogą być następujące:
- ✔ obecność autoprzeciwciał,
- ✔ występowanie ostrego zakażenia (m.in. EBV, HSV, *Treponema pallidum*),
- ✔ przyjęcie szczepienia w ciągu miesiąca przed badaniem,
- ✔ ciąża,
- ✔ przetoczenia krwi i immunoglobulin (wyjątkowo rzadko),
- ✔ stan po przeszczepie tkanek,
- ✔ przyjmowanie eksperymentalnych szczepionek przeciw HIV
- ✔ niewłaściwe postępowanie z próbką krwi (wielokrotne rozmnażanie materiału przed wykonaniem testu laboratoryjnego) bądź pomylenie próbek krwi (*Rekomendacje PTN AIDS 2024*).

W razie podejrzenia ostrej choroby retrowirusowej lub bardzo wczesnej fazy zakażenia HIV zaleca się pilne skierowanie do poradni profilaktyczno-leczniczej w celu weryfikacji rozpoznania zakażenia HIV, a jeżeli dojdzie do jego potwierdzenia, niezależnie od wyniku badania przesiewowego – z myślą o niezwłocznym wdrożeniu leczenia.

Zakażenie HIV stwierdza się, gdy w 1 mililitrze krwi jest obecnych ponad 1000 kopii wirusowego RNA. Gdy kopii wirusa jest mniej, zaleca się powtórzenie badania z innej próbki krwi i skierowanie do poradni leczenia zaburzeń odporności. Zdarzają się również sytuacje, gdy po wykonaniu testu molekularnego otrzymuje się wyniki **fałszywie ujemne** – pomimo zakażenia nie identyfikuje się w próbce krwi RNA HIV. Jest to możliwe w następujących sytuacjach:
- ✔ zbyt wczesna faza zakażenia (poniżej 10 dni),
- ✔ błędy przedanalityczne (np. pomylenie próbek krwi) i analityczne,
- ✔ osoby z kontrolą replikacji HIV bez cART (tzw. elite controllers) lub osoby skutecznie leczone cART,
- ✔ obecność mutacji wirusa (niezwykle rzadko),
- ✔ zespół LEVI (*Rekomendacje PTN AIDS, 2024*).

Fałszywie dodatni wynik testu molekularnego może wystąpić natomiast w rezultacie błędów przedanalitycznych lub analitycznych oraz gdy dojdzie do zanieczyszczenia (kontaminacji) badanej próbki krwi (Rekomendacje PTN AIDS, 2024).

W ramach podejmowanych działań edukacyjnych zachęcamy do rekomendowania korzystania z punktów konsultacyjno-diagnostycznych – ich aktualna lista, wraz z adresami, znajduje się

na stronie https://aids.gov.pl/pkd/. Oferują one badania w kierunku HIV anonimowo (bez podawania danych personalnych), bezpłatnie i bez skierowania. Każde badanie poprzedza rozmowa z wykwalifikowanym doradcą bądź doradczynią. Zadania tej osoby to ocena prawdopodobieństwa narażenia na zakażenie HIV oraz udzielenie wszelkich potrzebnych informacji i wsparcia. W większości PKD oferowane są dodatkowo szybkie testy w kierunku HCV oraz kiły – wyniki także są anonimowe. Jedynie dodatni wynik testu w kierunku HIV można odkodować (oznaczyć imieniem i nazwiskiem) na prośbę klienta. Personel PKD dysponuje specjalnym blankietem, na którym umieszcza się dane z dokumentu tożsamości (dowodu osobistego lub paszportu) osoby, u której stwierdzono zakażenie. Z takim imiennym wynikiem można zgłosić się do poradni leczenia nabytych niedoborów odporności lub do oddziału zakaźnego w szpitalu w celu podjęcia leczenia. Blankiet, stanowiący imienny wynik testu, jest wypisywany w jednym egzemplarzu, który otrzymać może wyłącznie osoba, u której stwierdzono zakażenie HIV. Zostaje on oddany tej konkretnej osobie, a żadne dane osobowe ani żadna jego kopia nie pozostają w placówce PKD. Odkodowanie wyniku ujemnego (otrzymanie imiennego zaświadczenia o wyniku testu w kierunku HIV) w PKD nie jest możliwe.

W Polsce dostępne są także tzw. szybkie testy HIV (POCT: ang. *point-of-care-test*). W ten sposób określa się łatwe w wykonaniu testy pozwalające na wykrycie przeciwciał anty-HIV w czasie do 15 minut, które nie wymagają zastosowania jakiejkolwiek aparatury laboratoryjnej. W zależności od rodzaju testu materiałem do badań może być ślina bądź krew (najczęściej pobrana z palca). Tego rodzaju testy wykonuje się podczas działań profilaktycznych prowadzonych przez organizacje pozarządowe i – w większości – przez PKD. Należy jednak pamiętać, że są to testy tzw. III generacji – okienko serologiczne (czyli możliwość potwierdzenia braku zakażenia) w ich przypadku wynosi 12 tygodni. W niektórych aptekach lub w sklepach internetowych można kupić takie testy z przeznaczeniem do samodzielnego wykonania. Są to najczęściej tzw. testy płytkowe (podobne do tych, które wykrywały SARS-CoV-2). Należy pamiętać, że taki test należy zawsze wykonywać zgodnie z załączoną instrukcją. Badanie za pomocą testu płytkowego przeprowadza się w następujący sposób: pobranie krwi z palca, umieszczenie jej w specjalnym otworze, zakropienie buforem (substancją inicjującą reakcję chemiczną), a następnie (zwykle po kilku minutach) odczytanie wyniku testu w sposób podany w instrukcji.

1.4. STYGMATYZACJA I DYSKRYMINACJA OSÓB ŻYJĄCYCH Z HIV I ICH BLISKICH

O ile współczesna medycyna pozwala na kontrolowanie zakażenia oraz na satysfakcjonujące, długie życie z HIV, o tyle problemem wciąż pozostaje stygmatyzacja w tym obszarze. Niestety, badania oraz doświadczenia samych osób seropozytywnych dowodzą, że ten problem wciąż pociąga za sobą poważne konsekwencje – przykładowo: gorszy dostęp do usług społecznych (np. edukacyjnych, pomocowych czy medycznych), dyskryminację w miejscu pracy czy wykluczenie z relacji rodzinnych lub towarzyskich. **To zjawisko (ang. *stigma)* jest definiowane przez UNAIDS jako proces dewaluacji osób żyjących z HIV lub powiązanych z problematyką HIV i AIDS. Dyskryminacja, będąca następstwem uprzedzeń, polega zatem na niesprawiedliwym traktowaniu jednostek ze względu na ich rzeczywisty lub domniemany status serologiczny.** Badania w ramach projektu AIDS STIGMA, sprzed ponad dziesięciu lat, wykazały, że przeszło połowa uczestniczących w nim osób żyjących z HIV w Polsce doświadczyła wykluczenia z czynności rodzinnych oraz stała się ofiarą plotek po ujawnieniu swojego statusu serologicznego. Aż 20% badanych doświadczyło również dyskry-

minacji ze strony personelu medycznego. To badanie wykazało, że z przejawami stygmatyzacji spotykają się nie tylko same osoby seropozytywne, lecz także ich najbliżsi – zwłaszcza partnerzy i partnerki (Ankiersztejn-Bartczak, 2011). Niestety, doświadczenia w praktycznej pracy pomocowej zespołu autorskiego niniejszej publikacji wskazują, że po 14 latach od realizacji badania niewiele się w tym zakresie zmieniło. Nadal zgłaszane są sytuacje potwierdzające utrudniony dostęp do świadczeń medycznych i stygmatyzowanie zachowań społecznych, a osoby żyjące z HIV często ukrywają informacje o swoim zakażeniu, nawet w trakcie korzystania z usług ochrony zdrowia – z powodu lęku przed dyskryminacją, opartego na własnych, wcześniejszych doświadczeniach. Przyczyn takiego stanu rzeczy może być wiele. Z jednej strony – we wspomnianym badaniu osoby żyjące z HIV wskazywały, że kluczowe znaczenie dla dyskryminacji i stygmatyzacji ma brak wiedzy dotyczącej HIV w społeczeństwie. Aż 45% badanych stwierdziło, że najważniejszą przyczyną doświadczania dyskryminujących zachowań jest brak w społeczeństwie wiedzy, w jaki sposób można zakazić się HIV (Ankiersztejn-Bartczak, 2011). Jednak z drugiej strony – zakażenie może mieć związek z określonymi zachowaniami, które albo są nieakceptowane społecznie (jak – przykładowo – używanie środków psychoaktywnych), albo stanowią kulturowe tabu (jak określone zachowania seksualne). Ponieważ możliwość zakażenia się HIV przekłada się na lęk w świadomości społecznej, reakcją obronną stało się przypisanie jej określonym grupom, które u progu epidemii AIDS były najbardziej dotknięte przez HIV. Siłą rzeczy, te grupy musiały zostać naznaczone jako „inne", „zachowujące się w szczególny sposób" – aby lęk reszty populacji mógł zostać zredukowany. Z tego powodu osoby, które uległy zakażeniu, do dziś bywają postrzegane jako winne swojego statusu serologicznego. Nie zmieniła tego nawet zmiana trendów epidemiologicznych – w przeciwnym razie iluzoryczna bańka bezpieczeństwa, w której żyje większość społeczeństwa, przestałaby spełniać swoją funkcję. Chodzi tu przecież nie o epidemiologię czy o faktyczny mechanizm zakażenia, ale właśnie o poczucie zbiorowego bezpieczeństwa. Ponadto piętno nadane w ten sposób osobom żyjącym z HIV spełnia jeszcze jedną istotną funkcję społeczną – formalizuje istniejące wzorce wykluczenia. Uznanie, że narażenie na zakażenie HIV dotyczy tylko określonych grup społecznych, niepopularnych lub marginalizowanych już wcześniej, niejako „uprawomocnia" przemoc strukturalną – możliwość zakażenia staje się dodatkowym argumentem, aby móc uznać te grupy za zagrażające (Hodgson, 2008). Powyższe podejście stało się podstawą funkcjonowania terminu „grupy ryzyka", które znacząco wpływało na powstawanie kolejnych uprzedzeń wobec osób żyjących z HIV. Do grup ryzyka zaliczono homoseksualnych mężczyzn, osoby świadczące usługi seksualne, osoby używające narkotyków w iniekcjach, a niekiedy – także osoby chore na hemofilię oraz mężczyzn biseksualnych. W związku z tym w latach 80. i 90. poprzedniego wieku AIDS postrzegano jako *karę za grzeszne życie* i nie uznawano jako kolejnej jednostki chorobowej. To wszystko sprawiało, że każdą osobę zakażoną HIV można było oceniać przez pryzmat jej choroby, również na podstawie sytuacji, w której nastąpiła transmisja. To z kolei przekłada się na określone postawy i działania wobec tej osoby (Hebl, Kleck, 2008). W ten sposób usprawiedliwiane jest piętnowanie innych, służące *de facto* akceptacji własnych uprzedzeń, dyskryminacji i nietolerancji (Crandall, 2008).

Trudno w tej sytuacji się dziwić, że ludzie żyjący z HIV mogą się decydować na samowykluczenie na bazie własnych doświadczeń lub wiedzy o tym, czego ogólnie może doświadczać osoba w podobnej do ich sytuacji. Pojawia się wówczas prawdopodobieństwo działania mechanizmu samospełniającego się proroctwa, które podtrzymuje piętno i je usprawiedliwia (Jussim i in., 2008). Osoba zakażona może – z jednej strony – podejmować zachowania „wyznaczone" jej przez stereotyp, ale z drugiej – napotykać bariery zewnętrzne wynikające z uprzedzeń, uniemożliwiające jej podejmowanie innych zachowań lub modyfikację dotychczasowych. Co ważne, nie trzeba doświadczyć stygmatyzacji, aby mieć świadomość, jak często osoby żyjące z HIV się z nią spotykają. Stygmatyzacja i uprzedze-

nia są głęboko zakorzenione w naszej kulturze, przez co ich obecność wydaje się oczywista. Może to prowadzić do sytuacji, w której człowiek postrzega siebie w sposób, w jaki w jego przekonaniu postrzega go otoczenie. Może to wpływać na poczucie własnej wartości, na odczuwanie wstydu, na relacje z innymi ludźmi, na doświadczenie stresu związanego z obawą o ujawnienie – często ukrywanego – statusu serologicznego. Utrudnia także znacząco akceptowanie własnego zakażenia HIV jako jednego z elementów tożsamości i zbudowanie satysfakcjonującego obrazu siebie jako osoby żyjącej z HIV. Utrzymywanie zakażenia w sekrecie – chociaż w świetle powyższych uwag nie dziwi – może mieć konsekwencje dla zdrowia, nie tylko psychicznego. Crandall i Coleman (1992, za: Smart i Wagner, 2008) udowodnili – przykładowo – że nieujawnienie statusu serologicznego bliskim osobom powodowało u wielu osób stany depresyjne i lękowe. Osoby, które selektywnie informowały o swoim zakażeniu ludzi darzonych przez siebie zaufaniem, nie tylko nie wykazywały tak wysokiego poziomu lęku i zaburzeń nastroju, lecz także miały równocześnie lepszą odporność somatyczną.

Szczególna potrzeba ukrywania zakażenia często prowadzi także do ograniczonej gotowości lub do rezygnacji z korzystania z różnych usług publicznych oraz pomocowych wsparcia społecznego (Wojciechowska, 2004). Jest to konsekwencja samoizolacji, która w założeniu ma chronić przed nieprzyjemnymi następstwami ujawnienia statusu. Jednak ta ochrona ma swoje koszty. Należą do nich – przykładowo – rezygnacja z bliższych relacji i angażowanie się jedynie w bardziej powierzchowne związki (Smart, Wagner, 2008). Może ono przecież zaburzyć relację z innymi osobami z otoczenia: w przypadku HIV bywa to często nadmierna, nerwowa wręcz uprzejmość, połączona ze zwiększoną higieną (Carter, 2009).

Pod pojęciem *stigma* (z ang.) kryją się nie tylko procesy relacyjne i psychologiczne czy bariery w dostępie do usług. To także określone dyskryminujące przepisy prawne wynikające z uprzedzeń, a nie – z określonych merytorycznych przesłanek. Przykładem może być artykuł 161 kodeksu karnego[16], który przez wiele lat zakładał wyższy wymiar kary za narażenie na zakażenie HIV niż za narażenie na inne infekcje przenoszone tymi samymi drogami. W praktyce narażenie na zakażenie ciężką chorobą zagrażającą życiu (np. na gorączkę krwotoczną Ebola) było obwarowane niższą sankcją niż narażenie na zakażenie HIV. Pierwotnie od 1997 roku była to kara pozbawienia wolności do lat 3, później – w okresie pandemii Covid-19 – została z niezrozumiałych powodów podniesiona do przedziału od 6 miesięcy do lat 8. Dopiero 1 października 2023 roku uchylono odrębny paragraf dla zakażeń chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu i potraktowano narażenie na zakażenie HIV identycznie jak narażenie na inne infekcje, tj. zagrożone karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Nadal jednak istnieje spór o to, czym w istocie jest narażenie na zakażenie w dobie skutecznego leczenia antyretrowirusowego i wiedzy o możliwościach zapobiegania HIV, także poprzez leczenie, stosowanie prezerwatyw czy PrEP. Nie pomaga to jednak w przeciwdziałaniu stygmatyzacji i dyskryminacji.

Należy zauważyć, że stygmatyzacja związana z HIV nie tylko utrudnia skuteczną profilaktykę, lecz także okazuje się krzywdząca dla osób zakażonych. **Dlatego tak ważne jest, aby podczas realizacji działań profilaktycznych zwracać uwagę także na to, czy w ich trakcie nie są powielane stereotypy i uprzedzenia oraz czy ich przekaz jest zgodny z aktualną, rzetelną wiedzą merytoryczną.** Na ten proces może wpływać – poza wiedzą – także język używany w prowadzonych działaniach, ponieważ to właśnie język buduje określony sposób myślenia i przekonania o świecie, co przekłada się na emocje i na zachowania. Zachęcamy więc do zapoznania się z rozdziałem dotyczącym języka profilaktyki, znajdującym się w dalszej części publikacji.

16. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 17 z późn. zm.).

1.5. KOBIETY I HIV[17]

Przez kilka początkowych lat epidemii sądzono, że problem HIV dotyczy głównie mężczyzn. Nową chorobę obserwowano głównie w środowisku mężczyzn homoseksualnych oraz osób używających narkotyków w iniekcjach (też głównie mężczyzn). Dlatego wszelkie działania profilaktyczne, badania statystyczne, epidemiologiczne, medyczne i kliniczne były ukierunkowane przede wszystkim na tę płeć. Specyficzne potrzeby, zachowania oraz sytuację kobiet zauważono dopiero po kilku latach od wybuchu epidemii AIDS. W 1990 roku hasło Światowego Dnia Walki z AIDS brzmiało „Kobiety i AIDS", dzięki czemu zwrócono uwagę na inną, niż mężczyzn, sytuację kobiet w dobie epidemii. Kobiecą chorobę wskaźnikową, jaką jest rak szyjki macicy, wpisano na listę chorób wskazujących na AIDS dopiero w styczniu 1993 roku – 10 lat po zdefiniowaniu nabytego zespołu niedoboru odporności i 12 lat po opisaniu pierwszego zgonu z powodu AIDS. Epidemia HIV została określona mianem plagi XX wieku, a plaga zawsze kojarzy się z karą. Pytanie – za co? Za rewolucję seksualną, za oddzielenie seksu od prokreacji, homoseksualność, poligamię seksualną, za posiadanie wielu partnerów (kiedyś stosowany termin: promiskuityzm seksualny), a może za używanie narkotyków? Sytuacja kobiet oglądana z tej perspektywy okazuje się więc niezwykle trudna.

Aby przeanalizować sytuację obu płci w kontekście zachowań seksualnych, należy jeszcze zwrócić uwagę na podwójny standard zachowań seksualnych – różny dla kobiet i dla mężczyzn. Ta odmienność traktowania obu płci pojawia się bardzo wcześnie: na etapie pierwotnej socjalizacji przekazów wychowawczych dotyczących funkcjonowania seksualnego oraz ról i powinności związanych z byciem osobą określonej płci. Dziewczynki są uczone, że największą wartością, jaką kobieta może dać mężczyźnie, jest dziewictwo – bycie „czystą", ale również bierną. Przekazu na temat tego, co można dać w przyszłości kobiecie, chłopcy nie otrzymują, a jeśli już, to brzmi on: „bądź dobrym ojcem i mężem" (bez określenia, co słowo „dobry" znaczy w tym kontekście). Dodatkowo chłopców zachęca się do bycia aktywnymi i do zdobywania doświadczeń. Dziewczynki przestrzega się przed rozpoczynaniem życia seksualnego ze względu na utratę dziewictwa, natomiast chłopców – o ile w ogóle – to raczej z powodu możliwości zakażenia się jakąś chorobą. Według norm obyczajowych tzw. porządna kobieta powinna mieć tylko jednego partnera seksualnego, natomiast prawdziwy mężczyzna powinien mieć doświadczenie seksualne. O kobiecie, która zmienia partnerów, mówi się, że „się nie szanuje", o mężczyźnie – że „musi się wyszumieć". Określenia na bogate życie seksualne kobiety są pejoratywne, w przypadku mężczyzny – raczej żartobliwe, ale jednocześnie zabarwione zazdrością i uznaniem dla jego wyczynów. W świadomości społecznej pokutuje dychotomiczny podział kobiet na „święte" i na „ladacznice". Podwójny standard jest także wzmacniany brakiem otwartych komunikatów na temat ról seksualnych kobiety i mężczyzny. I o ile obserwujemy współcześnie wyraźne przemiany w tym zakresie – młode pokolenia mają już do wspomnianych kwestii zupełnie inne podejście – o tyle rdzeń przekazów kulturowych odnoszących się do płci i seksualności jest wciąż bardzo wobec kobiet opresyjny i znacząco utrudnia im otwarte i asertywne wyrażanie pragnień, zgód czy odmów w obszarze ich zachowań seksualnych.

Pierwotnym czynnikiem mającym znaczenie dla zwiększonego dla kobiety narażenia na transmisję HIV jest związek między heteroseksualnością a epidemiologią zakażeń, który wyraża się w następujących faktach:

17. Rozdział „Kobiety i HIV", autorstwa A. Walendzik-Ostrowskiej, ukazał się pierwotnie w j. angielskim pod tytułem Women and AIDS w publikacji *Wiele twarzy kobiety – „ona" w tekstach nie tylko medycznych"* (red. P. Bury, Z. Dziemianko, wyd. Maiuscula, Poznań 2011, s. 343–358). Ze względu na jego całościowy kontekst i wciąż aktualny wydźwięk postanawiamy go przytoczyć, z niewielkimi uaktualnieniami.

- ✔ wirus przenosi się w trakcie kontaktów seksualnych,
- ✔ zdecydowana większość kontaktów na świecie to seks między kobietą a mężczyzną (kontakt heteroseksualny),
- ✔ mężczyźni przez wiele początkowych lat epidemii dominowali w statystykach osób, które uległy zakażeniu HIV,
- ✔ fizjologia stosunku seksualnego oraz naturalne rezerwuary HIV (sperma) powodują, że w trakcie kontaktu seksualnego osoba penetrowana jest w większym stopniu eksponowana na zakażenie,
- ✔ w efekcie – sam fakt posiadania partnerów seksualnych będących mężczyznami jest dla kobiety czynnikiem zwiększającym jej narażenie na zakażenie.

W literaturze wymienia się ponadto inne aspekty związane z transmisją HIV u kobiet, dla których bardziej niż dla mężczyzn ryzykowne jest:

- ✔ bycie partnerką seksualną biseksualnego mężczyzny lub mężczyzny mającego seks z mężczyznami (MSM),
- ✔ bycie partnerką seksualną mężczyzny chorującego na hemofilię,
- ✔ bycie partnerką seksualną mężczyzny kupującego usługi seksualne,
- ✔ wykonywanie pracy seksualnej,
- ✔ doświadczanie przemocy seksualnej i relacyjnej,
- ✔ bycie w okresie menstruacji,
- ✔ bycie kobietą bi- i homoseksualną, mającą kontakty seksualne z kobietami (WSW),
- ✔ bycie kobietą transpłciową i/lub niebinarną,
- ✔ używanie narkotyków iniekcyjnie oraz innymi drogami (Huby, Teijlingen, Robertson, Porter, 1994).

Można w tym miejscu wskazać jeszcze kilka innych zjawisk mających istotne znaczenie dla większego narażenia kobiet na zakażenie: patriarchalny model społeczeństwa przejawiający się w miejscu kobiety w społeczeństwie, w zakresie jej roli w decydowaniu o czasie, jakości i liczbie stosunków seksualnych, a także zjawisko obrzezania kobiet czy kwestia macierzyństwa. Poniżej znaleźć można szczegółową charakterystykę poszczególnych grup czynników.

BIOLOGICZNE CZYNNIKI ZWIĘKSZONEGO NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE HIV U KOBIET

Więcej niż cztery piąte kobiet uległo zakażeniu HIV w trakcie kontaktu z mężczyzną (zakażenie w wyniku kontaktów heteroseksualnych). Są one ośmiokrotnie bardziej niż mężczyźni narażone na zakażenie w czasie kontaktów seksualnych (Padian, Shiboski, Glass, Vittinghoff, 1997) za sprawą licznych **czynników biologicznych**. Większość z nich ma ścisły związek z fizjologią stosunku seksualnego i zwiększa prawdopodobieństwo przeniesienia zakażenia z mężczyzny na kobietę. Są to:

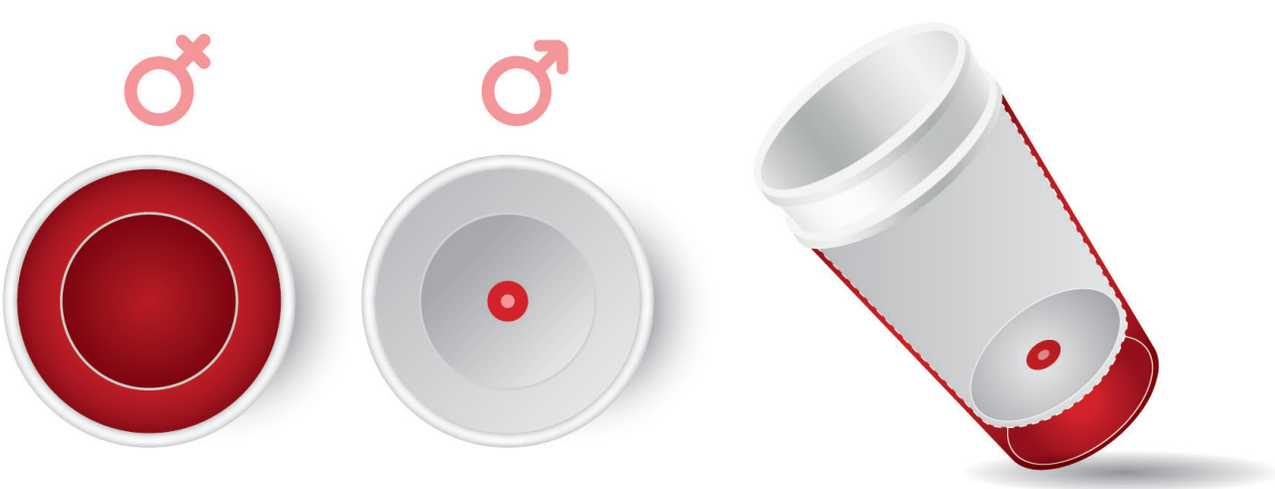
1. **Rodzaj płynu**, który ma kontakt z błoną śluzową: najbardziej zakaźne są krew i sperma – w czasie stosunku najczęściej pojawia się sperma. Praktykowanie stosunku przerywanego zmniejsza możliwość zakażenia, ale go nie eliminuje – w preejakulacie mężczyzny żyjącego z HIV również znajduje się wirus.
2. **Ilość płynu:** im większa ilość płynu, tym potencjalnie większe prawdopodobieństwo kontaktu z większą powierzchnią błony śluzowej. Podczas stosunku z partnerem żyjącym z HIV kobieta jest narażona na kontakt z większą ilością wirusa znajdującego się w spermie i w płynie nasiennym. (Wofsy, Cohen, Hauer i wsp., 1986).
3. **Powierzchnia kontaktu** śluzówki z materiałem potencjalnie zakaźnym: im jest większa, tym większe staje się prawdopodobieństwo przeniknięcia wirusa do krwiobiegu. Błona śluzowa pochwy ma wielokrotnie większą powierzchnię niż śluzówka mężczyzny, przez którą możliwe jest zakażenie (ujście cewki moczowej na czubku penisa). Wiek kobiety jest w tym przypadku również

czynnikiem mającym znaczenie dla narażenia na zakażenie: błony śluzowe wyścielające pochwę młodej dziewczyny są delikatniejsze niż u dojrzałej kobiety i często ulegają drobnym uszkodzeniom podczas stosunku, co zwiększa prawdopodobieństwo transmisji zakażenia. Z wiekiem wiąże się też ilość i jakość śluzu produkowanego w pochwie. U kobiet do ok. 20 roku życia jest go z reguły mniej, a jego działanie antybakteryjne okazuje się słabsze. Podobna sytuacja dotyczy kobiet w okresie menopauzy, gdy – z powodu zaburzeń gospodarki hormonalnej – częstym problemem jest suchość w pochwie. Ponadto każda sytuacja, gdy w pochwie nie ma naturalnego nawilżenia (a tak dzieje się niemal zawsze, gdy kobieta nie jest wystarczająco podniecona), zwiększa prawdopodobieństwo uszkodzenia śluzówki.

4. **Czas kontaktu:** im dłuższa ekspozycja śluzówki na materiał zakaźny, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia. Po wytrysku nasienia w organizmie kobiety przez jakiś czas znajduje się sperma (gdy partnerzy nie użyli prezerwatywy). Czas kontaktu z nasieniem często wynosi kilka godzin.
5. **Istnienie uszkodzeń** w obrębie śluzówki narządów płciowych, jamy ustnej, odbytu. Znaczenie mają przede wszystkim STIs powodujące objawy w postaci owrzodzeń (kiła) oraz bez zmian skórnych (np. rzęsistkowica czy chlamydioza), a także wszelkie inne uszkodzenia śluzówki (grzybice, nadżerki, otarcia, afty, podrażnienia). Drobne uszkodzenia, ranki bądź owrzodzenia znacznie ułatwiają przenikanie HIV do organizmu. Obecność HSV (opryszczka narządów płciowych), także w fazie bezobjawowej, zwiększa prawdopodobieństwo zakażenia HIV od 3 do 7 razy, zakażenie kiłą (przy kile pierwszorzędowej) – od 3 do 5, a rzeżączką lub chlamydią – od 2 do 5 razy (Łapiński, Szetela, Fleischer-Stępniewska, 2014). Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn, chociaż i w tym aspekcie narażenie na transmisję HIV jest wyższe w przypadku kobiet – ze względu na większą trudność w diagnozowaniu uszkodzeń w pochwie i STIs. Szacuje się, że od 50 do 80% przypadków STIs u kobiet pozostaje niewykrytych, ponieważ zmiany chorobowe albo inne oznaki zakażenia nie są widoczne. Dzieje się tak również dlatego, że kobiety żyjące w związkach seksualnie monogamicznych mogą nie podejrzewać, że są narażone na możliwość zakażenia. Ogromna liczba zakażeń STIs (blisko 330 mln zachorowań na świecie rocznie) sprzyja niewątpliwie rozprzestrzenianiu się HIV (WHO, 2024).

Na rysunku 5. prezentujemy pomoc dydaktyczną (kubeczki jednorazowe), którą można wykorzystać w wizualnym zaprezentowaniu biologicznych czynników zwiększających narażenie na zakażenie HIV u kobiet. Kubeczki są modelami narządów płciowych męskich (penisa) i kobiecych (wagina).

Rysunek 5. Biologiczne czynniki narażenia na zakażenie HIV u kobiet – prezentacja z wykorzystaniem kubeczków.



KULTUROWE I SPOŁECZNE ASPEKTY NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE HIV U KOBIET

Narażenie na zakażenie HIV drogą seksualną zależy od licznych czynników, takich jak płeć, rodzaj i częstotliwość praktykowanych zachowań seksualnych oraz stan zdrowia osoby żyjącej z HIV (poziom wiremii, przyjmowanie leków). Istnieje także wiele zjawisk społecznych, które narażają kobiety na zakażenie w stopniu zdecydowanie wyższym, niż się powszechnie sądzi. Można wśród nich wymienić kwestie takie jak:

- ✔ miejsce kobiet w społeczeństwie: dostęp do edukacji i samostanowienie,
- ✔ kontrola nad zdrowiem seksualnym i macierzyństwo,
- ✔ niski poziom edukacji seksualnej,
- ✔ przemoc wobec kobiet,
- ✔ homoseksualność mężczyzn i kobiet,
- ✔ praca seksualna,
- ✔ używanie narkotyków w formie iniekcji.

1. MIEJSCE KOBIET W SPOŁECZEŃSTWIE

Jednym z głównych powodów trudniejszej i bardziej złożonej sytuacji kobiet w dobie epidemii AIDS jest ich pozycja w różnych kulturach, zwykle niższa od pozycji mężczyzn. W wielu miejscach na świecie dziewczęta i kobiety mają znacznie ograniczone zarówno możliwości decydowania o własnym życiu i zdrowiu, jak i dostęp do edukacji (zwłaszcza na poziomie ponadpodstawowym) w porównaniu do mężczyzn.

Pozostają na utrzymaniu mężczyzn, są od nich całkowicie zależne. O ich życiu i zdrowiu decydują mężczyźni: najpierw – ojcowie i starsi bracia, a później – mężowie. Nie mają i nie mogą mieć kontroli nad swoim życiem seksualnym, nie decydują o partnerze seksualnym, liczbie i czasie kontaktów seksualnych. Jednocześnie powszechne uznanie, że kobieta jest odpowiedzialna za antykoncepcję i zapobieganie STIs, stoi w sprzeczności z oczekiwaniami, jakie w aspekcie zachowań seksualnych społeczeństwo ma wobec niej. Wymaga się od kobiety, aby zachowała się niezgodnie z innym stereotypem – kobiecej bierności – i aktywnie zadbała o bezpieczeństwo kontaktu seksualnego (Grunseit, 1998). Zachęcanie kobiety do aktywności w zakresie używania prezerwatyw jest sprzeczne z kulturowo przypisaną jej biernością i pasywnością. Wiele kobiet nigdy nie zaproponuje użycia prezerwatywy, nawet ze świadomością potencjalnej ekspozycji na HIV. Ponadto zaproponowanie użycia prezerwatywy w sytuacji, gdy wcześniej partnerzy jej nie stosowali, może być bardzo trudne dla kobiety. Taka prośba ze strony kobiety może zostać odebrana jako brak zaufania do partnera w kwestii jego monogamii (w tym – seksualnej) lub jako „przyznanie się" do podejmowania przez kobietę kontaktów seksualnych z innymi partnerami.

Badania przeprowadzone m.in. w Afryce wykazały, że wiele kobiet zamężnych zakaziło się wirusem podczas kontaktu seksualnego z ich pierwszym i jedynym partnerem seksualnym – mężem. Zamężne kobiety częściej kontrolują swoje zachowania seksualne i rzadziej wchodzą w relacje seksualne z partnerem innym niż mąż. Małżeństwo jest więc „zdrowsze" dla mężczyzny, stanowi natomiast większe zagrożenie dla kobiety (Jenkins, Coons, 1994). W wielu materiałach edukacyjnych podkreśla się, że prawdopodobieństwo zakażenia HIV jest związane ze zmianą relacji seksualnej. Rzadko natomiast zwraca się uwagę na fakt, że wiele kobiet zakaziło się od jedynych mężczyzn, z jakimi miały kontakt seksualny – swoich mężów. Pozostawanie w związku małżeńskim jest czynnikiem mogącym prowadzić do zakażenia HIV również ze względu na niewielką kontrolę nad abstynencją i nad używaniem prezerwatyw, jak również nad aktywnością seksualną partnera – zarówno przedmałżeńską, jak

i pozamałżeńską. Wiele kobiet rozpoczyna życie seksualne z mężczyznami, którzy już wcześniej mieli inne doświadczenia seksualne (a więc potencjalnie mogli być narażeni na zakażenie HIV). Z badań wynika, że w Polsce mężczyźni, również żonaci, podejmują częściej niż kobiety będące w związkach także kontakty seksualne poza stałym związkiem (Izdebski, 2021). Macierzyństwo to kolejny czynnik zwiększający narażenie na zakażenie HIV u kobiet – jakkolwiek zabrzmi to paradoksalnie. Poczęcie dziecka jest możliwe podczas kontaktu seksualnego niezabezpieczonego prezerwatywą lub PrEP. Dlatego tak ważne jest propagowanie wykonywania testów w kierunku HIV wśród wszystkich par, które planują potomstwo. Wykrycie zakażenia u przyszłego ojca może sprawić, że poczęcie nastąpi w bezpieczniejszy sposób, który nie narazi kobiety na zakażenie HIV. Zanim pojawiła się skuteczna terapia ARV, eliminująca możliwość transmisji HIV podczas kontaktów seksualnych, prowadzono na świecie procedury zapłodnień u kobiet niezakażonych HIV, które chciały zajść w ciążę z seropozytywnym mężczyzną. Obecnie nie ma już takiej potrzeby, jeśli przyszły ojciec dziecka jest skutecznie leczony, a zapłodnienie nie wymaga ani inseminacji, ani in vitro.

2. EDUKACJA SEKSUALNA

Kolejne czynniki zwiększające ekspozycję kobiet na zakażenie HIV to ograniczony dostęp do rzetelnej edukacji seksualnej, zawierającej m.in. informacje na temat funkcjonowania układu rozrodczego, fizjologii płodności, a także metod antykoncepcyjnych i sposobów zabezpieczania się przed zakażeniami przenoszonymi drogą płciową. Udział rodziców w edukacji seksualnej okazuje się bardzo niewielki, ograniczony zwykle do przekazania wiedzy o miesiączce i metodach antykoncepcji. O HIV i innych infekcjach przenoszonych drogą płciową niemal nie rozmawia się w domach. Dlatego jedynym faktycznym miejscem, gdzie można realizować edukację seksualną, jest szkoła. Tyle że nawet jeżeli jest ona dostępna, to w wielu programach edukacyjnych skierowanych do dziewcząt i młodych kobiet nie uwzględnia się takich istotnych czynników jak społeczny kontekst płci, stereotypy ról oraz zachowań kobiet i mężczyzn (Grunseit, 1997). Programy i podręczniki często wzmacniają niekorzystne stereotypy płciowe. Przykładowo: dziewczynki uczy się bierności, uległości oraz podporządkowywania się mężczyźnie. Świat przedstawiany w podręcznikach, w programach nauczania, jak również ten prezentowany przez przykład dorosłych, wciąż opiera się na stereotypowym obrazie płci oraz na sztywnym podziale zadań, które mają źródło w biologicznych różnicach płciowych oraz w patriarchalnym modelu społeczeństwa. W odniesieniu do polskich realiów bardzo wyraźnie potwierdził to projekt badawczy pn. „Gender w podręcznikach”[18] (Chmura-Rutkowska, Duda, Mazurek, Sołtysiak-Łuczak, 2015). W społeczeństwie opartym na tradycyjnym podziale ról, w którym światy kobiet i mężczyzn to dwie różne planety (Mars i Wenus), taka próba zmiany podejścia do męskości i kobiecości wywołuje wiele negatywnych reakcji. Są one zrozumiałe, jeżeli uświadomimy sobie, jaki model rodziny dominuje w naszym kraju i jakie wyobrażenia na temat roli kobiety i roli mężczyzny są w procesie wychowania powszechnie przedstawiane jako „jedyne i słuszne”. Nie zatrzymamy jednak zmian następujących w świecie, w którym żyjemy. Wyjście kobiet ze sfery prywatnej i wejście do sfery publicznej, które rozpoczęło się na przełomie XIX i XX wieku, jest procesem nieodwracalnym i ma wymierne skutki. Problem w tym, że owe skutki przyjmujemy wybiórczo: jedne są dla nas bezdyskusyjnie pozytywne (np. uznanie kobiet za równoprawne obywatelki i przyznanie im pełni praw obywatelskich, takich jak prawo do głosowania czy dostęp do edukacji), inne natomiast są traktowane jako zamach na „naturalny” porządek świata i wymysł feministek (jak chociażby prawo kobiet do decydowania o tym, czy, kiedy i ile mieć dzieci).

18. Opis projektu badawczego oraz jego wyniki znajdują się na stronie: https://feminoteka.pl/publikacje/gender-w-podrecznikach-skrot-raportu [dostęp: 05.09.2024].

3. PRZEMOC WOBEC KOBIET

Przyczyną narażenia kobiet na zakażenie HIV jest także bagatelizowanie zjawiska przemocy, zwłaszcza seksualnej. Tymczasem badania wykazują, że doświadczenie przemocy seksualnej w dzieciństwie jest związane z większym prawdopodobieństwem podejmowania zachowań, podczas których występuje ekspozycja na zakażenie HIV, takich jak: używanie narkotyków (nawet 3-krotny wzrost ekspozycji na zakażenie), posiadanie więcej niż 10 partnerów/partnerek seksualnych, wykonywanie pracy seksualnej w zamian za korzyści, jak narkotyki, mieszkanie czy pieniądze (Cohen, Deaamant, Barkan i in., 2000). Przemoc seksualna to także okaleczanie narządów płciowych kobiety, tzw. obrzezanie. Ta praktyka jest stosowana w 28 krajach Afryki, w krajach azjatyckich (Jemen, Oman, Zjednoczone Emiraty Arabskie, Arabia Saudyjska, Indie, Bangladesz), w Azji Południowo-Wschodniej (Indonezja i Malezja), a także w środowiskach imigrantów w USA, w Australii i w Europie (głównie we Francji i we Włoszech). ONZ szacuje, że co roku ofiarami tych procederów pada około 3 milionów kobiet w różnym wieku (od jednego tygodnia do kilkunastu lat). Na świecie żyje ponad 200 milionów obrzezanych kobiet (UNICEF, 2024). Okaleczanie narządów płciowych powoduje potencjalną ekspozycję na zakażenie podczas wykonywania tej procedury (używanie niesterylnych narzędzi) oraz później, w trakcie kontaktów seksualnych (podczas inicjacji seksualnej następuje rozerwanie zrośniętych warg sromowych, co zwiększa powierzchnię śluzówki, przez którą HIV może wniknąć do organizmu).

4. HOMOSEKSUALNOŚĆ I BISEKSUALNOŚĆ

Większe narażenie na zakażenie HIV u kobiet jest także związane z negatywnymi postawami społecznymi wobec zjawiska homo- i biseksualności. Wielu mężczyzn ukrywa swoją orientację seksualną, ponieważ obawia się społecznego odrzucenia oraz potępienia, i prowadzi podwójne życie. Oficjalnie mają rodziny, żony, dzieci, a nieoficjalnie – partnerów seksualnych, mężczyzn często wcześniej nieznanych lub których statusu serologicznego nie znają. Skoro ukrywają te kontakty seksualne, trudniej im dbać o bezpieczniejszy seks, rzadziej używają zabezpieczeń. W trakcie seksu małżeńskiego także nie używają prezerwatyw, ale głównie z tego powodu, że wcześniej w tej relacji także ich nie używali. Mogą obawiać się zaproponowania użycia prezerwatywy, żeby nie wzbudzać podejrzeń.

Kobiety homoseksualne i biseksualne są również narażone na zakażenie, chociaż przez wiele lat potrzeby tej grupy w zakresie prewencji HIV były bagatelizowane. Przekazy dotyczące bezpieczniejszego seksu były nastawione na populację heteroseksualną oraz na homoseksualnych mężczyzn. Na początku epidemii, gdy z powodu AIDS umierali przede wszystkim mężczyźni homoseksualni oraz narkomani, strategie edukacyjno-profilaktyczne oraz badania dotyczące przebiegu zakażenia i choroby koncentrowały się na mężczyznach. Specyficzne problemy wynikające z różnic płciowych stały się przedmiotem zainteresowań pod koniec lat 80. (Izdebski, Walendzik, 2001). Tabu homoseksualności kobiet oraz stereotypowe wyobrażenia o przebiegu aktywności seksualnej między kobietami sprawiły, że lesbijki potraktowano jako wolne od zagrożenia HIV. Takie było stanowisko CDC (Watstein, Chandler, 1998). To przekonanie wynikało z następujących przesłanek:

a. wydzieliny narządów płciowych kobiety są mniej zakaźne (zawierają mniej wirusa) niż sperma i preejakulat;
b. kobiety podejmujące kontakty seksualne z kobietami rzadziej praktykują kontakty penetracyjne i nie mają kontaktu z męskim nasieniem.

W związku z tym nie prowadzono badań na temat przenoszenia zakażeń z kobiety na kobietę. Tymczasem lesbijki mogą zakazić się w trakcie kontaktów seksualnych z mężczyznami (np. gdy chcą zajść w ciążę lub podczas przymuszonych kontaktów) czy podczas używania narkotyków z użyciem niesterylnego sprzętu. Zakażenie HIV w czasie seksu między kobietami jest bardzo mało prawdopo-

dobne, ale nie można go całkowicie wykluczyć. Jest ono teoretycznie możliwe w trakcie wspólnego używania zabawek erotycznych, podczas seksu oralnego czy kontaktu srom-srom[19]. Trudno jednak kategorycznie określić zakres tego ryzyka. Sposób zbierania danych przez CDC nt. potencjalnych dróg zakażenia u osób zdiagnozowanych jako HIV-dodatnich obrazuje generalne podejście do zachowań seksualnych kobiet. Podstawowe założenie jest takie, że kobieta jest heteroseksualna i że uprawia seks jedynie z mężczyznami. W zdecydowanej większości przypadków nie jest pytana o inne doświadczenia niż heteroseksualne. W raportach nt. stwierdzonych zakażeń HIV uzyskanych od lekarzy amerykańskich w ponad połowie przypadków brakuje informacji o ewentualnych doświadczeniach kontaktów seksualnych między kobietami. W polskich raportach jest jeszcze gorzej – w większości w ogóle brakuje informacji o drogach zakażenia, dotyczy to prawie 70% przypadków. W doniesieniach CDC osobno traktuje się zakażenia podczas kontaktów homo- i heteroseksualnych. Jednak w tej drugiej grupie nie pojawia się w ogóle kategoria zakażeń WSW: (ang.) *women who have sex with women*, czyli kobiety mające seks z kobietami – są tam jedynie uwzględnieni mężczyźni MSM: (ang.) *men who have sex with men*, czyli mężczyźni mający seks z mężczyznami. Jeżeli kobieta żyjąca z HIV miała kontakt seksualny z inną kobietą oraz stwierdzono inne czynniki zwiększające prawdopodobieństwo ekspozycji na zakażenie, takie jak używanie narkotyków, CDC tradycyjnie klasyfikuje drogę zakażenia jako nieustaloną lub też klasyfikuje ją w ramach jednego z tych pozostałych czynników.

5. PRACA SEKSUALNA

Praca seksualna jest jednym z najczęściej wymienianych czynników rozprzestrzeniania się różnych STIs, w tym zakażeń HIV. Zwraca się uwagę na to, że kobiety pracujące seksualnie stanowią potencjalne zagrożenie dla swoich klientów. Tymczasem – jak wspomniano wyżej – ze względów biologicznych to kobiety są bardziej narażone na zakażenie HIV. W krajach rozwiniętych zakażenie HIV dotyczy częściej mężczyzn, tak więc prawdopodobieństwo, że kobieta świadcząca usługi seksualne będzie miała kontakt z klientem żyjącym z HIV, jest większe niż prawdopodobieństwo spotkania przez mężczyznę kobiety żyjącej z HIV i oferującej usługi seksualne. Oczywiście, istnieje związek między zakażeniami przenoszonymi drogą płciową a korzystaniem z usług seksualnych oraz ich świadczeniem. Tam, gdzie jest częsta zmiana partnera seksualnego, zakażenia stają się bardzo prawdopodobne. Ale to klienci nalegają na seks bez prezerwatywy: bardzo często oferują dodatkowe pieniądze za stosunek bez zabezpieczenia. Dla wielu kobiet to atrakcyjna propozycja. I chociaż zdecydowana większość z nich deklaruje używanie prezerwatyw i nie zgodziłaby się na stosunek bez zabezpieczenia, to niektóre z nich mogą decydować się na kontakt seksualny bez użycia prezerwatywy w zamian za dodatkowe korzyści (np. wyższe wynagrodzenie). Klienci podejmują decyzję i wybierają kontakt bez zabezpieczenia, chociaż często są świadomi większego narażenia na zakażenie. Gdy się zakażą, narażają osoby, z którymi później podejmują kontakty seksualne. Odpowiedzialność za rozprzestrzenianie się STIs spoczywa w takiej sytuacji przede wszystkim na mężczyznach.

Narażenie na zakażenie HIV rośnie w sytuacji, gdy kobiety świadczące usługi seksualne nie mają dostępu ani do wiedzy o bezpieczniejszym seksie, ani do prezerwatyw, oraz wtedy, gdy nie mają umiejętności lub możliwości negocjowania bezpieczniejszych zachowań z klientem. W wielu krajach praca seksualna jest kryminalizowana. Penalizacja zachowań związanych z usługami seksualnymi (zarówno świadczenie, jak i kupowanie usługi) utrudnia i często uniemożliwia realizację programów profilaktycznych skierowanych do osób pracujących seksualnie. Marginalizacja kobiet pracujących seksualnie jest także przejawem istniejących podwójnych standardów w ocenie zachowań seksualnych

19. Srom (łac. *vulva*) to ogólna nazwa zewnętrznych narządów płciowych kobiety, czyli tej części układu płciowego, która znajduje się na zewnątrz ciała: wzgórek łonowy, wargi sromowe większe i mniejsze, łechtaczka, przedsionek pochwy, opuszki przedsionka oraz gruczoły przedsionkowe większe.

kobiet i mężczyzn: potępia się kobiety pracujące seksualnie, natomiast nie ma takiego wyraźnego społecznego sprzeciwu wobec kupowania usług seksualnych przez mężczyzn. Jest wiele pejoratywnych i wprost potępiających określeń – synonimów słowa *prostytutka*. Nie ma natomiast żadnego pojęcia, równie jednoznacznego w wymowie, na określenie klienta (Walendzik, 2004). W świadomości społecznej kobiety świadczące usługi seksualne są gorszą kategorią ludzi, pariasami żyjącymi poza społeczeństwem, bez prawa do godnego traktowania i do szacunku należnego każdej istocie ludzkiej (Dec-Pietrowska, Walendzik-Ostrowska, 2014). Ten kontekst został szerzej przedstawiony we fragmencie dotyczącym populacji kluczowych.

Kobiety świadczące usługi seksualne są również w trudnej sytuacji, jeśli chodzi o wykonywanie badań w kierunku HIV. Polskie prawo przewiduje odpowiedzialność karną za narażenie na zakażenie HIV, kobiety mogą więc nie chcieć zabiegać o poznanie własnego statusu serologicznego. A to z kolei odbiera im kolejną okazję do spotkania osoby, z którą mogłyby porozmawiać o narażeniu na zakażenie i dowiedzieć się więcej o sposobach umożliwiających jego ograniczenie (Izdebski, Walendzik, 2001).

Wiele kobiet pracujących seksualnie używa substancji psychoaktywnych, w tym narkotyków, aby móc dłużej pracować. Przyjmowanie małych dawek kokainy, także dopochwowo, działa znieczulająco i umożliwia odbywanie wielu stosunków seksualnych, jeden po drugim (Abel, 1985). Czasami te substancje mają pomóc zapomnieć o tym, co się robi. W tej grupie kobiet zwiększone narażenie na zakażenie może być skutkiem braku kontroli nad swoim zachowaniem – ze względu na bycie pod wpływem alkoholu lub narkotyków. Rośnie wówczas także prawdopodobieństwo zarówno doznania przemocy ze strony klienta, jak i seksu agresywnego. Kobiety świadczące usługi seksualne w Polsce rzadziej używają narkotyków, częściej – alkoholu.

Związek między pracą seksualną a narażeniem na zakażenie HIV występuje także, gdy usługę świadczy mężczyzna, a kupuje ją kobieta. To zjawisko jest jeszcze bardziej ukryte – docieranie do pracowników seksualnych oferujących usługi kobietom jest utrudnione, co w konsekwencji sprawia, że działania profilaktyczne na rzecz tej grupy stają się właściwie niemożliwe.

6. UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Kobiety uzależnione od substancji psychoaktywnych przyjmowanych iniekcyjnie są w dwójnasób narażone na zakażenie HIV. Z jednej strony – zakażenie może nastąpić przez niesterylne iniekcje, z drugiej – poprzez kontakty seksualne. Kobiety używające narkotyków mają tendencję do angażowania się w związki z mężczyznami również uzależnionymi (Turner, Miller, Moses, 1989). Z kolei ponad 80% mężczyzn używających środków psychoaktywnych w iniekcjach jest w związkach z kobietami, które ich nie używają (Des Jarlais D. C. i in., 1987). Wiele uzależnionych kobiet zarabia na narkotyki wykonywaniem pracy seksualnej, a to dodatkowo naraża je na zakażenie HIV. W tym przypadku stygmatyzacja społeczna jest podwójna: naznaczenie przez fakt używania narkotyków i przez fakt świadczenia usług seksualnych. W rezultacie te kobiety mają utrudniony dostęp do wszelkich działań pomocowych i edukacyjnych. Można wymienić następujące czynniki narażające na zakażenie HIV u kobiet, które są uzależnione od substancji psychoaktywnych, a świadczą usługi seksualne:

- ✔ uzależnieni partnerzy,
- ✔ silna potrzeba zdobycia pieniędzy z powodu uzależnienia – mniejsza gotowość do negocjowania używania zabezpieczeń z klientem,
- ✔ bezdomność,
- ✔ brak dostępu do źródeł pomocy i wsparcia,
- ✔ młody wiek.

1.6. DZIECKO ŻYJĄCE Z HIV W RODZINIE, PRZEDSZKOLU I SZKOLE

Ponieważ HIV wciąż wzbudza w polskim społeczeństwie emocje inne niż wywoływane przez zdecydowaną większość pozostałych chorób, funkcjonowanie w rodzinie dziecka żyjącego z HIV, oprócz wszystkich trudności związanych z chorobą przewlekłą jako taką, wiąże się z tajemnicą. Najczęściej jest to tajemnica wewnątrzrodzinna – wiedzą o niej jedynie jej członkowie. Jednak zdarza się, że o swoim stanie zdrowia nie wie także dziecko. Gdy jest zupełnie małe – to naturalne. Tyle że gdy staje się coraz starsze, wie już, że jest inne niż pozostałe dzieci. Nawet jeśli w domu się o tym nie mówi, dziecko widzi, że jego życie wygląda inaczej niż życie rówieśników: przyjmuje leki, jeździ na badania, czasami jest hospitalizowane. Rodzice czy opiekunowie często nie wiedzą, jak powiedzieć dziecku, że żyje z wirusem, który może być powodem stygmatyzacji, przez co jego życie będzie trudniejsze. Nie ma na to dobrego momentu, bezsporne jest natomiast, że taka informacja powinna do dziecka trafić – im wcześniej, tym lepiej.

Możliwość uczęszczania do przedszkola czy szkoły jest bardzo ważnym aspektem prawidłowego funkcjonowania i rozwoju każdego dziecka. Choremu dziecku, które najczęściej ma świadomość swojej inności (nawet jeśli nie wie dokładnie, na co choruje), warto zapewnić maksimum normalności. Możliwość nauki i zdobywania nowych umiejętności, a przede wszystkim kontakt z rówieśnikami to warunki właściwego rozwoju. Odcięcie od innych dzieci i izolacja nie sprzyjają dobremu samopoczuciu, pogłębiają stres, a to negatywnie wpływa na układ odpornościowy, którego stan jest kluczowy przy zakażeniu HIV. Jeśli tylko pozwala na to zdrowie dziecka, powinno ono korzystać ze wszystkich – dostępnych dzieciom – możliwości zabawy i nauki.

Ważne pytanie, które się nasuwa, gdy dziecko ma iść do przedszkola czy do szkoły, dotyczy wyboru osób, które zostałyby poinformowane o zakażeniu. Nie ma żadnych przepisów, które obligowałyby rodziców bądź opiekunów do powiadomienia placówki o stanie zdrowia dziecka. Ta decyzja należy wyłącznie do nich. W codziennych społecznych kontaktach nie istnieje możliwość przeniesienia zakażenia HIV na innych – nie ma potrzeby informowania wszystkich o chorobie dziecka. Jednak z uwagi na jego bezpieczeństwo byłoby dobrze, gdyby w placówce ktoś wiedział o jego sytuacji: wychowawczyni, dyrektor, pedagog szkolny. Należy jednak pamiętać, że informacja o zakażeniu jest sprawą poufną i osoba, która ją uzyskała, jest zobowiązana do utrzymania jej w tajemnicy. Zwykle taka informacja jest do szkoły zgłaszana. Niestety, dotychczasowe doświadczenia niektórych rodzin wykazują, że reakcje szkół pozostawiają wiele do życzenia. Atmosfera lęku czy wręcz fobii, niechęci i odrzucenia sprawiała, że dzieci bardzo źle czuły się w szkole, a na rodziców naciskano, aby zabrali dziecko z placówki. W niektórych sytuacjach nie dopuszczano nawet, aby pojawiło się ono w pobliżu budynku! Zdarzało się również, że informacja o stanie zdrowia dziecka nagle stawała się powszechna – wiedzieli o niej wszyscy: nauczyciele, uczniowie, rodzice, kadra administracyjna, a nawet kierowca przywożący obiady do szkoły. Wszyscy ludzie mają prawo do obaw i do zadawania pytań oraz do chronienia swoich dzieci i osób, którymi się opiekują. Jednak zakażenie HIV nie przenosi się w codziennych kontaktach – nie ma więc konieczności szczególnego zabezpieczania się. Oczywiście, zawsze może się zdarzyć, że dziecko się skaleczy lub ulegnie wypadkowi. Należy jednak pamiętać, że u każdej osoby skutecznie leczonej antyretrowirusowo (w tym również u dzieci) poziom wirusa spada, staje się niewykrywalny, a więc osoba ta staje się niezakażająca – zgodnie z wcześniej opisaną zasadą N = N (ang. *U = U*). Niemniej jednak, w takich sytuacjach, nie tylko z uwagi na kwestie związane z zakażeniem HIV, należy stosować podstawo-

we zasady udzielania pierwszej pomocy: unikać kontaktu z krwią, nie dotykać ran czy skaleczeń, a jeśli jest to konieczne – założyć lateksowe rękawiczki.

Dodatkowo warto także edukować wszystkie dzieci i wpajać im podstawowe zasady dotyczące zachowania w razie wypadku czy skaleczenia, np.:
✔ *Koniecznie zaalarmuj osobę dorosłą.*
✔ *Najpierw chroń siebie: nie dotykaj cudzych ran, nie przyklejaj komuś plastra.*
✔ *Pomóż w inny sposób: zadzwoń po pomoc, pomóż się podnieść, podaj opatrunek.*

Omawianie z dziećmi sytuacji szczególnych i niecodziennych oraz wspólne wymyślanie pomysłów na odpowiednie zachowanie to najlepsza ochrona. W części ze scenariuszami proponujemy przykładowe ćwiczenia do pracy z dziećmi, które mogą stanowić przykład tego typu zabaw. W tym celu przydatne mogą się okazać również materiały edukacyjne, wydane przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Kolorowanka *Zawsze razem*[20] jest przeznaczona dla dzieci w wieku 6–10 lat. Opowiada historię Dominika, który żyje z HIV, oraz Kasi, jego starszej siostry. Kolorowanka uczy, że w środowisku przedszkolnym i wczesnoszkolnym przestrzeganie podstawowych zasad higieny wystarczy, aby ograniczyć ryzyko zakażenia HIV lub innymi drobnoustrojami przenoszonymi przez krew. Książeczka *Mali przyjaciele*[21] jest skierowana do dzieci w wieku 4–6 lat. Jej cele to: uświadomienie najmłodszym znaczenia terminów HIV i AIDS, wyjaśnienie, jak można zakazić się HIV, a przede wszystkim nauczenie właściwych postaw wobec dzieci żyjących z HIV. Treść publikacji dopasowano do wieku odbiorców. Bajka psychoedukacyjna *O Franku, Amelce i stworku Bałaganku*[22] może natomiast pomóc dziecku oswoić własne zakażenie (bądź zakażenie rodzica). To historia chłopca, który musiał wyjechać ze swojego miasta, po tym jak informacja o jego zakażeniu dotarła do rodziców innych dzieci z przedszkola.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na to, jak ważna jest rozmowa z dzieckiem żyjącym z HIV na temat zakażenia. Ważne jest przekazanie tych informacji odpowiednio wcześnie, aby nie były one zaskoczeniem, np. w okresie adolescencji, ale jednocześnie w taki sposób, aby zbyt małe dziecko nie przekazywało informacji niepowołanym osobom. Jednocześnie należy pamiętać, że taką informację dziecko powinno otrzymać przed rozpoczęciem współżycia, nawet jeśli wcześniej nie zorientowało się w sytuacji (np. podczas szukania w internecie nazw leków używanych przez siebie). Takie samodzielne odkrycie faktu swojego zakażenia może także prowadzić do naruszenia zaufania oraz więzi z opiekunami – dziecko może się poczuć oszukane, nietraktowane poważnie, może stracić zaufanie do dorosłych i poczucie bezpieczeństwa. W procesie informowania duże znaczenie mają wiedza i stosunek osoby informującej do kwestii zakażenia HIV i życia z wirusem.

Innym wyzwaniem okazuje się informowanie dzieci przez rodziców żyjących z HIV o swoim zakażeniu. W takiej sytuacji opiekunowie mogą się zastanawiać, czy w ogóle chcą taką informację przekazać. Jeśli jednak chcieliby porozmawiać z dzieckiem, pomocna może okazać się broszura pt. *Pozytywnie w macierzyństwo*[23], adresowana do kobiet żyjących z HIV.

---

20. Do pobrania ze strony Krajowego Centrum ds. AIDS https://www.gov.pl/web/aids/zawsze-razem--kolorowanka [dostęp 7.11.2025].

21. Do pobrania ze strony Krajowego Centrum ds. AIDS https://www.gov.pl/web/aids/mali-przyjaciele--ksiazeczka [dostęp 7.11.2025].

22. Do pobrania ze strony Stowarzyszenia „Jeden Świat" https://stowarzyszeniejedenswiat.org/2023/10/10/pozytywnie-w-macierzynstwo-bajka-dla-dzieci-i-poradniki-dla-kobiet-hiv-oraz-dla-poloznych/ [dostęp: 10.08.2024].

23. Tamże, https://stowarzyszeniejedenswiat.org/wp-content/uploads/2023/10/Pozytywne-Macierzynstwo-Poradnik-dla-kobiet-PL.pdf [dostęp: 10.08.2024].

1.7 POPULACJE KLUCZOWE A HIV

Populacje kluczowe HIV (ang. *HIV key populations*) definiuje się jako grupy, które ze względu na częstsze występowanie ekspozycji na HIV są w większym stopniu podatne na zakażenie HIV, niezależnie od typu epidemii lub kontekstu lokalnego (*Consolidated Guidelines on HIV, Viral Hepatitis and STI for Key Populations – 2022, 2022*). Wspomnianej podatności na zakażenie sprzyjają te czynniki behawioralne, społeczne i strukturalne, które są powiązane z zachowaniami podejmowanymi w tych populacjach.

Populacje kluczowe wpływają nie tylko na dynamikę transmisji HIV, lecz także na działania podejmowane w ramach reakcji na epidemię.

Wspomniane wytyczne WHO wyróżniają pięć populacji kluczowych:

1. mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami (MSM – ang. *men who have sex with men*),
2. osoby używające narkotyków iniekcyjnie (PWID – ang. *people who inject drugs*),
3. osoby pracujące seksualnie (*sex workers*),
4. osoby znajdujące się w więzieniach i w innych miejscach odosobnienia (*prisoners*),
5. osoby transpłciowe (*transsexual people*).

Przyczynami zwiększonej podatności na zakażenie HIV w odniesieniu do tych grup są (*Consolidated Guidelines on HIV, Viral Hepatitis and STI for Key Populations, 2022*):

- ✔ **czynniki behawioralne** – specyficzne zachowania występujące w tych grupach, zwiększające narażenie na zakażenie HIV, np. u MSM w trakcie analnego kontaktu seksualnego (śluzówka odbytu ulega łatwiejszemu uszkodzeniu podczas kontaktu seksualnego niż śluzówka pochwy) lub u osób używających narkotyków w formie iniekcji, co wiąże się z naruszeniem powłok skórnych;
- ✔ **czynniki społeczne** – związane z funkcjonowaniem większości osób należących do populacji kluczowych w grupach społecznych o ograniczonej liczebności, w których wskaźnik występowania HIV jest wyższy niż w populacji ogólnej oraz w których częściej występują zachowania mogące prowadzić do ekspozycji na zakażenie HIV;
- ✔ **bariery społeczne i strukturalne** – związane ze stygmatyzacją niektórych grup społecznych i wynikającą z niej dyskryminacją, także tą znajdującą odzwierciedlenie w penalizujących przepisach prawa. Wpływa to na zwiększoną podatność na choroby tych populacji, ponadto stygmatyzacja i dyskryminacja mogą powodować, że osoby z tych populacji będą rezygnować z opieki medycznej w obawie przed złym potraktowaniem przez personel. Jednocześnie zgłoszenie się po pomoc skutkuje ujawnieniem zachowań penalizowanych, co z kolei może prowadzić do negatywnych konsekwencji prawnych;
- ✔ **intersekcjonalność** – nakładanie się różnych stygmatyzowanych tożsamości u jednej osoby, np. kobieta świadcząca usługi seksualne i jednocześnie używająca narkotyków w formie iniekcji prawdopodobnie będzie częściej narażona na zakażenie HIV (kontakty seksualne i używanie narkotyków) oraz na przejawy stygmatyzacji związanej z jej różnymi tożsamościami w dostępie do usług ochrony zdrowia.

Populacje podatne na zakażenie HIV (ang. *vulnerable populations*) to grupy osób narażonych na zakażenie HIV w pewnych sytuacjach lub kontekstach, np. nastolatki (zwłaszcza w Afryce Subsaharyjskiej), młodzież defaworyzowana, osoby z niepełnosprawnościami, osoby mobilne i migrujące w celach zarobkowych. Nie są one dotknięte HIV w tym samym stopniu we wszystkich krajach. Przykładowo: po wybuchu pełnoskalowej wojny w Ukrainie można przyjąć, że w Polsce populacją podatną na zakażenie HIV są osoby migrujące, przede wszystkim z Ukrainy, a na świecie – według

UNAIDS – młodzież i ludzie w młodym wieku (*Young people and HIV*, 2021). Jeżeli chodzi o pierwszą z tych grup, jej podatność jest związana z jednej strony ze znacznie większym szacowanym rozpowszechnieniem HIV w tym kraju, które dotyczy około 1% dorosłej populacji, tj. 250 tysięcy osób (Antonenko, Martsynovska, 2022), a także – doświadczanych przez tę grupę – barier w dostępie do niektórych usług: w zakresie ochrony zdrowia, stygmatyzacji, potencjalnych trudności w adaptacji kulturowej, które zwiększają zagrożenia wykluczeniem społecznym, itp. Z kolei o podatności młodzieży i ludzi w młodym wieku na zakażenie HIV decydują przede wszystkim takie czynniki, jak: nierówność płci, prowadząca do zwiększonej ekspozycji dziewcząt i kobiet na przemoc, w tym – na przemoc seksualną, oraz niewystarczające wdrażanie programów edukacyjnych dotyczących seksualności (*Young people and HIV*, 2021).

ROZPOWSZECHNIENIE HIV W POPULACJACH KLUCZOWYCH W POLSCE

Dane epidemiologiczne dotyczące populacji kluczowych HIV w naszym kraju, zwłaszcza jeżeli chodzi o osoby świadczące usługi seksualne, osoby znajdujące się w więzieniach i w innych miejscach odosobnienia czy osoby trans, są niedostępne. Jeżeli chodzi o inne populacje kluczowe, to wśród wszystkich zakażeń HIV wykrytych w Polsce w 2022 roku, w odniesieniu do tych, do których dostępna jest informacja o drodze zakażenia, 46% nowo wykrytych zakażeń dotyczyło MSM, 43% – osób mających kontakty heteroseksualne, a 7% dotyczyło osób, które używały narkotyków w iniekcjach (*European Centre for Disease Prevention and Control & World Health Organization*, 2023). Jednocześnie szacuje się, że 7,2% MSM w Polsce żyje z HIV (UNAIDS – *Key Population Atlas*, 2024), przy czym od 56 do 73% osób żyjących z HIV w populacji MSM wie o swoim zakażeniu, od 56 do 69% z nich podjęło leczenie ARV i od 53 do 65% z nich osiągnęło supresję wiremii HIV, co oznacza, że transmisja wirusa nie jest już w ich przypadku możliwa (Marcus i in., 2018; Mirandola i in., 2018). Jeżeli chodzi o populację osób używających narkotyków iniekcyjnie, zgodnie z danymi UNAIDS, 14% osób z tej populacji żyje z HIV (Marcus i in., 2018; Mirandola i in., 2018), przy czym 75% osób z tej grupy wie o swoim zakażeniu HIV, 63% z nich podjęło leczenie, a 37% osób przyjmujących terapię antyretrowirusową osiągnęło supresję wiremii HIV (Zakrzewska i in., 2018).

Wydaje się, że – prowadzone od wielu lat – działania skierowane do osób pozostających w detencji przyniosły dobre rezultaty, więc w polskim kontekście występowanie HIV w tej populacji zostało znacznie ograniczone. Podobna sytuacja występuje w populacji osób używających narkotyków iniekcyjnie – corocznie notuje się mniejszą liczbę nowych zakażeń. Z uwagi na brak danych nie jest jasne, jaki jest przebieg epidemii HIV w populacji osób świadczących usługi seksualne i w populacji osób trans. Z kolei populacją, która wydaje się szczególnie istotna w kontekście HIV, pozostają MSM. Dostępne dane, wskazujące na znaczną liczbę zakażeń w tej grupie, sugerują, że powinna ona znaleźć się w centrum oddziaływań profilaktycznych i leczniczych, wśród których szczególnie istotne może być zwiększenie dostępności do profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP).

SPECYFIKA PROWADZENIA DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH W POPULACJACH KLUCZOWYCH I PODATNYCH NA HIV

Populacje kluczowe i podatne na HIV, z uwagi na występowanie dodatkowych czynników zwiększających ich ekspozycję na zakażenie, wymagają oferowania oddziaływań profilaktycznych odpowiednio dostosowanych do ich unikatowej sytuacji. **Poniżej wymieniono i scharakteryzowano kluczowe bariery odnoszące się do oddziaływań profilaktycznych w tych populacjach** (*Consolidated Guidelines on HIV, Viral Hepatitis and STI for Key Populations* – 2022, 2022).

Bariery prawne i polityczne: ustawodawstwo może utrudniać, a w niektórych przypadkach – wręcz uniemożliwiać prowadzenie otwartych działań edukacyjnych i profilaktycznych. Mogą to być przepisy takie jak:

- ✔ penalizacja posiadania narkotyków na własny użytek i ich przyjmowania czy świadczenia usług seksualnych (zarówno w odniesieniu do osób je świadczących, jak i z nich korzystających),
- ✔ ograniczające lub uniemożliwiające przeprowadzenie procedury uzgodnienia płci przez osoby trans,
- ✔ wykluczające możliwość legalizacji relacji osób tej samej płci,
- ✔ związane z możliwością uzyskania prawa legalnego pobytu dla migrantów.

Prawo reguluje także kwestie dostępu do środków profilaktycznych i ich potencjalnej odpłatności (np. korzystania z PEP, z PrEP, z usług w zakresie zdrowia seksualnego, z prezerwatyw, ze sprzętu iniekcyjnego czy z dostępu do miejsc, w których możliwe jest użycie narkotyków w bezpieczniejszych warunkach czy dostęp do usług ochrony zdrowia dla osób nieubezpieczonych), co może powodować potencjalne bariery w skutecznym adresowaniu tematyki HIV do populacji kluczowych oraz populacji podatnych na zakażenie.

Stygmatyzacja i dyskryminacja: negatywne postawy społeczne oraz stygmatyzacja osób należących do populacji kluczowych lub podatnych na zakażenie znacząco utrudniają zaangażowanie tych osób w programy profilaktyczne. Obawa przed stygmatyzacją może powodować, że osoby z tych populacji będą żyć w ukryciu, przez co unikną działań profilaktycznych. Stygmatyzacja i obawa przed dyskryminacją mogą także zniechęcać osoby należące do wymienionych populacji do uczestnictwa w edukacyjnych programach profilaktycznych oraz do korzystania z dostępnych usług zdrowotnych.

Brak świadomości i wiedzy: niska świadomość społeczna na temat HIV i dróg zakażenia w populacji ogólnej oraz wśród części populacji kluczowych i podatnych na HIV może wpływać na niechęć do interesowania się tym zagadnieniem, a tym samym ograniczać skuteczność działań profilaktycznych (*Young people and HIV*, 2021).

Z powyższych powodów zaplanowanie i przeprowadzenie skutecznych działań profilaktycznych skierowanych do populacji kluczowych i do populacji podatnych na zakażenie HIV wymaga uwzględnienia przedstawionych wcześniej barier oraz dobrania odpowiednich – dostosowanych do danej populacji – treści i sposobu ich realizacji. Poniżej przedstawiono podstawowe wskazówki dotyczące prowadzenia działań profilaktycznych skierowanych do tych populacji, wraz z sugestiami dotyczącymi ich wdrażania (*Consolidated Guidelines on HIV, Viral Hepatitis and STI for Key Populations*, 2022):

1. **Warsztaty i szkolenia:** organizowanie warsztatów i szkoleń dostosowanych kulturowo i językowo do potrzeb osób z populacji kluczowych. Powinny one koncentrować się na rozwoju umiejętności społecznych i osobistych, zwłaszcza dotyczących nawiązywania i utrzymywania zdrowych relacji społecznych, świadomości osobistych granic i ich stawiania, radzenia sobie z lękiem i ze stresem, zarządzania czynnikami związanymi z ekspozycją na zakażenie HIV, a także na edukacji dotyczącej praw człowieka i zdrowia seksualnego.
2. **Kampanie społeczne i działania medialne:** realizacja kampanii wykorzystujących zwłaszcza media tradycyjne, media społecznościowe i aplikacje internetowe, mających na celu zwiększenie świadomości na temat HIV i przeciwdziałanie stygmatyzacji osób z populacji kluczowych oraz osób żyjących z HIV. Te kampanie powinny podkreślać znaczenie akceptacji społecznej i wspierania populacji kluczowych, a także promować zachowania prozdrowotne oraz dostęp do usług profilaktycznych i leczniczych (Stover i in., 2016).
3. **Spotkania i grupy wsparcia:** organizowanie spotkań dla osób z populacji kluczowych (wirtualnie i stacjonarnie). Podczas takich spotkań, sprzyjających budowaniu wspólnoty i redukcji izolacji społecznej, osoby uczestniczące mogą wymieniać doświadczenia i uzyskiwać wsparcie od innych. Grupy wsparcia mogą również służyć jako platforma do edukacji rówieśniczej (ang.

peer-to-peer), która jest często bardziej skuteczna w przekazywaniu wiedzy i umiejętności, także tej dotyczącej HIV czy rozwoju umiejętności społecznych i osobistych.

4. **Interaktywne i cyfrowe narzędzia edukacyjne:** wykorzystanie aplikacji mobilnych, gier edukacyjnych, wirtualnych warsztatów i webinarów, które umożliwiają zwiększenie zasięgu i dostępu do działań profilaktycznych, a przy tym pozwalają na zachowanie anonimowości i prywatności, dzięki czemu umożliwiają dostęp osobom obawiającym się potencjalnej stygmatyzacji związanej z uczestnictwem w wydarzeniach w formie stacjonarnej.
5. **Włączanie liderów opinii i ambasadorów z populacji kluczowych:** zaangażowanie osób o dużej rozpoznawalności (np. influencerów, badaczy i artystów – zarówno kobiet, jak i mężczyzn) należących do populacji kluczowych może się przełożyć na znacząco większą skuteczność działań edukacyjnych i kampanii społecznych. W niektórych przypadkach mogą one wymagać znacznych nakładów finansowych. Dlatego też rekomenduje się rozważenie włączenia w takie działania osób, dla których przekaz kampanii jest zgodny z ich wartościami.

Przełamywanie barier w profilaktyce HIV wśród populacji kluczowych wymaga kompleksowego podejścia, które łączy edukację, zaangażowanie społeczności oraz reformy polityczne. Warsztaty, kampanie społeczne, grupy wsparcia oraz nowoczesne technologie mogą odegrać kluczową rolę w zmianie percepcji na temat HIV, w redukcji stygmatyzacji oraz w zwiększeniu dostępu do profilaktycznych i leczniczych usług zdrowotnych.

WPŁYW ODDZIAŁYWAŃ PROFILAKTYCZNYCH W POPULACJACH KLUCZOWYCH I PODATNYCH NA HIV NA ZAKOŃCZENIE EPIDEMII AIDS

Omówiona specyfika populacji kluczowych i podatnych na HIV oraz czynniki zwiększające ich narażenie na zakażenie powodują, że w tych populacjach dochodzi do szybszej transmisji zakażeń. Dodatkowym czynnikiem jest ograniczona liczebność tych grup, co sprzyja częstszym i bardziej zintegrowanym interakcjom wewnątrzgrupowym. W takich warunkach nawet pojedyncze przypadki zakażenia HIV mogą się szybciej przerodzić w większe ogniska (Frescura i in., 2022).

STRATEGIA UNAIDS 95-95-95 W ODNIESIENIU DO POPULACJI KLUCZOWYCH

Celem strategii eliminacji AIDS jest uzyskanie do 2030 r. stanu, w którym: 95% osób żyjących z HIV będzie znało swój status serologiczny, 95% osób, u których zdiagnozowano zakażenie rozpocznie leczenie, u 95% osób objętych leczeniem wystąpi obniżenie poziomu wiremii do poziomu niewykrywalnego. Osiągnięcie tych wskaźników ma kluczowe znaczenie dla zmniejszenia liczby nowych zakażeń HIV i zgonów związanych z AIDS)[24].

Ze względu na szczególne narażenie na HIV osób z populacji kluczowych i z populacji podatnych na zakażenie osiągnięcie celów strategii UNAIDS 95-95-95 w tych grupach może mieć kluczowe znaczenie dla zakończenia epidemii AIDS. Po pierwsze – z uwagi na znacznie większą zapadalność HIV w tych grupach. Podjęcie w nich działań profilaktycznych mogłoby doprowadzić do znaczącego spadku ogólnej liczby zakażeń. Po drugie – skoncentrowanie się na populacjach kluczowych, które bywają pomijane w standardowych programach zdrowotnych, przełoży się na zmniejszenie nierówności w dostępie do opieki medycznej[25].

24. Więcej o Strategii UNAIDS 95-95-95 w podrozdziale 1.9.2.

25. Więcej na ten temat w: *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, 2022, s. 2-4 oraz w podrozdziale 1.9.2.

1.8. INNE INFEKCJE PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ – PODSTAWOWE INFORMACJE

Infekcje przenoszone drogą płciową (STIs – ang. s*exual transmitted infections*) obejmują szeroki zakres zakażeń, które mogą być przenoszone podczas kontaktów seksualnych.

Stosowanie określenia „infekcja" zamiast „choroba" wynika z tego, że wiele z tych infekcji nie wywołuje szybkich objawów, część z nich może przebiegać całkowicie bezobjawowo. Jednakże większość z nich – gdy jest nieleczona – może powodować poważne szkody zdrowotne. **STIs można podzielić na cztery grupy, w zależności od rodzaju powodującego je patogenu: bakteryjne, wirusowe, pasożytnicze oraz grzybicze.**

1. **Infekcje bakteryjne** – jak rzeżączka, chlamydia czy kiła, są wywoływane przez bakterie, tj. patogeny zdolne do samodzielnego namnażania się. Większość tych infekcji można skutecznie leczyć za pomocą antybiotyków.
2. **Infekcje wirusowe** – wirusy, jak HIV, wirus opryszczki (HSV) czy wirus brodawczaka ludzkiego (HPV), nie mogą rozmnażać się samodzielnie. Potrzebują do tego komórki gospodarza – wnikają do niej i z wykorzystaniem jej materiału genetycznego produkują nowe wirusy. Większości wirusów nie można usunąć z organizmu, ponieważ dotychczas nie wynaleziono skutecznego leczenia. W takiej sytuacji infekcja wywoływana przez wirusy ma charakter przewlekły, a wirus pozostaje w organizmie człowieka do końca jego życia.
3. **Infekcje pasożytnicze** – pasożyty to organizmy żyjące kosztem innego organizmu i czerpiące z niego korzyści. Do pasożytniczych STIs należą – przykładowo – patogeny wywołujące wszawicę łonową czy rzęsistkowicę. Żyją na lub w ciele gospodarza i są od niego zależne – to gospodarz warunkuje ich możliwość przeżycia. Są przenoszone przez bezpośredni kontakt ze skórą lub z błonami śluzowymi.
4. **Infekcje grzybicze** – grzyby to organizmy żywiące się materią organiczną znajdującą się w ciele człowieka. Ich rozwojowi sprzyjają duża wilgotność i ciepło. Z tego powodu umiejscawiają się najczęściej wewnątrz ciała (np. jama ustna, pochwa) lub w miejscach dobrze ogrzanych na zewnątrz ciała (np. pod napletkiem u mężczyzn). W ostatnim czasie w praktyce klinicznej obserwuje się także występowanie zakażeń grzybiczych skóry, do których dochodzi podczas kontaktów seksualnych.

STIs, podobnie jak HIV, mogą być przenoszone podczas kontaktów seksualnych. Z tego powodu zakażenie HIV jest klasyfikowane jako infekcja przenoszona drogą płciową. Ponadto, niektóre infekcje przenoszone drogą płciową, takie jak kiła czy opryszczka, mogą wpływać na zwiększenie ilości HIV w organizmie (na wiremię HIV), przez co zwiększają prawdopodobieństwo jego transmisji na inną osobę. Obecność STIs może także prowadzić do owrzodzeń lub stanów zapalnych, które – w związku z towarzyszącym im często uszkodzeniem skóry lub śluzówki – stanowią tzw. **wrota zakażenia**: ułatwiają wniknięcie HIV do organizmu. W takiej sytuacji zakażenie STIs skutkuje zwiększeniem narażenia na zakażenie HIV. Z kolei współwystępowanie STIs u osoby z HIV może nie tylko zaostrzyć przebieg samego zakażenia HIV, lecz także wpłynąć na skuteczność leczenia i prowadzić do szybszego rozwoju powikłań związanych z obiema infekcjami.

NAJCZĘSTSZE OBJAWY STIs

Większość osób nie ma żadnych objawów związanych z infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Ponieważ często przebiegają one bezobjawowo, rekomendowanym rozwiązaniem jest wykonywanie testów w kierunku STIs w momencie rozpoczęcia nowej relacji seksualnej. Dzięki temu można uniknąć nieświadomego zakażenia innej osoby.

Część STIs przez długi czas (nawet kilka miesięcy) od momentu zakażenia może nie powodować żadnych objawów. Objawy mogą także ustąpić samoistnie, co jednak nie musi oznaczać wyleczenia. Infekcja może trwać dalej – bezobjawowo – i w dłuższym czasie doprowadzić do trwałego uszkodzenia organizmu, w tym – powodować niepłodność.

Choć każda z STIs przebiega w inny sposób i powodują je różne patogeny, można wyróżnić zestaw objawów wskazujących na możliwość zakażenia różnymi STIs. W takiej sytuacji rekomendowane jest zasięgnięcie porady lekarskiej u osoby specjalizującej się w wenerologii, w dermatologii, w urologii lub w ginekologii.

Do najczęstszych objawów mogących świadczyć o zakażeniu różnymi STIs należą:

- ✔ nietypowa wydzielina z pochwy,
- ✔ wydzielina z penisa,
- ✔ ból lub pieczenie podczas oddawania moczu,
- ✔ swędzenie, wysypka, grudki lub pęcherze, zwłaszcza w okolicach narządów płciowych lub odbytu,
- ✔ ból i/lub krwawienie podczas stosunku seksualnego,
- ✔ występowanie krwawienia między miesiączkami (w tym – u osób stosujących antykoncepcję hormonalną),
- ✔ krwawienie z pochwy lub odbytu po stosunku seksualnym,
- ✔ ból jąder,
- ✔ ból w podbrzuszu (dolnej części brzucha).

Powyższe objawy, chociaż są charakterystyczne dla różnych STIs, mogą także świadczyć o innych dolegliwościach. Dlatego poniżej przedstawiamy podstawowe informacje o najczęściej spotykanych STIs, a także o ich wpływie na możliwość zakażenia HIV oraz na zdrowie osób żyjących z HIV[26].

1.8.1. Kiła

Kiła jest chorobą wywoływaną przez bakterie. Szczególnie łatwo rozprzestrzenia się podczas kontaktów waginalnych, oralnych i analnych niezabezpieczonych prezerwatywą. Nieleczona może prowadzić do poważnego uszkodzenia serca, mózgu i układu nerwowego. Jeżeli zostanie rozpoznana wkrótce po zakażeniu, można ją w większości przypadków łatwo wyleczyć antybiotykami.

OBJAWY

Kiła przebiega w trzech etapach, a każdy z nich charakteryzuje się innymi objawami.

Pierwsze stadium (kiła pierwotna, pierwszorzędowa): w okresie od dziesięciu dni do nawet trzech miesięcy od momentu zakażenia może w miejscu, przez który bakteria wniknęła do organizmu, poja-

26. Opracowano na podstawie: Cohen, M.S., Council, O.D., Chen, J.S. (2019), S*exually transmitted infections and HIV in the era of antiretroviral treatment and prevention. The biologic basis for epidemiologic synergy*, „Journal of the International AIDS Society", vol. 22(S6), e25355. https://doi.org/10.1002/jia2.25355 [dostęp: 12.08.2024].
Firląg-Burkacka, E., Aksak-Wąs, B., (2024). *Choroby przenoszone drogą płciową, w: Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2024*, s. 248–268, Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS.
Sexually transmitted infections (STIs). (2022). Terrence Higgins Trust, https://www.tht.org.uk/sexual-health/stis [dostęp: 12.08.2024].
STI Treatment Pocket. European Guidelines 2019. (2019). International Union Against Sexually Transmitted Infections (IUSTI), https://www.iusti-europe.eu/web/images/guidelines/PocketGuideline2019.pdf [dostęp: 12.08.2024].

wić się bezbolesne owrzodzenie (zwane szankrem lub zmianą pierwotną). Ponieważ kiła przenosi się w większości przypadków podczas kontaktów seksualnych, ten wrzód jest najczęściej zlokalizowany na penisie, w pochwie, w jamie ustnej lub wokół odbytu. U niektórych osób może wystąpić więcej niż jedna zmiana tego typu. Zmiana pierwotna, a konkretnie – sącząca się z niej wydzielina, jest bardzo zakaźna. Z reguły w ciągu 2–8 tygodni szankier samoistnie znika, co nie oznacza ustąpienia choroby. W trakcie kiły pierwotnej może także dojść do powiększenia węzłów chłonnych na szyi, w pachwinach lub pod pachami.

Drugie stadium (kiła drugorzędowa): kilka tygodni po zniknięciu owrzodzenia mogą wystąpić kolejne objawy, które jednak ze względu na swoją nieswoistość utrudniają właściwe postawienie diagnozy. Należą do nich:

- ✔ plamista wysypka na ciele, często na dłoniach lub podeszwach stóp,
- ✔ nierównomierne wypadanie włosów,
- ✔ białe plamy w jamie ustnej,
- ✔ brodawki pojawiające się wokół narządów płciowych, wokół odbytu, a także w pobliżu sromu,
- ✔ złe samopoczucie, gorączka lub ból głowy, obrzęk węzłów chłonnych i utrata masy ciała.

Na tym etapie choroby pojawiające się zmiany nie są zakaźne. Między drugim a trzecim stadium kiła z reguły nie daje żadnych objawów. Choroba przechodzi w fazę utajoną.

Trzecie stadium (kiła trzeciorzędowa) – kiła, po wielu latach utajonego przebiegu, może spowodować poważne uszkodzenie serca, mózgu, kości i układu nerwowego: mogą wystąpić udar, utrata wzroku, zaburzenia pracy serca, utrata koordynacji ruchowej, problemy z mową, zaburzenia wzrokowe i zaburzenia funkcji poznawczych. Na tym etapie kiła jest nadal uleczalna, jednak wymaga to długotrwałego podawania antybiotyków i nie powoduje ustąpienia szkód spowodowanych przez bakterię w organizmie.

DROGI ZAKAŻENIA

Jak wspomniano na początku, bakterie kiły rozprzestrzeniają się podczas wszystkich rodzajów kontaktów seksualnych niezabezpieczonych prezerwatywą. Do zakażenia szczególnie często dochodzi podczas kontaktu z owrzodzeniami występującymi w przebiegu kiły pierwotnej. Jest ono także możliwe w okresie między drugą a trzecią fazą choroby, która może trwać do dwóch lat.

Do zakażenia kiłą może także dojść w rezultacie wspólnego korzystania z zabawek erotycznych oraz w trakcie ciąży i porodu (od matki na dziecko). Kiła wrodzona u noworodka może powodować u niego zmiany w narządach wewnętrznych, zmiany kostne, głuchotę oraz niepełnosprawność intelektualną.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

U osób z kiłą pierwszorzędową diagnostyka polega na pobraniu niewielkiej ilości płynu z owrzodzeń, który następnie ogląda się pod mikroskopem w celu potwierdzenia występowania bakterii. W kolejnych etapach (fazach) kiły konieczne jest wykonanie testu z krwi. W razie wystąpienia objawów charakterystycznych dla kiły lub potwierdzenia testu u osoby, z którą miało się kontakt seksualny, badanie w kierunku kiły można wykonać nieodpłatnie w poradni dermatologicznej lub wenerologicznej, w ramach ubezpieczenia NFZ.

Leczenie kiły prowadzi się z wykorzystaniem antybiotyków. Zazwyczaj polega ono na podaniu zastrzyku lub zastrzyków, a w niektórych przypadkach – na przyjmowaniu tabletek przez pewien czas. Podczas leczenia kiły oraz przez co najmniej dwa tygodnie od jego zakończenia osoba chora może cały czas być zakaźna dla innych. Z tego powodu w tym okresie rekomenduje się unikanie oralnych,

waginalnych i analnych kontaktów seksualnych i powrót do nich po wykonaniu kolejnego testu, tym razem weryfikującego, czy leczenie przyniosło spodziewany efekt. Nieleczona kiła nie ustępuje samoistnie. Po latach może prowadzić do wspomnianych poważnych problemów zdrowotnych (z sercem, z mózgiem i z układem nerwowym), a nawet do śmierci.

W sytuacji narażenia na zakażenie kiłą zaleca się rozważenie zastosowania profilaktyki poekspozycyjnej z użyciem doksycykliny (DoxyPEP – ang. *doxycycline post-exposure prophylaxis*). Metoda ta polega na przyjęciu jednorazowej dawki doksycykliny w czasie do 72 godzin po niezabezpieczonym prezerwatywą kontakcie seksualnym. Badania wykazały, że DoxyPEP zapobiega nawet do 90% zakażeń kiłą i chlamydiozą oraz – w mniejszym stopniu – zakażeniom rzeżączką.

Ze względu na możliwość wystąpienia działań niepożądanych (np. zjawiska antybiotykoodporności) oraz ograniczoną liczbę badań dotyczących skuteczności tej metody, IUSTI-Europe rekomenduje obecnie stosowanie DoxyPEP u mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) oraz transkobiet, z uwagi na wyższe ryzyko narażenia na zakażenie tymi infekcjami niż w populacji ogólnej. **Wiele towarzystw medycznych krajów Unii Europejskiej, w tym Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, zaleca natomiast rozważenie wdrożenia DoxyPEP na podstawie indywidualnej oceny ryzyka u osób z populacji szczególnie narażonych na zakażenie STIs.**

Dotychczas nie opublikowano polskich rekomendacji dotyczących DoxyPEP. Decyzja o przepisaniu doksycykliny jako profilaktyki poekspozycyjnej pozostaje w gestii lekarza, a lek jest wydawany na receptę i nie podlega refundacji (jest pełnopłatny).

Prowadzone są również badania nad profilaktyką przedekspozycyjną z wykorzystaniem doksycykliny (DoxyPrEP – ang. *doxycycline pre-exposure prophylaxis*). Ze względu na ograniczoną liczbę dowodów naukowych dotyczących skuteczności tego podejścia nie jest ono obecnie rekomendowane.

Z uwagi na szybko zmieniający się stan wiedzy w zakresie DoxyPEP zaleca się każdorazowe sprawdzenie aktualnych zaleceń (np. w Zaleceniach Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS) przed podjęciem decyzji o zastosowaniu tej metody[27].

KIŁA I CIĄŻA

Krętki blade mogą przenikać przez łożysko. Oznacza to, że zakażenie może być przeniesione w trakcie ciąży (z matki na płód) i spowodować tzw. **kiłę wrodzoną**. Jej następstwa dla zdrowia dziecka mogą być bardzo poważne, dlatego wszystkim ciężarnym zleca się rutynowo wykonanie badania krwi w kierunku kiły. Zgodnie ze standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej kobiety w ciąży do 10. tygodnia lub w chwili pierwszego zgłoszenia się do lekarza otrzymują skierowanie na badania krwi w kierunku kiły. Badanie jest powtarzane w 33–37 tyg. ciąży, przede wszystkim wśród kobiet ze zwiększonym populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia.

27. Informacje o DoxyPEP i DoxyPrEP opracowano na podstawie:
- IUSTI Europe Position Statement on use of DoxyPEP. (2024, czerwiec). IUSTRI Europe. https://iusti.org/wp-content/uploads/2024/06/DOXYPEP-Position-Statement-26_6_24-FINAL.pdf [dostęp: 13.09.2025].
- Mårdh, O., & Plachouras, D. (2023). *Using doxycycline for prophylaxis of bacterial sexually transmitted infections: Considerations for the European Union and European Economic Area. Eurosurveillance*, 28(46), 2300621. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.46.2300621.
- Siwak, E., Jawień, M., Jabłonowska, E., Kalinowska-Nowak, A., Parczewski, M., Inglot, M., Mikuła, T., Szetela, B., Jakubowski, P., & Bociąga-Jasik, M. (Red.). (2025). *Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV*: Zalecenia PTN AIDS 2025. Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS; Agencja Wydawnicza EkoPress.
- Szetela, B., Najczęściej występujące zakażenia przenoszone drogą płciową [wideo]. Krajowe Centrum ds. AIDS, z https://www.hiv-aids.edu.pl/kompendium-wiedzy/najczesciej-wystepujace-zakazenia-przenoszone-droga-plciowa [dostęp: 13.09.2025].

KIŁA I HIV

Kiła jest poważną chorobą. Dlatego tak ważne jest jej wczesne wykrycie, dzięki któremu leczenie będzie krótsze i skuteczniejsze. Zakażenie HIV nie wpływa na schemat leczenia. Tyle że jednoczesne zakażenie HIV i kiłą może prowadzić do znacznie szybszego rozwoju poważnych uszkodzeń narządów i nerwów. Kiła może także wpływać na zmniejszenie liczby limfocytów CD4, co skutkuje szybszym uszkodzeniem układu odpornościowego oraz zwiększeniem liczby wirusów w organizmie. Ponadto niektóre leki na HIV mogą wchodzić w niepożądane interakcje z lekami stosowanymi w leczeniu kiły. Dlatego leczenie powinno być prowadzone przez osobę doświadczoną w leczeniu obu tych infekcji.

Narażenie na zakażenie HIV u osoby chorującej na kiłę jest większe. Dzieje się tak, ponieważ owrzodzenia, stany zapalne lub pęknięcia skóry towarzyszące kile ułatwiają przedostanie się HIV do organizmu.

1.8.2. Rzeżączka

Rzeżączka jest wywoływana przez bakterie żyjące w ciepłych, wilgotnych częściach ciała, takich jak przede wszystkim gardło, odbyt, cewka moczowa oraz pochwa. Nieleczona rzeżączka może powodować niepłodność – zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Bakterie rzeżączki występują także w nasieniu (spermie) mężczyzny nią zakażonego.

OBJAWY

Objawy rzeżączki u mężczyzn zwykle pojawiają się w ciągu 10 dni od momentu zakażenia. Z kolei u większości kobiet przebiega ona bezobjawowo.

Najczęstszymi objawami u mężczyzn są:
- ✔ żółtawa, biała lub zielona wydzielina z penisa,
- ✔ uczucie pieczenia, zwłaszcza podczas oddawania moczu,
- ✔ obrzęk napletka.

Najczęstszymi objawami u kobiet są z kolei:
- ✔ zmiana koloru lub konsystencji wydzieliny z pochwy,
- ✔ uczucie pieczenia podczas oddawania moczu,
- ✔ występowanie krwawień między miesiączkami.

Rzeżączka może także lokalizować się w gardle, w odbycie, a nawet w oku – wszędzie tam, gdzie występuje śluzówka. Jeżeli tym miejscem jest gardło, choroba w większości przypadków przebiega bezobjawowo. Zlokalizowana w odbycie, nie powoduje z reguły żadnych objawów, ale u niektórych osób mogą się pojawić dyskomfort podczas defekacji i widoczna wydzielina. Ponieważ objawy rzeżączkowego zapalenia odbytu są nieswoiste, mogą być mylnie interpretowane.

DROGI ZAKAŻENIA

Do zakażenia może dojść poprzez kontakt z wydzielinami zakażonej osoby, zwłaszcza podczas kontaktów oralnych, waginalnych, analnych, a także w czasie korzystania ze wspólnych zabawek erotycznych, które nie zostały dokładnie umyte po użyciu przez poprzednią osobę. Rzeżączka może także przenosić się na dłoniach, którymi dotknięto tej części ciała zakażonej osoby, na której znajdowała się zakaźna wydzielina. Prawdopodobieństwo zakażenia rzeżączką zmniejsza się w wyniku użycia prezerwatywy, także podczas kontaktu oralnego. **Inne rodzaje antykoncepcji, takie jak pigułki antykoncepcyjne, nie zapewniają ochrony przed rzeżączką ani przed żadną inną**

infekcją przenoszoną drogą płciową. Prawdopodobieństwo zakażenia zależy od płci i jest większe u kobiet niż u mężczyzn. Ocenia się, że podczas dopochwowego kontaktu seksualnego wynosi ono 60–90% dla kobiety i 20–40% dla mężczyzny.

Rzeżączka może być również przenoszona z matki na dziecko podczas porodu – u noworodka powoduje zapalenie spojówek.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Diagnostyka w kierunku rzeżączki polega na wykonaniu testu z moczu (jeżeli choroba jest umiejscowiona w cewce moczowej) lub na pobraniu wymazu – za pomocą patyczka z wacikiem – z innej zakażonej części ciała. Większość wymazów nie powoduje żadnego bólu. Jedynie podczas pobierania go z czubka penisa może wystąpić niezbyt nasilony ból, trwający kilka sekund.

W leczeniu rzeżączki stosuje się antybiotyki. Nieleczona rzeżączka może powodować poważne konsekwencje zdrowotne, w tym – niepłodność, zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. W Unii Europejskiej odnotowano w ostatnim czasie szczepy rzeżączki, która nie poddaje się leczeniu niektórymi antybiotykami (bakterii lekoopornej). W takiej sytuacji zastosowanie standardowego leczenia może nie być skuteczne – niezbędne będzie wówczas zaaplikowanie innych preparatów.

RZEŻĄCZKA A HIV

Wcześnie zdiagnozowana rzeżączka u osób żyjących z HIV jest łatwa do wyleczenia, a zakażenie HIV nie wpływa na schemat leczenia. Rzeżączka nie wpływa także na zmniejszenie odporności lub na podniesienie poziomu wiremii i tym samym na zwiększenie prawdopodobieństwa przeniesienia zakażenia HIV na inną osobę. Niektóre leki na HIV mogą wchodzić w niepożądane interakcje z lekami stosowanymi w leczeniu rzeżączki. Dlatego personel medyczny powinien być świadomy statusu HIV pacjenta – aby móc wybrać odpowiednie leczenie.

Prawdopodobieństwo zakażenia HIV jest większe u osoby chorującej na rzeżączkę. Dzieje się tak, ponieważ stan zapalny błony śluzowej, występujący w przebiegu rzeżączki, może sprawić, że łatwiej dojdzie do przedostania się HIV do organizmu.

1.8.3. Chlamydioza

Chlamydioza jest jedną z najczęściej występujących infekcji przenoszonych drogą płciową. Wywołuje ją bakteria *Chlamydia trachomatis*. U większości osób zakażenie przebiega bezobjawowo i dlatego też nie wykonują one testów i nie przechodzą leczenia. Nieleczona chlamydioza może prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.

OBJAWY

Objawy chlamydiozy pojawiają się w ciągu jednego do trzech tygodni od zakażenia i występują u około połowy mężczyzn. Z kolei u większości kobiet infekcja przebiega bezobjawowo.

Do najczęstszych objawów u mężczyzn należą:
- ✔ biaława, mętna lub wodnista wydzielina z penisa,
- ✔ ból podczas oddawania moczu,
- ✔ pieczenie lub swędzenie w cewce moczowej (przewodzie wyprowadzającym mocz z organizmu, zlokalizowanym w penisie),
- ✔ ból i obrzęk jąder.

U kobiet objawy (jeżeli występują) to:
- ✔ zmiana koloru lub konsystencji wydzieliny z pochwy,
- ✔ ból podczas oddawania moczu,
- ✔ ból brzucha lub dolnej części pleców,
- ✔ ból podczas stosunku seksualnego,
- ✔ krwawienia między miesiączkami lub po stosunku seksualnym.

Chlamydioza zlokalizowana w odbycie zazwyczaj nie powoduje żadnych objawów, rzadko występują dyskomfort podczas defekacji lub wydzielina. Chlamydioza zlokalizowana w gardle najczęściej przebiega bezobjawowo. W rzadkich przypadkach może być także zlokalizowana w oku lub w oczach – powoduje wtedy ból, zaczerwienienie twardówki (nazywanej białkiem oka) i pojawienie się wydzieliny (zapalenie spojówek).

DROGI ZAKAŻENIA

Chlamydiozą można zakazić się poprzez:
- ✔ seks waginalny, oralny lub analny bez prezerwatywy,
- ✔ dzielenie się zabawkami erotycznymi, które nie zostały umyte po wcześniejszym użyciu lub nie były zabezpieczane prezerwatywą za każdym razem, gdy były używane przez inną osobę,
- ✔ kontakt genitaliów (penisa lub pochwy) z genitaliami innej osoby.
- ✔ dostanie się do oka nasienia lub płynu pochwowego pochodzącego od osoby zakażonej chlamydią.

Prawdopodobnie chlamydioza może także przenosić się na dłoniach, którymi dotknięto tej części ciała zakażonej osoby, na której znajdowała się zakaźna wydzielina.

Prawdopodobieństwo zakażenia *Chlamydia trachomatis* zmniejsza się w wyniku użycia prezerwatywy, w tym – podczas kontaktu oralnego. **Inne rodzaje antykoncepcji, takie jak pigułki antykoncepcyjne, nie zapewniają ochrony ani przed chlamydiozą, ani przed innymi STIs.**

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Diagnostyka w kierunku chlamydiozy polega na wykonaniu testu z moczu (jeżeli jest ona umiejscowiona w cewce moczowej) lub na pobraniu wymazu – za pomocą patyczka z wacikiem – z innej zakażonej części ciała. Większość wymazów nie powoduje żadnego bólu, jedynie w trakcie pobierania go z czubka penisa może wystąpić niezbyt nasilony ból, trwający kilka sekund.

Leczenie chlamydiozy polega najczęściej na zastosowaniu antybiotyków (preparatu w jednorazowej dawce lub w tabletkach przyjmowanych przez 7 dni). Ponieważ czas potrzebny na usunięcie z organizmu bakterii powodującej chlamydię trwa 7 dni od rozpoczęcia leczenia, rekomenduje się w tym czasie unikanie kontaktów seksualnych (nawet jeżeli objawy ustąpiły bądź nie ma ich wcale), aby nie przenieść zakażenia na inną osobę. Dotyczy to także sytuacji, kiedy leczenie polegało na przyjęciu pojedynczej dawki antybiotyku.

Nieleczona chlamydioza może powodować poważne problemy zdrowotne, w tym – stany zapalne, prowadzić do niepłodności, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, oraz powodować powikłania w trakcie ciąży.

W sytuacji narażenia na zakażenie chlamydiozą zaleca się rozważenie zastosowania profilaktyki poekspozycyjnej z użyciem doksycykliny (DoxyPEP – ang. *doxycycline post-exposure prophylaxis).* Informacje na ten temat można znaleźć w części poświęconej zakażeniu kiłą.

CHLAMYDIOZA A HIV

Chlamydioza nie wpływa na zmniejszenie odporności lub na podniesienie poziomu wiremii i – tym samym – na zwiększenie prawdopodobieństwa przeniesienia zakażenia HIV na inną osobę. Niektóre leki antyretrowirusowe mogą wchodzić w niepożądane interakcje z lekami stosowanymi w leczeniu chlamydiozy. Dlatego lekarz powinien wiedzieć o zakażeniu HIV pacjenta, dzięki czemu będzie mógł dobrać odpowiednie leczenie.

U osób zakażonych bakterią *Chlamydia trachomatis* zachodzi większe prawdopodobieństwo zakażenia się HIV niż u osób zdrowych. Dzieje się tak, ponieważ stan zapalny błony śluzowej, występujący w przebiegu chlamydiozy, może sprawić, że łatwiej dojdzie do przedostania się HIV do organizmu.

1.8.4. NGU (Nieswoiste zapalenie cewki moczowej)

Nieswoiste[28] zapalenie cewki moczowej (NGU) stanowi jedną z najczęstszych STIs u mężczyzn. Wśród kobiet obserwowana jest rzadziej prawdopodobnie z uwagi na jej bezobjawowy przebieg. Nieleczone NGU może być przyczyną zapalenia stawów, a u kobiet – także zapalenia miednicy mniejszej. Powikłaniem może być także niepłodność. U mężczyzn zapalenie cewki moczowej skutkuje stanem zapalnym przewodu wewnątrz penisa, którym mocz wydostaje się na zewnątrz.

OBJAWY

Ponieważ u większości kobiet przy zakażeniu NGU nie występują żadne objawy, poniższe informacje dotyczą przebiegu NGU wyłącznie u mężczyzn. Tyle że u nich też mogą nie występować żadne objawy. Jeżeli są one obecne, polegają na:

- ✔ występowaniu białawej wydzieliny z penisa,
- ✔ częstym oddawaniu moczu,
- ✔ bólu lub pieczeniu podczas oddawania moczu,
- ✔ podrażnieniu i bólu występującym na czubku penisa (żołędzi).

DROGI ZAKAŻENIA

NGU jest zwykle wywoływane przez bakterie znajdujące się w ustach, pochwie, penisie lub w odbycie, które mogą przedostawać się podczas kontaktu seksualnego (oralnego, waginalnego, analnego) do ciała innej osoby. Mogą one także zostać przeniesione na dłoni, która wcześniej dotykała zainfekowanej części ciała. Stosowanie prezerwatyw (także podczas kontaktu oralnego) może się przełożyć na zmniejszone prawdopodobieństwo transmisji infekcji.

NGU może być także spowodowane podrażnieniami śluzówki powstającymi w wyniku otarć zdarzających się podczas masturbacji i kontaktów seksualnych.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Diagnostyka w kierunku NGU polega na wykonaniu testu z moczu (jeżeli jest ona umiejscowiona w cewce moczowej) lub na pobraniu wymazu – za pomocą patyczka z wacikiem – z innej, zakażo-

28. Określenie „nieswoiste”, zawarte w nazwie infekcji, oznacza, że jej dokładna przyczyna nie jest znana, chociaż wiadomo, że jest ona wywoływana przez drobnoustroje, które mogą znajdować się w gardle, pochwie, odbycie lub w cewce moczowej penisa, i że przenosi się podczas kontaktów seksualnych.

nej części ciała. Większość wymazów nie powoduje żadnego bólu, jedynie w trakcie pobierania go z czubka penisa może wystąpić niezbyt nasilony ból, trwający kilka sekund.

NGU leczy się – w zależności od wywołujących je drobnoustrojów – najczęściej antybiotykami. Ponieważ pozbycie się patogenu z organizmu może potrwać od kilku do kilkunastu dni, rekomenduje się w tym czasie, nawet jeżeli objawy ustąpiły, niepodejmowanie kontaktów seksualnych, aby uchronić przed zakażeniem inną osobę. Informacji o tym, jak długo może trwać leczenie, udzieli lekarz.

Nieleczone NGU może powodować poważne problemy zdrowotne, takie jak zapalenie stawów.

NGU A HIV

NGU nie wpływa na zmniejszenie odporności lub na podniesienie poziomu wiremii i tym samym na zwiększenie prawdopodobieństwa przeniesienia zakażenia HIV na inną osobę. Niektóre leki antyretrowirusowe mogą wchodzić w niepożądane interakcje z lekami stosowanymi w leczeniu NGU. Dlatego lekarz powinien wiedzieć o zakażeniu HIV pacjenta – aby móc wybrać odpowiednie leczenie.

U osób zakażonych NGU istnieje większe prawdopodobieństwo zakażenia się HIV niż u osób zdrowych. Dzieje się tak, ponieważ stan zapalny błony śluzowej, występujący w przebiegu NGU, może sprawić, że łatwiej dojdzie do przedostania się HIV do organizmu.

1.8.5. Ziarnica weneryczna pachwin (LGV)

LGV to skrót od *Lymphogranuloma venereum*. Jest to rodzaj bakterii chlamydii, która atakuje węzły chłonne. LGV rzadziej występuje u kobiet i u heteroseksualnych mężczyzn, a częściej – wśród mężczyzn homoseksualnych.

OBJAWY

Większość stwierdzonych zakażeń LGV jest zlokalizowana w odbycie. W ciągu kilku tygodni od zakażenia dochodzi u większości osób do powiększenia węzłów chłonnych w pachwinach, a także ujawniają się objawy zapalenia odbytu, takie jak krwawienia, wydzielina ropna, zaparcia lub owrzodzenia. Mogą również wystąpić podwyższona temperatura ciała (gorączka), wysypka i obrzęk pachwin, pach lub szyi. W miejscu przedostania się bakterii do organizmu może pojawić się niewielka rana, która – z uwagi na rozmiar – może pozostać niezauważona. Nieleczona ziarnica weneryczna może spowodować trwałe uszkodzenie odbytnicy, wymagające przeprowadzenia operacji.

LGV zlokalizowane w penisie może powodować takie objawy, jak:
✔ wydostawanie się wydzieliny z penisa,
✔ ból podczas oddawania moczu,
✔ obrzęk węzłów chłonnych zlokalizowanych w pachwinach.

LGV rzadko występuje w jamie ustnej lub gardle. Zakażeniu umiejscowionemu w tej części ciała towarzyszy najczęściej obrzęk węzłów chłonnych na szyi.

DROGI ZAKAŻENIA

Bakterie LGV zazwyczaj dostają się do organizmu przez wilgotną śluzówkę lub skórę w odbycie lub w penisie, a także przez skórę wokół nich. U kobiet zakażenie patogenem może także nastąpić przez

śluzówkę pochwy. Do zakażenia może także dojść przez śluzówkę znajdującą się w ustach i w gardle, chociaż zdarza się to rzadko.

U mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami do zakażenia LGV może dojść podczas kontaktu analnego bez prezerwatywy oraz podczas kontaktów określanych jako *fisting*, tj. polegających na umieszczeniu całej dłoni lub jej części w odbycie partnera.

Bakterie powodujące LGV mogą być również przenoszone z odbytu jednej do odbytu drugiej osoby: podczas seksu grupowego, poprzez zabawki erotyczne, palce, sprzęt do lewatywy, prezerwatywy lub rękawiczki lateksowe.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Diagnostyka w kierunku LGV u mężczyzn, u których występują objawy infekcji, polega najczęściej na pobraniu wymazu – za pomocą patyczka z wacikiem – z odbytu i z penisa. Z kolei u kobiet pobiera się wymaz z pochwy i z szyjki macicy. Pobrany materiał jest najpierw badany na obecność chlamydii. Jeśli wynik testu jest dodatni (reaktywny), pobrane próbki są kolejno badane pod kątem LGV. Ponieważ LGV jest infekcją, która nie występuje często, w razie pojawienia się objawów rekomenduje się konsultację ze specjalistą, gdyż lekarz rodzinny może nie mieć praktyki w diagnozowaniu tego zakażenia.

Ziarnicę weneryczną leczy się antybiotykami. Wczesne rozpoczęcie terapii sprawia, że infekcja nie powoduje żadnych negatywnych następstw dla zdrowia. Ponieważ zwalczanie patogenu w organizmie trwa jakiś czas, rekomenduje się, także w razie braku objawów, niepodejmowanie kontaktów seksualnych w trakcie leczenia, aby nie przenieść zakażenia na inną osobę. Informacji o tym, jak długo może trwać pozbycie się patogenu z organizmu, powinien udzielić lekarz.

LGV A HIV

LGV nie wpływa na zmniejszenie odporności lub na podniesienie poziomu wiremii i tym samym na zwiększenie prawdopodobieństwa przeniesienia zakażenia HIV na inną osobę. Niektóre leki na HIV mogą wchodzić w niepożądane interakcje z lekami stosowanymi w leczeniu ziarnicy wenerycznej. Dlatego lekarz powinien być świadomy statusu HIV pacjenta – aby móc wybrać odpowiednie leczenie.

U osób zakażonych ziarnicą weneryczną istnieje większe prawdopodobieństwo zakażenia się HIV niż u osób niezakażonych. Dzieje się tak, ponieważ stan zapalny błony śluzowej, występujący w przebiegu zakażenia LGV, może sprawić, że łatwiej dojdzie do przedostania się HIV do organizmu.

1.8.6. Mięczak zakaźny

Mięczak zakaźny to infekcja wywoływana przez wirus mięczaka zakaźnego. Rozprzestrzenia się przez bliski kontakt fizyczny z osobą zakażoną patogenem, w tym – poprzez kontakt seksualny. Do zakażenia może także dojść poprzez dzielenie się przedmiotami mającymi bezpośredni kontakt z ciałem, takimi jak ręczniki, pościel lub bielizna.

OBJAWY

Jedynym objawem zakażenia są zmiany skórne w postaci małych, bezbolesnych, kopulastych i napiętych grudek o średnicy od 2 do 5 mm. Te zmiany mogą być zakończone białą lub żółtawą główką i mienić się podobnie do pereł. Płyn znajdujący się wewnątrz nich jest bardzo zakaźny. Dlatego

też ich wyciskanie może skutkować przeniesieniem infekcji na inne części ciała oraz na inne osoby. U osób, które zakaziły się mięczakiem podczas kontaktu seksualnego, zmiany lokalizują się najczęściej w okolicach pachwin, narządów płciowych, na podbrzuszu, na pośladkach oraz w górnej części ud. Nieleczone zmiany z reguły ustępują samoistnie w okresie od 6 do 18 miesięcy od ich wystąpienia.

DROGI ZAKAŻENIA

Mięczak zakaźny rozprzestrzenia się poprzez bliski kontakt fizyczny z osobą zakażoną lub poprzez dzielenie się przedmiotami mającymi bezpośredni kontakt z ciałem (np. bielizna osobista, pościelowa oraz ręczniki). Czynnikiem sprzyjającym zakażeniu mięczakiem jest osłabiona odporność. Oznacza to, że osoby żyjące z HIV i mające niską liczbę komórek CD4 są bardziej narażone na tę infekcję.

Najczęstszą drogą rozprzestrzeniania się mięczaka zakaźnego jest każdy kontakt seksualny: oralny, waginalny i analny. Używanie w ich trakcie prezerwatywy przekłada się na zmniejszone prawdopodobieństwo transmisji zakażenia, jednak nie zapewnia ona pełnej ochrony, ponieważ do zakażenia mięczakiem może dochodzić także podczas bliskiego kontaktu ze skórą.

Od człowieka zakażonego mięczakiem można zakazić się tą infekcją do czasu, kiedy na jego skórze widnieją aktywne zmiany.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Diagnozę mięczaka można postawić dzięki dokładnym oględzinom skóry. W razie wątpliwości konieczne może być pobranie wycinka zmiany i poddanie go badaniom laboratoryjnym.

Zakażenie mięczakiem zwykle ustępuje samoistnie w ciągu 6–18 miesięcy. W niektórych sytuacjach, kiedy zmiany wpływają znacznie na jakość życia lub odporność jest znacznie obniżona (np. na skutek zakażenia HIV), możliwe jest podjęcie leczenia objawowego. Może ono jednak powodować pewne skutki uboczne.

MIĘCZAK ZAKAŹNY A HIV

Mięczak zakaźny jest powodowany przez wirusa, którego nie można usunąć z organizmu. Zakażenie HIV nie wpływa na schemat terapii, chociaż u osób z niskim poziomem odporności (niską liczbą limfocytów CD4) leczenie, podobnie jak samoistne ustąpienie objawów, może potrwać dłużej niż u większości osób.

U osób zakażonych mięczakiem zakaźnym prawdopodobieństwo zakażenia się HIV okazuje się większe niż u osób zdrowych. Dzieje się tak, ponieważ uszkodzenia skóry, do których może dochodzić w przebiegu infekcji, mogą ułatwić HIV przedostanie się do organizmu.

1.8.7. Brodawki narządów płciowych i HPV

Brodawki narządów płciowych są wywoływane przez HPV. Istnieje ponad 100 jego różnych typów, przeciwko niektórym z nich można się zaszczepić. Brodawki spowodowane przez HPV nie są zazwyczaj bolesne i nie stanowią poważnego zagrożenia dla zdrowia. Natomiast onkogenne typy HPV mogą być przyczyną nowotworów, w tym – raka szyjki macicy u kobiet.

OBJAWY

Brodawki narządów płciowych to małe, mięsiste narośla, guzki lub zmiany skórne zlokalizowane z reguły wokół narządów płciowych lub na nich, a także w okolicach odbytu lub górnej części

ud. Mogą być one także zlokalizowane wewnątrz organizmu: w odbycie, wewnątrz pochwy lub na szyjce macicy – dlatego wiele osób może nie wiedzieć o ich istnieniu. W zależności od nasilenia objawów zmiana może być pojedyncza lub występować jako skupisko, które wygląda podobnie do różyczki kalafiora.

Zmiany (brodawki) mogą pojawić się kilka tygodni, miesięcy lub nawet lat po zakażeniu HPV. Czasami pojawiają się tylko raz, czasem mogą powracać, nawet po ich usunięciu.

Chociaż brodawki narządów płciowych są zwykle bezbolesne, mogą:
✔ powodować dyskomfort i swędzenie,
✔ prowadzić do stanu zapalnego lub krwawienia,
✔ utrudniać oddawanie moczu (jeżeli są zlokalizowane wewnątrz lub na ujściu cewki moczowej),
✔ budzić nieprzyjemne uczucia, co może powodować niepokój.

Nieleczone brodawki czasami ustępują samoistnie. Może także się zdarzyć, że pozostaną w tym samym rozmiarze i w tej samej liczbie albo będą się rozprzestrzeniały.

WAŻNE

Większość przypadków brodawek narządów płciowych powodują dwa typy wirusa: HPV 6 oraz HPV 11. Chociaż te zmiany mogą wyglądać nieestetycznie, nie są groźne dla zdrowia. Najbardziej niebezpieczne dla zdrowia są z kolei typy HPV 16 oraz HPV 18, silnie onkogenne. Mogą one wywoływać niekontrolowane podziały komórek nabłonkowych, co prowadzi do rozwoju nowotworów: szyjki macicy, sromu, odbytu czy penisa. Odpowiadają one także za większość nowotworów szyjki macicy w Polsce.

DROGI ZAKAŻENIA

Do zakażenia HPV dochodzi najczęściej podczas kontaktu seksualnego (zwłaszcza waginalnego lub analnego), gdy skóra lub śluzówka mają kontakt z brodawkami znajdującymi się na ciele innej osoby, także tymi znajdującymi się w niewidocznych miejscach (np. w pochwie lub w odbycie). HPV można także przenieść na zabawkach erotycznych używanych przez więcej niż jedną osobę lub na ręce, która wcześniej miała kontakt ze zmianami.

W niezwykle rzadkich przypadkach do transmisji HPV może także dojść podczas porodu – z matki na dziecko.

Prezerwatywa może ograniczać narażenie na zakażenie, jednakże tylko w sytuacji, gdy zakrywa ona w całości skórę, na której znajdują się zmiany. Inne rodzaje antykoncepcji, takie jak pigułki antykoncepcyjne, nie zapewniają ochrony przed różnymi STIs, w tym – przed brodawkami narządów płciowych.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Im szybciej zostanie rozpoczęte leczenie brodawek narządów płciowych, tym łatwiej będzie usunąć te zmiany. Małe brodawki leczy się najczęściej za pomocą preparatów służących usuwaniu brodawek znajdujących się na dłoniach lub stopach **(tzw. kurzajki)**. W razie znacznego nasilenia objawów w leczeniu wykorzystuje się stosowanie specjalnych kremów lub kwasów, zamrażanie ciekłym azotem, a także usuwanie brodawek laserem lub chirurgicznie, w znieczuleniu miejscowym.

Skuteczne usunięcie brodawek może wymagać kilku zabiegów. Ponieważ HPV nie można usunąć z organizmu człowieka, zmiany mogą nawracać. Wirus może w trakcie leczenia przenosić się na inne osoby. Dlatego rekomenduje się niepodejmowanie kontaktów seksualnych (oralnych, waginalnych lub analnych) w tym okresie.

Zakażeniu HPV można zapobiegać za pomocą szczepień. Na rynku są dostępne preparaty przeciwko wybranym szczepom HPV, które mogą powodować zmiany nowotworowe. Choć wykazują one największą skuteczność u osób, które nie rozpoczęły aktywności seksualnej, są zalecane także dorosłym, którzy nie byli wcześniej szczepieni. W Polsce dziewczęta i chłopcy w wieku 9–14 lat mogą, w ramach powszechnego programu szczepień przeciw HPV, bezpłatnie skorzystać z preparatów zabezpieczających przed dwoma lub przed dziewięcioma typami HPV. Dla pozostałych osób szczepienia te są odpłatne. Szczepionki są podawane w dwóch dawkach, a odstęp między tymi dawkami w programie wynosi od 6 do 12 miesięcy[29]. W celu uzyskania pełnej ochrony konieczne jest przyjęcie wszystkich dawek szczepionki. Zaleca się korzystanie ze szczepionek wielowalentnych[30].

HPV I BRODAWKI NARZĄDÓW PŁCIOWYCH A HIV

U osób żyjących z HIV, leczonych antyretrowirusowo, które nie mają objawów obniżonej odporności, stosuje się standardowe leczenie. Jeżeli odporność jest obniżona, ogniska brodawek narządów płciowych mogą być bardziej nasilone, a ich leczenie okazuje się bardziej skomplikowane.

Osoby mające brodawki narządów płciowych są bardziej narażone na zakażenie HIV niż osoby zdrowe. Dzieje się tak, ponieważ uszkodzenia skóry i śluzówki, do których może dochodzić w przebiegu tej infekcji, mogą ułatwić HIV przedostanie się do organizmu.

1.8.8. Opryszczka

Opryszczka jest wywoływana przez wirus opryszczki pospolitej (HSV). Rozprzestrzenia się poprzez kontakt skóry lub błony śluzowej, na której występują zmiany, ze skórą lub błoną śluzową innej osoby, np. podczas kontaktów seksualnych (bez względu na ich rodzaj), a także pocałunków. U osób, które zakaziły się wirusem opryszczki pospolitej, pozostaje on w organizmie przez całe życie, ale przez większość czasu jest nieaktywny. Opryszczkę wywołują dwa spokrewnione wirusy: HSV-1 (powodujący zmiany przede wszystkim w obrębie czerwieni wargowej) oraz HSV-2 (powodujący zmiany przede wszystkim w obrębie narządów płciowych i odbytu).

Oba typy wirusów mogą powodować:
- ✔ wystąpienie opryszczki (zmiany) na ustach,
- ✔ wystąpienie opryszczki (zmiany) na narządach płciowych,
- ✔ bolesne infekcje (zwane „bielactwem") na palcach i dłoniach.

OBJAWY

Wirusy opryszczki pozostają w organizmie (a konkretnie – w układzie nerwowym) przez całe życie, chociaż nie muszą wywoływać żadnych objawów. W sprzyjających okolicznościach, związanych

29. Więcej o programie bezpłatnych szczepień przeciw HPV na: https://www.gov.pl/web/zdrowie/hpv [dostęp: 27.10.2024] oraz https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/hpv/ [dostęp: 8.08.2025].

30. Inaczej: poliwalentne, zawierające kilka typów tego samego drobnoustroju.

najczęściej z obniżeniem odporności, HSV aktywuje się, co powoduje bolesne objawy: głównie bolesne wykwity, powstające na błonie śluzowej lub skórze. Mogą one wystąpić raz, chociaż u wielu osób dochodzi do ich okresowych nawrotów. Zazwyczaj objawy pojawiające się kolejny raz są mniej bolesne od pierwszego epizodu.

Objawy zakażenia HSV mogą wystąpić w ciągu czterech do siedmiu dni po ekspozycji (zakażeniu), chociaż u niektórych osób pierwszy objaw pojawia się po upływie kilku miesięcy lub nawet lat.

Zmiany powodowane przez HSV (nazywane **opryszczką lub zimnem**) mogą pojawiać się w różnych miejscach: w jamie ustnej lub wokół niej, w gardle, na penisie lub wokół niego, w pochwie, w odbycie i wokół niego, rzadziej – na udach, na pośladkach i na innych częściach ciała.

Wiele osób mających objawy opryszczki odczuwa zmęczenie, bóle podobne do tych towarzyszących grypie i ma obrzęk węzłów chłonnych.

Przed wystąpieniem wykwitów osoba zakażona może w miejscu, gdzie się one pojawią, odczuwać świąd, mrowienie bądź drętwienie skóry lub błony śluzowej. Zmiany pojawiające się na narządach płciowych lub wokół odbytu mogą powodować ból podczas korzystania z toalety, można także zaobserwować surowiczą wydzielinę z penisa, pochwy lub z odbytu. Zmiana powodowana przez HSV jest wypełniona przezroczystym płynem i najczęściej pokryta strupem. W razie jej pęknięcia ten płyn wydostaje się na zewnątrz i powoduje ból. Powstające zmiany z reguły goją się i całkowicie ustępują w czasie od 2 do 4 tygodni od wystąpienia.

DROGI ZAKAŻENIA

Oba wirusy powodujące opryszczkę mogą być przenoszone w następujący sposób:

- ✔ przez kontakt skóry lub błony śluzowej ze skórą lub błoną śluzową drugiej osoby podczas kontaktu waginalnego, analnego lub oralnego bez prezerwatywy,
- ✔ przez wspólne używanie zabawek erotycznych,
- ✔ przez dłoń, która miała kontakt z wykwitami powodowanymi przez wirusa,
- ✔ w trakcie ciąży lub porodu (z matki na dziecko).

Najczęściej do zakażenia dochodzi poprzez kontakt z płynem surowiczym wypełniającym wykwit, jednak może ono także nastąpić w wyniku kontaktu z błoną śluzową lub skórą, na której dopiero tworzą się zmiany.

Zmiany znajdujące się w pochwie, gardle lub odbycie mogą nie być widoczne, chociaż także mogą się stać źródłem zakażenia. W razie wystąpienia wykwitów na ustach lub wokół nich, do zakażenia innej osoby może dojść podczas kontaktu oralnego, w trakcie którego wirus może zostać przeniesiony na genitalia lub na odbyt (w zależności od formy kontaktu).

Używanie prezerwatywy w trakcie kontaktu seksualnego przekłada się na zmniejszoną możliwość transmisji HSV na drugą osobę, jednak tylko wtedy, gdy prezerwatywa zakrywa obszar dotknięty zmianami. Inne rodzaje antykoncepcji, takie jak pigułki antykoncepcyjne, nie zapewniają ochrony przed STIs.

W razie kontaktu ze zmianą należy umyć ręce. Jest to szczególnie ważne u osób używających soczewek kontaktowych, ponieważ opryszczka może zostać przeniesiona do oka i spowodować jego zakażenie.

Na powstanie, intensywność i czas trwania wykwitów wpływa odporność, która jest m.in. zależna od czasu snu i od ekspozycji na stres. Innym czynnikiem sprzyjającym powstaniu i utrzymaniu się objawów opryszczki jest długotrwałe opalanie się.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Diagnozę przeprowadza się najczęściej poprzez dokładne oględziny zmian chorobowych. W rzadkich przypadkach może zostać zlecone badanie służące wykryciu HSV we krwi.

Leczenie zakażenia HSV ma charakter objawowy i polega na stosowaniu specjalnych kremów lub kąpieli w słonej wodzie. W przypadku rozległych, długo utrzymujących się lub często nawracających zmian lekarz może przepisać preparaty wirusobójcze w tabletkach. Obecnie nie istnieją jednak metody, które pozwoliłyby na całkowite usunięcie HSV z organizmu.

OPRYSZCZKA A HIV

Zakażenie HIV nie wpływa zasadniczo na schemat leczenia opryszczki. Jednak w przypadku obniżonej odporności jej epizody i pojawiające się zmiany na narządach płciowych, w odbycie lub wokół niego czy w jamie ustnej mogą być dłuższe i bardziej nasilone. Dlatego leczenie może trwać dłużej.

Osoby mające zmiany powodowane przez HSV są bardziej narażone na HIV niż osoby niezakażone. Dzieje się tak, ponieważ uszkodzenia skóry i śluzówki, do których może dochodzić w przebiegu tej infekcji, mogą ułatwić HIV przedostanie się do organizmu.

1.8.9 Mpox (zwany wcześniej *monkeypox* lub małpią ospą)

Mpox to choroba wirusowa, podobna do ospy wietrznej. Do zakażenia dochodzi przez kontakt z pęcherzami lub wykwitami znajdującymi się na ciele osoby zakażonej. Mpox i wirus powodujący ospę wietrzną należą do tej samej rodziny wirusów co *variola*, wywołujący ospę prawdziwą. W latach 2022–2023 odnotowano epidemię mpox w populacji MSM na całym świecie. Ogniska zakażeń mpox pojawiły się także w 2024 roku, głównie w krajach środkowoafrykańskich.

OBJAWY

U większości osób zakażonych mpox występuje charakterystyczna wysypka, a także – zmiany skórne. Mogą one mieć postać plam, guzków, pęcherzy lub owrzodzeń. Obejmują one zwłaszcza:

- ✔ zmiany skórne, w tym – wokół twarzy, dłoni, stóp, jamy ustnej lub gardła, narządów płciowych lub odbytu, w postaci początkowo plamek o średnicy od 2 do 5 mm, następnie grudek, pęcherzyków i pseudokrost,
- ✔ ból, krwawienie lub dyskomfort w odbycie.

Niektóre osoby doświadczają również – na wczesnym etapie infekcji – objawów grypopodobnych (ogólnoustrojowych), takich jak:

- ✔ obrzęk węzłów chłonnych,
- ✔ podniesiona temperatura ciała (gorączka),
- ✔ bóle mięśni,
- ✔ zmęczenie.

Zmiany chorobowe są zwykle bolesne, a po pokryciu się strupem mogą powodować świąd. Ich wyleczenie zajmuje z reguły do kilku tygodni.

Czas od zakażenia mpox do wystąpienia objawów wynosi zazwyczaj od 7 do 14 dni. U niektórych osób objawy mogą rozpocząć się wcześniej (5 dni po ekspozycji), u innych – później (21 dni od zakażenia). Zmiany ogólnoustrojowe zwykle ustępują samoistnie w ciągu 2–3 tygodni.

DROGI ZAKAŻENIA

Mpox nie jest właściwie infekcją przenoszoną drogą płciową, ponieważ droga seksualna nie jest jedyną, jaką ta infekcja się rozprzestrzenia. Jednakże z powodu wywołanej przez ten wirus ogólnoświatowej epidemii wśród MSM, w której główną drogą zakażeń stały się kontakty seksualne, umieszczenie go wśród informacji o innych STIs wydaje się zasadne.

Do zakażenia mpox dochodzi najczęściej poprzez kontakt skóry, na której znajdują się zmiany chorobowe (zmiany skórne, wysypka), ze skórą innej osoby. Może do niego także dojść poprzez kontakt z płynami ustrojowymi osoby zakażonej, takimi jak ślina. Udokumentowano rzadkie przypadki, w których do przeniesienia mpox doszło drogą kropelkową, tj. poprzez kontakt z aerozolem powstającym z płynów ustrojowych w trakcie kaszlu lub kichania.

Osoby, które miały kontakt z człowiekiem, u którego zdiagnozowano mpox, mogą zakazić się tą infekcją (np. współlokatorzy, personel medyczny, partnerki seksualne lub partnerzy seksualni). Z tego powodu rekomenduje się im podjęcie środków ostrożności, takich jak unikanie kontaktu z wydzielinami (np. stosowanie masek chirurgicznych, częste wietrzenie pomieszczeń, mycie rąk po każdym kontakcie z osobą z mpox).

Do transmisji mpox może także dojść przez bieliznę osobistą i pościelową, przez odzież czy przez współdzielenie zabawek erotycznych. Jeżeli korzystała z nich osoba mająca mpox, zalecane jest ich dokładne czyszczenie przed użyciem.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Mpox może być trudne do zdiagnozowania, ponieważ wywoływane objawy są podobne do tych towarzyszących bardziej rozpowszechnionym infekcjom, takim jak grypa. Mogą one również przypominać objawy kiły. Najbardziej typowym objawem w mpox jest charakterystyczna wysypka. Osobom wykazującym objawy podobne do ospy wietrznej lub do mpox, które miały kilka czy kilkanaście dni wcześniej kontakt seksualny z MSM, u których występowały podobne objawy lub wykryto u nich mpox, rekomenduje się wykonanie testu. Testy są oferowane bezpłatnie w poradniach wenerologicznych, które zawarły kontrakt z NFZ.

Diagnostyka polega na pobraniu (za pomocą patyczka z wacikiem) wymazów z kilku zmian skórnych, a w niektórych sytuacjach – także z odbytu i z gardła. Większość wymazów nie powoduje żadnego bólu, jedynie w przypadku pobrania go z czubka penisa może wystąpić niezbyt nasilony ból, trwający kilka sekund. Zlecone może być także pobranie krwi. Po wykonaniu badania rekomenduje się – do czasu otrzymania wyników – nie tylko powstrzymanie się od kontaktów seksualnych, lecz także izolację.

Ponieważ mpox jest powodowane przez wirusa, nie istnieje możliwość jego usunięcia z organizmu. Leczenie polega najczęściej na przyjmowaniu przepisanych leków przeciwwirusowych przez 14 dni. U osób z obniżoną odpornością leczenie może potrwać dłużej. Ponadto w leczeniu objawów zakażenia zaleca się:

- ✔ przyjmowanie paracetamolu w celu leczenia bólu i gorączki,
- ✔ stosowanie leków przeciwhistaminowych, żeby zmniejszyć świąd,
- ✔ zapobieganie infekcji powstałych zmian przede wszystkim poprzez ich mycie ciepłą wodą z mydłem.

Jeżeli obszar objęty zmianami jest zaczerwieniony, bolesny, opuchnięty, gorący lub błyszczy, może to wskazywać na infekcję. W takiej sytuacji niezbędna jest konsultacja lekarska.

Ponieważ wirus powodujący mpox i wirus powodujący ospę wietrzną są bardzo podobne, do szczepień ochronnych stosuje się głównie szczepionkę opracowaną przeciw ospie wietrznej. Może ona być przepisana przez lekarza i jest w większości sytuacji odpłatna.

Najlepszą ochronę zapewnia przyjęcie dwóch jej dawek w odstępie czterech tygodni. Maksymalną ochronę uzyskuje się po mniej więcej dwóch tygodniach od przyjęcia drugiej dawki. Szczepionka jest zwykle podawana w przedramię, w górną część pleców lub w ramię i dla większości osób jest bezbolesna. Wcześniejsze szczepienie przeciw ospie prawdziwej zapewnia pewien stopień ochrony przed ciężką infekcją, ale nie zapewnia ochrony przed samym zakażeniem.

MPOX I HIV

Objawy mpox powoduje wirus, jego usunięcie z organizmu nie jest możliwe. Zakażenie HIV nie wpływa na schemat leczenia, chociaż u osób z niskim poziomem odporności (niską liczbą limfocytów CD4) przebieg choroby może być cięższy, a samoistne ustąpienie objawów może potrwać dłużej niż u większości osób.

Osobom żyjącym z HIV rekomenduje się przyjęcie dwóch dawek szczepionki. Zwłaszcza tym, które podejrzewają, że mogły się zakazić w ciągu ostatnich 14 dni, oraz należących do populacji narażonych na zakażenie. W Polsce sa to głównie MSM oraz osoby z niską liczbą limfocytów CD4+.

W razie ekspozycji na mpox rekomenduje się przyjęcie szczepionki w ciągu 4 dni od tego zdarzenia, co zapobiega rozwojowi choroby. Szczepionka przyjęta w późniejszym okresie (od 4 do 14 dni od ekspozycji) może nie zapobiec zachorowaniu, ale pomoże zmniejszyć nasilenie objawów i uniknąć powikłań.

Osoby mające objawy mpox są bardziej narażone na HIV niż osoby zdrowe. Dzieje się tak, ponieważ uszkodzenia skóry, do których może dochodzić w przebiegu infekcji, mogą ułatwić przedostanie się HIV do organizmu.

1.8.10. Wirusowe zapalenie wątroby (WZW)

Wirusowe zapalenie wątroby (inaczej WZW) to stan zapalny wątroby. Jest to duży narząd, umiejscowiony w powłokach brzusznych po prawej stronie ciała, odpowiadający za przekształcanie żywności w energię i za filtrowanie toksyn znajdujących się we krwi (np. alkoholu).

Zapalenie wątroby jest powodowane najczęściej infekcją wirusową. Czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu zapalenia jest także przewlekłe spożywanie dużych ilości alkoholu.

Najczęściej występującymi wirusami powodującymi zapalenie wątroby są:
✔ wirus zapalenia wątroby typu A (HAV),
✔ wirus zapalenia wątroby typu B (HBV),
✔ wirus zapalenia wątroby typu C (HCV).

Jego inne typy, tj. wirusy zapalenia wątroby typu D, E i G, występują rzadko.

Przyczyny występowania zapalenia wątroby, chociaż zostały już w części poznane, wymagają kontynuowania badań.

Przed zakażeniem HAV (powodującym WZW A) i HBV (powodującym WZW B) można się zabezpieczyć poprzez przyjęcie szczepienia. Nie wynaleziono dotychczas szczepionki przeciwko HCV.

Zapalenie wątroby może mieć charakter ostry lub przewlekły. Ostre zapalenie wątroby jest z reguły krótkotrwałe i dochodzi do niego wkrótce po zakażeniu patogenem. Może ono prowadzić do przewlekłego zapalenia wątroby.

Niektóre rodzaje zapalenia wątroby, jak zapalenie wątroby wywołane przez HAV, powodują jedynie ostre zakażenie. Przewlekłe zapalenie wątroby jest długotrwałe i może doprowadzić do jej trwałego uszkodzenia. W niektórych przypadkach zapalenie wątroby może się zakończyć jej niewydolnością lub powstaniem nowotworu.

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU A (WZW A)

Wirusowe zapalenie wątroby typu A powoduje wirus HAV, infekujący wątrobę. Łatwo się nim zakazić podczas kontaktów seksualnych, a także poprzez spożycie skażonej żywności i wody. Prawie wszystkie osoby, które przeszły WZW A, w pełni powracają do zdrowia.

OBJAWY

Objawy WZW A mogą mieć różne nasilenie. U niektórych osób są one tak łagodne, że osoba przechodząca tę infekcję może nie zdawać sobie z nich sprawy. Najczęściej w okresie do sześciu tygodni od zakażenia HAV występują:

- ✔ łagodne objawy grypopodobne,
- ✔ biegunka,
- ✔ nudności,
- ✔ skrajne zmęczenie,
- ✔ świąd skóry,
- ✔ bóle brzucha,
- ✔ tzw. żółtaczka, w której przebiegu skóra i białka oczu żółkną, mocz staje się ciemny, a kał ma blady kolor.

Te objawy mogą się utrzymywać przez kilka tygodni, jednak pełny powrót do zdrowia może trwać nawet kilka miesięcy.

DROGI ZAKAŻENIA

Osoba z wirusowym zapaleniem wątroby typu A jest najbardziej zakaźna dla innych ludzi na mniej więcej dwa tygodnie przed wystąpieniem pierwszych objawów.

Wirus znajduje się przede wszystkim w kale, który – przeniesiony na ręce – może się dostać do żywności (np. na skutek niedostatecznej higieny rąk, zanieczyszczenia wody pitnej lub wykorzystywania kału jako nawozu dla roślin). Do zakażenia dochodzi, kiedy wirus dostanie się do ust człowieka. Poza wymienionymi przypadkami może się tak stać także podczas kontaktu seksualnego, kiedy niewielkie (nawet niewidoczne gołym okiem) ilości kału zostaną przeniesione do ust – bezpośrednio lub za pomocą dłoni.

Dlatego też technikami seksualnymi, które mogą prowadzić do zakażenia, są: kontakty oralno-analne (tzw. *rimming*), kontakty analne polegające na umieszczeniu palców lub dłoni w odbycie innej osoby (tzw. *fisting*), a także penetracyjne kontakty analne i korzystanie ze wspólnych zabawek erotycznych – niewielkie ilości wirusa z penisa lub z przedmiotu mogą zostać przeniesione na dłonie, a za ich pomocą – do ust.

Skuteczną metodą ochrony przed zakażeniem HAV jest szczepienie. Jest ono szczególnie zalecane osobom, które:

- ✔ miały bliski kontakt z osobą zakażoną,
- ✔ podejmują kontakty seksualne z MSM,
- ✔ używają narkotyków w iniekcjach,
- ✔ podróżują do krajów endemicznych (krajów, w których często występują zakażenia HAV).

Szczepienie na HAV jest w Polsce odpłatne, a zlecić może je każdy lekarz. Szczepionka, dzięki której wytworzyła się odporność, chroni przez co najmniej 10 lat.

Innymi metodami zapobiegania zakażeniu HAV – chociaż mającymi niższą skuteczność niż szczepionka – są:

- ✔ unikanie kontaktów seksualnych, które mogą prowadzić do kontaktu z kałem partnerki lub partnera,
- ✔ używanie prezerwatyw podczas kontaktów analnych,
- ✔ dbanie o higienę rąk po dotykaniu odbytu innej osoby, użyciu prezerwatywy lub dotykaniu zabawek erotycznych używanych przez inną osobę,
- ✔ używanie bariery lateksowej (np. rozciętej prezerwatywy) podczas *rimmingu* i używanie lateksowych rękawiczek podczas *fistingu*.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Diagnostyką i leczeniem HAV zajmują się w Polsce lekarze chorób zakaźnych. Do stwierdzenia zakażenia konieczne jest wykonanie badania krwi.

W trakcie przebiegu zapalenia wątroby typu A, do czasu ustąpienia objawów grypopodobnych, zalecany jest przede wszystkim odpoczynek.

W okresie ostrego przebiegu WZW A zaleca się także nieużywanie paracetamolu i powstrzymanie się od używania alkoholu i narkotyków, gdyż mogą one dodatkowo podrażniać wątrobę.

Osoba, która raz przebyła wirusowe zapalenie wątroby typu A, uzyskuje odporność przeciw HAV na całe życie i dlatego nie może u niej dojść do ponownego zakażenia. Nie wyklucza to natomiast zakażenia innymi typami wirusów powodujących zapalenie wątroby.

WZW A A HIV

Zakażenie HIV nie wpływa na schemat leczenia WZW A, chociaż u osób z niskim poziomem odporności (niską liczbą limfocytów CD4), przebieg choroby może być cięższy, a ustąpienie objawów może potrwać dłużej niż u większości osób. Ponadto osoby żyjące z HIV mogą w przebiegu WZW A doświadczać nudności i wymiotów, przez co trudniejsze bywa przyjmowanie leków antyretrowirusowych zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

Zakażenie HAV nie wpływa na zwiększenie prawdopodobieństwa zakażenia HIV.

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B (WZW B)

Wirusowe zapalenie wątroby typu B (lub WZW B) to forma zapalenia wątroby wywołana przez infekującego ją wirusa HBV. Można się nim zakazić podczas kontaktów seksualnych, a także poprzez współdzielenie sprzętu do iniekcji narkotyków. Większość osób, u których wystąpią objawy chorobowe powodowane przez HBV, w pełni wyzdrowieje, jednak u części ludzi przebieg zakażenia może być cięższy.

OBJAWY

Wiele osób zakażonych wirusem zapaleniem wątroby typu B nie zauważa żadnych objawów lub te objawy są tak łagodne, że łatwo je przeoczyć. Jednak po kilku tygodniach lub miesiącach od zakażenia mogą pojawić się niespecyficzne objawy, takie jak:

- ✔ utrata apetytu,
- ✔ nudności lub wymioty,
- ✔ skrajne zmęczenie,
- ✔ podniesiona temperatura ciała (gorączka),
- ✔ bóle brzucha,
- ✔ tzw. żółtaczka, w której przebiegu skóra i białka oczu żółkną, mocz staje się ciemny, a kał ma blady kolor.

Objawy mogą się utrzymywać przez kilka tygodni, a powrót do pełnego zdrowia może zająć wiele miesięcy.

Większość osób, u których doszło do zakażenia HBV, powraca do pełnego zdrowia, jednakże u około 1 na 20 z nich choroba przechodzi w stan przewlekły (długotrwały). Zwykle, chociaż czują się one dobrze, mogą być zakaźne dla innych osób, przy jednocześnie niewielkim ryzyku rozwoju chorób wątroby. U około 1 na 100 osób z WZW B zakażenie – jeżeli nie jest leczone – powoduje poważne uszkodzenia wątroby i może prowadzić do śmierci.

DROGI ZAKAŻENIA

Wirus WZW B znajduje się w płynach ustrojowych, takich jak:

- ✔ krew,
- ✔ nasienie,
- ✔ płyn przedejakulacyjny (płyn pojawiający się na czubku penisa podczas podniecenia),
- ✔ wydzielina z pochwy.

Do zakażenia HBV może dojść poprzez:

- ✔ kontakty oralne, waginalne lub analne bez prezerwatywy,
- ✔ wspólne korzystanie z zabawek erotycznych,
- ✔ dzielenie się sprzętem do używania narkotyków w formie iniekcji, takim jak igły, strzykawki, kuchenki służące do podgrzania mieszaniny oraz pojemniki, w których przechowywana jest mieszanina przeznaczona do wstrzykiwania i w których może znajdować się zakażona krew,
- ✔ kontakt noworodka z kanałem rodnym kobiety zakażonej HBV.

Wirus powodujący WZW B może się także znajdować w ślinie, jednak nie istnieją udokumentowane przypadki transmisji zakażenia tą drogą. Przeniesienie wirusa przez ugryzienia są rzadkie.

Najlepszą metodą zapobiegania zakażeniu jest unikanie dzielenia się maszynkami do golenia, szczoteczkami do zębów, nożyczkami do paznokci, maszynkami do strzyżenia włosów i pęsetami, na których mogą znajdować się ślady krwi (nawet niewidoczne gołym okiem). Dotyczy to także zaschniętej krwi, ponieważ **HBV może przetrwać poza organizmem nawet przez tydzień**.

Również **szczepienie jest skuteczną metodą zabezpieczenia przed zakażeniem HBV**. Jest ono szczególnie zalecane osobom najbardziej narażonym na HBV, a więc takim, które:

- ✔ mają bliski kontakt z osobą zakażoną,
- ✔ mają kontakty seksualne z mężczyznami podejmującymi kontakty seksualne z innymi mężczyznami (MSM),

- ✔ używają narkotyków iniekcyjnie,
- ✔ podróżują do krajów endemicznych (krajów, w których często występuje zakażenie HBV).

Dostępna jest szczepionka chroniąca przed wirusem powodującym WZW B[31] (szczepienia zostały wprowadzone do kalendarza szczepień obowiązkowych w 1996 r.), a także – szczepionka skojarzona, działająca jednocześnie przeciwko HAV i HBV. Jest ona w Polsce odpłatna, a zlecenie na wykonanie szczepienia może wystawić każdy lekarz. Szczepionka przeciwko WZW B zapewnia ochronę przez pięć lat od jej podania. Po tym czasie zalecane jest przeprowadzenie szczepienia przypominającego. W ostatnim czasie pojawiły się wyniki badań wskazujące, że nawet po upływie długiego czasu od ostatniego szczepienia i od towarzyszącego mu znacznego spadku poziomu przeciwciał anty-HBV organizm może – w sytuacji narażenia na zakażenie HBV – skutecznie zapobiec tej infekcji: dzięki mechanizmowi długotrwałej pamięci immunologicznej.

Istnieją także metody umożliwiające zmniejszenie prawdopodobieństwa zakażenia HBV, mimo że nie zapewniają one tak skutecznej ochrony jak szczepienie. Należą do nich:

- ✔ używanie prezerwatyw podczas kontaktów waginalnych i analnych,
- ✔ unikanie korzystania z zabawek erotycznych używanych przez inne osoby przed dokładnym wyczyszczeniem tych przedmiotów.

Aby uniknąć zakażenia, osoby, które nie zostały zaszczepione przeciw WZW B, a były narażone na kontakt z wirusem, mogą przyjąć immunoglobulinę przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (HBIG). Dla uzyskania najlepszej ochrony zalecane jest przyjęcie tej immunoglobuliny w ciągu 48 godzin od ekspozycji na wirusa. W tym celu należy zgłosić się do lekarza chorób zakaźnych albo na izbę przyjęć szpitala czy oddziału zakaźnego.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Osoby podejrzewające u siebie zachorowanie na WZW B powinny zgłosić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Po wstępnym potwierdzeniu zakażenia lekarz POZ kieruje do lekarza chorób zakaźnych, który prowadzi szczegółową diagnostykę oraz proponuje odpowiednie leczenie. W tym celu przeprowadza się badania krwi.

Do czasu otrzymania wyniku, a następnie – w razie jego potwierdzenia, w okresie utrzymywania się zakaźności zaleca się unikanie kontaktów seksualnych.

W większości przypadków ostre WZW B nie wymaga leczenia. Powrót do zdrowia może zająć od kilku do nawet kilkunastu miesięcy, a w jego początkowym okresie istotny jest odpoczynek i zwolnienie z pracy.

Osobom, u których podejrzewa się zakażenie HBV lub które są w fazie ostrego przebiegu zakażenia, rekomenduje się:

- ✔ unikanie używania alkoholu i narkotyków, gdyż mogą one dodatkowo podrażniać wątrobę,
- ✔ unikanie palenia tytoniu, ponieważ może ono powodować dodatkowe problemy zdrowotne,
- ✔ stosowanie zdrowej, zbilansowanej diety, umożliwiającej regenerację wątroby.

Osoby z ciężkim przebiegiem WZW B mogą być poddane leczeniu powodującemu spowolnienie namnażania się (replikacji) wirusa. Jednakże w większości przypadków nie uda się dzięki niemu usu-

31. Więcej informacji: https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/wzw-b/ [dostęp: 8.08.2025].

nąć wirusa z organizmu. Niewielka liczba osób zakażonych HBV zapada na choroby wątroby, a tylko część z nich – na nowotwory wątroby. W takich sytuacjach konieczny może być przeszczep wątroby.

Jeżeli dojdzie do usunięcia HBV z organizmu, człowiek uzyskuje odporność przeciw temu wirusowi na całe życie, dzięki czemu ponowne zakażenie nie będzie możliwe. Nie wyklucza to natomiast zakażenia innymi typami wirusów powodujących zapalenie wątroby.

WZW B A HIV

Zakażenie HIV nie ma wpływu na schemat leczenia WZW B. Jednak w przypadku obniżonej odporności powrót do zdrowia może potrwać dłużej. W przypadku współzakażenia HIV i HBV może dojść do szybszej progresji WZW B do raka wątroby. Dlatego w takiej sytuacji ważne jest jak najszybsze rozpoczęcie leczenia. U osób żyjących z HIV, mających obniżoną odporność, może wystąpić słabsza odpowiedź na szczepionkę przeciw WZW B. Zaleca się wtedy, po szczepieniu, sprawdzenie poziomu wytworzonych przeciwciał anty-HBs. Niektóre leki przeciw HIV skutecznie leczą także zakażenie HBV, inne – niestety – mogą wchodzić w niepożądane interakcje z lekami stosowanymi w leczeniu WZW B. Dlatego lekarz powinien wiedzieć o zakażeniu HIV pacjenta, dzięki czemu będzie mógł dobrać odpowiednie leczenie.

Zakażenie HBV nie wiąże się z większym narażeniem na transmisję HIV.

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C (WZW C)

WZW C to najczęściej występujący rodzaj wirusowego zapalenia wątroby. Jest ono wywoływane przez wirus HCV, który znajduje się we krwi. Z tego powodu najczęściej do zakażenia dochodzi w przypadku wniknięcia krwi zakażonej osoby do krwiobiegu innego człowieka, np. podczas korzystania ze wspólnego sprzętu do używania narkotyków lub z nieprawidłowo wyczyszczonych narzędzi chirurgicznych. HCV może także – chociaż jest to mniej prawdopodobne – rozprzestrzeniać się podczas stosunku seksualnego.

Nieleczone WZW C może powodować choroby wątroby prowadzące do śmierci. Choć nie istnieje szczepionka przeciw HCV, od pewnego czasu dostępne jest skuteczne leczenie, umożliwiające usunięcie wirusa z organizmu.

Sześć pierwszych miesięcy od zakażenia WZW C określa się mianem **fazy ostrej**. W tym okresie około 20–25% ludzi pozbywa się go z organizmu samoistnie. U pozostałych osób, po pierwszym okresie, infekcja przechodzi w **fazę przewlekłą**, podczas której mogą one być zakaźne dla innych.

OBJAWY

Większość osób w okresie po zakażeniu HCV nie ma żadnych objawów. Mogą one pojawić się po wielu latach, a ponieważ nie są swoiste, wyjaśnienie ich przyczyn może nastręczać trudności.

Te objawy mogą obejmować:
- ✔ łagodne objawy grypopodobne,
- ✔ nudności,
- ✔ skrajne zmęczenie,
- ✔ świąd skóry,
- ✔ bóle brzucha,
- ✔ tzw. żółtaczkę, w której przebiegu skóra i białka oczu żółkną, mocz staje się ciemny, a kał ma blady kolor,
- ✔ dezorientację psychiczną (często nazywaną „mgłą mózgową”) i depresję.

DROGI ZAKAŻENIA

HCV znajduje się we krwi. Do transmisji dochodzi, gdy zakażona krew dostanie się do krwiobiegu innej osoby. Uważa się za mało prawdopodobne (ale nie – za niemożliwe), że źródłem zakażenia może być także nasienie (sperma).

Większość osób zakaża się HCV poprzez wspólne korzystanie ze sprzętu do iniekcji narkotyków, takiego jak: igły, strzykawki, kubki na wodę, opaski uciskowe, łyżki, filtry, waciki oraz pojemniki, w których przechowywana jest mieszanina przeznaczona do iniekcji. Źródłem zakażenia mogą być także słomki i banknoty używane do wciągania narkotyków oraz fajki przeznaczone do ich palenia. Wynika to przede wszystkim z faktu, że **do zakażenia może dojść poprzez kontakt z niewielką ilością krwi, niewidoczną gołym okiem**.

W Polsce i w krajach Unii Europejskiej obowiązują restrykcyjne przepisy dotyczące funkcjonowania salonów tatuażu i piercingu. Z tego też powodu zakażenie HCV w tych miejscach jest mało prawdopodobne. Nie można jednak wykluczyć go w innych krajach, w których przepisy nie regulują tak szczegółowo tego zagadnienia lub też nie są przestrzegane. Źródłem zakażenia w krajach z nieprawidłową kontrolą zakażeń mogą być potencjalnie także placówki ochrony zdrowia, np. kliniki chirurgiczne i dentystyczne, korzystające z nieodpowiednio sterylizowanego sprzętu.

Do transmisji HCV może także dojść podczas współdzielenia z osobą zakażoną przyborów toaletowych, takich jak cążki, nożyczki, maszynki do golenia czy szczotki do zębów.

Zakażona matka może przenieść zakażenie w trakcie ciąży i porodu na płód.

HCV może – chociaż jest to mało prawdopodobne – przenosić się także w trakcie waginalnego lub analnego stosunku seksualnego, podczas którego dojdzie do nawet niewielkiego krwawienia.

Sposobem na ograniczenie potencjalnej ekspozycji na HCV w trakcie kontaktów seksualnych jest używanie prezerwatyw oraz rękawiczek w przypadku umieszczania palców lub dłoni w odbycie innej osoby. Ponieważ zakażenie może powodować nawet niewielka ilość krwi, w przypadku kontaktów seksualnych z więcej niż jedną osobą, zaleca się wyczyszczenie używanych zabawek erotycznych mydłem antybakteryjnym pod ciepłą wodą. Dotyczy to także przedmiotów służących do wykonywania lewatywy, jak również wszelkich powierzchni, na których mogła znaleźć się krew.

Nie istnieje szczepionka przeciw WZW C, chociaż możliwe jest zaszczepienie się przeciwko WZW A i B. Osobom, u których stwierdzono obecność HCV, zaleca się szczepienie przeciwko typom WZW A i B. Umożliwia to uniknięcie koinfekcji i ochronę wątroby przed jej dalszym uszkodzeniem.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Osoby podejrzewające u siebie zachorowanie na WZW C powinny zgłosić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku wstępnego potwierdzenia zakażenia taka osoba zostanie skierowana do poradni chorób zakaźnych, gdzie przeprowadza się szczegółową diagnostykę (w tym – badanie krwi) i proponuje odpowiednie leczenie.

Wykrycie zakażenia HCV jest możliwe najwcześniej w okresie od trzech do sześciu miesięcy po zakażeniu, kiedy we krwi znajduje się dostateczna liczba przeciwciał. U osób żyjących z HIV, które mają obniżoną odporność, ilość przeciwciał może być na tyle niska, że jedyną metodą umożliwiającą wykrycie zakażenia stanie się wykonanie testu wykrywającego obecność RNA wirusa we krwi.

Leczenie WZW C jest w Polsce bezpłatne. Polega ono na przyjmowaniu tabletek przez mniej więcej 12 tygodni. Skuteczność bezpośrednio działających leków przeciwwirusowych (DAA), stosowanych w tym celu, wynosi około 90–95%. W razie niepowodzenia możliwe jest także zastosowanie innych rodzajów terapii, które jednak mogą powodować więcej skutków ubocznych.

Aby umożliwić wątrobie regenerację, osoby z WZW C powinny:
✔ unikać alkoholu i narkotyków,
✔ ograniczyć palenie tytoniu lub go unikać,
✔ stosować zdrową, zbilansowaną dietę.

Osoby, które chorowały na WZW C i u których usunięto HCV z organizmu, nie nabywają odporności – mogą zakazić się patogenem ponownie. Są także (tak jak pozostali) narażone zarówno na inne rodzaje zapalenia wątroby powodowane przez wirusy, jak i na inne czynniki, związane np. z nadmiernym spożywaniem alkoholu.

Nieleczone WZW C może prowadzić do bliznowacenia wątroby, prowadzącego do jej uszkodzenia (marskości). U niewielkiej liczby osób marskość wątroby może prowadzić do jej niewydolności – wówczas konieczny staje się przeszczep. U niewielkiego odsetka osób z marskością wątroby rozwija się nowotwór wątroby.

WZW C A HIV

Zakażenie HIV nie ma wpływu na schemat leczenia WZW C. Jednak w razie obniżonej odporności powrót do zdrowia może potrwać dłużej. W przypadku współzakażenia HIV i HCV może dojść do szybszej progresji zapalenia wątroby typu C, prowadzącej do nowotworu wątroby. Dlatego w takiej sytuacji ważne staje się jak najszybsze rozpoczęcie leczenia. Niektóre leki na HIV mogą wchodzić w niepożądane interakcje z lekami stosowanymi w leczeniu WZW C. Dlatego leczenie powinien prowadzić specjalista z doświadczeniem w leczeniu obu tych zakażeń.

Zakażenie HCV nie wiąże się z większym narażeniem na transmisję HIV.

1.8.11. Wszawica łonowa

Wszy łonowe to powszechnie występujące pasożyty zewnętrzne, tj. organizmy przebywające na zewnątrz ciała człowieka. Są one małymi owadami, przypominającymi kształtem kraba. Dojrzałe osobniki osiągają wielkość główki szpilki. Najczęściej występują na owłosionej skórze nóg i klatki piersiowej, pod pachami, a także w owłosieniu łonowym oraz u mężczyzn – na zaroście. Innym rodzajem tego pasożyta są wszy głowowe, występujące na owłosionej skórze głowy. Wszy żywią się ludzką krwią, ale nie mogą przenosić HIV. Ich obecność zwykle powoduje swędzenie, zwłaszcza w nocy. Preparat na wszy łonowe (działają na nie także preparaty na wszy głowowe) można kupić w aptece bez recepty.

OBJAWY

U części osób mających wszy łonowe nie powodują one – zwłaszcza wkrótce po transmisji – żadnych objawów. Jednakże zazwyczaj po kilku tygodniach od ich pojawienia się występują następujące objawy:
✔ swędzenie w miejscach rezydowania pasożyta, które może być intensywne i zwykle nasila się w nocy,
✔ podrażnienie skóry, zwykle spowodowane drapaniem się,

✔ plamki krwi na skórze w miejscu ugryzienia przez wszy,
✔ występowanie na bieliźnie czarnego proszku, przypominającego puder, stanowiącego odchody wszy.

Na włosach (lub u ich nasady), znajdujących się na zainfekowanych częściach ciała, można zobaczyć gołym okiem dorosłe wszy i ich jaja (gnidy), mające postać niewielkich, brązowych kropek.

DROGI ZAKAŻENIA

Wszy łonowe poruszają się, pełzając między włosami. Nie mają zdolności latania i skakania. Najczęstszą drogą transmisji jest kontakt ze skórą osoby mającej wszy łonowe, np. podczas przytulania się. Wszy łonowe mogą także znajdować na ręcznikach, na ubraniach, na deskach sedesowych i na pościeli, a te przedmioty mogą – chociaż jest to mniej prawdopodobne – stać się także źródłem zakażenia. Aby przetrwać, wszy potrzebują ludzkiej krwi, dlatego też opuszczają ludzkie ciało tylko w celu przeniesienia się z jednej osoby na drugą.

Stosowanie prezerwatyw i innych form antykoncepcji nie chroni przed wszawicą łonową.

Najskuteczniejszą metodą zapobiegania wszawicy łonowej oraz postępowania w przypadku zakażenia (poza leczeniem) jest wypranie pościeli, ręczników i ubrań w gorącej wodzie (powyżej 60°C), która zabija wszy i ich jaja.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

W razie zakażenia wszawicą łonową (z wyjątkiem obecności wszy na rzęsach, która wymaga wizyty w poradni okulistycznej) nie jest konieczna konsultacja lekarska. Rekomendowanym leczeniem jest zastosowanie w warunkach domowych preparatu owadobójczego w postaci balsamu lub szamponu – dostępnego w aptekach. Na wszy łonowe działają także preparaty przeznaczone do leczenia wszawicy głowowej.

W większości przypadków leczenie opisanymi preparatami stosuje się na częściach ciała zainfekowanych przez wszy, a także na wszystkich innych owłosionych obszarach ciała. Zaleca się powtórzenie zabiegu po upływie kilku dni. Usunięcie owłosienia (golenie) ciała nie jest skuteczne w pozbyciu się wszy.

WSZAWICA ŁONOWA A HIV

Zakażenie HIV nie wpływa na schemat leczenia wszawicy, na jego skuteczność ani na czas trwania. Osoby mające wszy łonowe nie są bardziej narażone na zakażenie HIV niż pozostałe osoby.

1.8.12. Świerzb

Świerzb jest wywoływany przez pasożytnicze roztocza (świerzbowce ludzkie). Owady najczęściej przenoszą się podczas kontaktu skóry ze skórą zakażonej osoby. Świerzbowce mogą żyć poza ciałem człowieka przez 72 godziny, dlatego do transmisji może dojść także przez kontakt z odzieżą, z pościelą czy z ręcznikami, których wcześniej używała osoba chora. Dorosłe osobniki świerzbowca – mające rozmiar mniejszy niż główka szpilki – zagrzebują się pod skórą i tam składają jaja. Miejscami, w których najczęściej występuje świerzbowiec, są: narządy płciowe, dłonie, przestrzenie między palcami, nadgarstki, łokcie, obszary pod ramionami, brzuch, stopy i kostki oraz okolice pośladków.

OBJAWY

Objawy świerzbu mogą wystąpić w okresie do sześciu tygodni od zarażenia. Świerzb powoduje intensywne swędzenie, które często nasila się w nocy lub po ciepłym prysznicu. Może również wystąpić czerwona, swędząca wysypka lub małe czerwone plamki. Drapanie zarażonej skóry może skutkować stanem zapalnym lub pękaniem naskórka.

Świerzbowce są bardzo małe i niemożliwe do zobaczenia gołym okiem. Ich aktywność związana z zagrzebywaniem się w skórze może powodować występowanie na jej powierzchni drobnych linii o srebrzystym zabarwieniu, dostrzegalnych gołym okiem.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Świerzb jest diagnozowany poprzez dokładne badanie kliniczne skóry. Może ono zostać przeprowadzone przez lekarza rodzinnego lub w klinice dermatologicznej. Często towarzyszy mu pobranie małego wycinka skóry i obejrzenie go pod mikroskopem, w celu sprawdzenia występowania pasożyta.

Świerzb leczy się kremami, balsamami lub szamponami przeznaczonymi do jego eliminacji, dostępnymi bez recepty. Z reguły smaruje się nimi ciało wieczorem i pozostawia preparat na noc.

Leczeniem powinny zostać objęte wszystkie osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie domowym lub osoby, które mogły ulec zakażeniu poprzez przedłużony kontakt z zakażoną skórą (np. partnerki seksualne lub partnerzy seksualni).

Swędzenie skóry może utrzymywać się do czterech tygodni od przeprowadzenia leczenia. W poradzeniu sobie z tym objawem pomocne mogą być tabletki lub kremy przeciwhistaminowe.

Poza leczeniem zaleca się upranie w temperaturze minimum 50°C wszystkich ubrań, bielizny pościelowej i ręczników, z którymi mogła mieć kontakt zarażona osoba. Rzeczy, których nie można uprać w wysokiej temperaturze (np. skórzane kurtki), należy umieścić w plastikowych workach i pozostawić na 4 dni. Przedmioty, które miały długotrwały, bezpośredni kontakt ze skórą zarażonej osoby, należy wyczyścić, np. odkurzyć sofę lub materac, jeżeli były używane bez prześcieradła.

ŚWIERZB I HIV

Zakażenie HIV nie wpływa na schemat leczenia świerzbu, na jego skuteczność ani na czas trwania. Osoby mające objawy tej choroby pasożytniczej mogą być bardziej narażone na HIV niż osoby zdrowe. Dzieje się tak, ponieważ uszkodzenia skóry, do których może dochodzić wskutek drapania swędzących miejsc, mogą ułatwić przedostanie się HIV do organizmu.

1.9. ZAPOBIEGANIE NOWYM ZAKAŻENIOM

1.9.1. Strategie profilaktyczne

WPROWADZENIE DO ZAGADNIENIA PROFILAKTYKI HIV

Profilaktyka to termin pochodzący z języka greckiego, w którym słowo *prophylaktikós* oznacza ‘zapobiegawczy’. Profilaktykę można zdefiniować jako **zespół działań i środków stosowanych w celu zapobiegania występowaniu zjawisk niepożądanych i negatywnych w przyrodzie, w tym**

– w życiu ludzkim: jednostkowym bądź społecznym[32]. Historycznie dotyczyły one przede wszystkim zdrowia psychicznego i używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych i sytuowały się na trzech poziomach. Profilaktyka pierwszorzędowa była kierowana do ogółu populacji, drugorzędowa – do osób szczególnie zagrożonych, natomiast trzeciorzędowa dotyczyła działań rehabilitacyjnych i terapeutycznych. Tradycyjny podział poziomów profilaktyki wprowadziła w 1957 roku Komisja ds. Chronicznych Chorób, a następnie zatwierdziła go Światowa Organizacja Zdrowia. Jednak z powodu mało precyzyjnej granicy między profilaktyką, promocją zdrowia a leczeniem uzależnień i innych zaburzeń psychicznych, w 1994 roku Institute of Medicine zaproponował nową typologię: **podział na profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą** (Ostaszewski, 2010). W 2003 roku The Center for Substance Abuse Prevention (Centrum Profilaktyki Uzależnień) wprowadziło ten podział jako obowiązujący na terenie USA. Od 2005 roku jest on upowszechniany w krajach Unii Europejskiej.

Profilaktyka HIV to wszelkie działania społeczności międzynarodowej, państwa, instytucji, organizacji pozarządowych, grup formalnych i nieformalnych oraz osób prywatnych mające na celu zapobieganie nowym zakażeniom HIV oraz kształtowanie postaw akceptacji, szacunku i tolerancji wobec osób żyjących z HIV, ich rodzin i bliskich (Walendzik-Ostrowska, Dec, 2012). Tematyka zakażeń HIV, chociaż bezpośrednio dotyczy zdrowia somatycznego, ma również znaczenie dla zdrowia psychicznego. Dlatego profilaktykę w tym zakresie można także rozpatrywać na trzech poziomach wspomnianych wyżej.

Profilaktyka uniwersalna to szeroki wachlarz różnorodnych działań: edukacja na temat HIV i AIDS w różnych środowiskach, w tym – edukacja na temat życia z HIV, kształtowanie postaw społecznych, zachęcanie młodych ludzi do opóźniania decyzji o rozpoczynaniu życia seksualnego i do nieużywania narkotyków, promowanie zachowań służących zdrowiu, wspieranie rozwoju młodych osób, promowanie związków opartych na szczerej i otwartej komunikacji między partnerami. Jako szczególnie ważne jawi się ostatnie zadanie. Jednocześnie jest ono najtrudniejszym elementem tego poziomu profilaktyki, ponieważ wymaga spójnego i konsekwentnego systemu wychowania, w którym znajdzie się miejsce dla kształtowania takich cech i umiejętności, jak: poczucie własnej wartości, zdolność do komunikowania swoich potrzeb i oczekiwań, umiejętność dbania o siebie i swoje zdrowie, gotowość oraz umiejętność poruszania tematów, które mogą być trudne, np. przeszłość seksualna osób będących w relacji i jej ewentualne konsekwencje dla ich zdrowia.

Profilaktyka selektywna dotyczy wszystkich osób podejmujących zachowania mogące potencjalnie prowadzić do zakażenia HIV (aktywnych seksualnie, używających narkotyków). Działania w tym obszarze to zachęcanie ludzi do redukowania zachowań seksualnych związanych z wysokim prawdopodobieństwem zakażenia HIV: ograniczanie liczby partnerów seksualnych, stosowanie zasad bezpiecznego czy też bezpieczniejszego seksu, bezpieczniejszych iniekcji. Ważnym elementem tego poziomu profilaktyki jest motywowanie do wykonywania badań w kierunku HIV oraz zapewnienie poradnictwa okołotestowego (przed testem i po nim).

Profilaktyka wskazująca jest nakierowana na wszystkie osoby żyjące z HIV, na ich partnerów seksualnych, rodziny oraz bliskich. Działania w tym obszarze to poradnictwo i wsparcie w radzeniu sobie z diagnozą i z życiem po niej (Walendzik-Ostrowska, Dec, 2012).

Działania profilaktyczne można realizować z wykorzystaniem różnorodnych strategii. Wśród nich wyróżnia się strategie wiodące oraz uzupełniające.

32. https://encyklopedia.pwn.pl/encyklopedia/profilaktyka.html [dostęp: 11.08.2024].

Strategie wiodące opierają się na sprawdzonych koncepcjach teoretycznych, wyjaśniających mechanizmy rozwoju zaburzeń i zachowań problemowych. Mają one udokumentowane skuteczne działanie w zapobieganiu zachowaniom powodującym narażenie na zakażenie HIV. Zalicza się do nich:
- ✔ rozwijanie umiejętności życiowych (strategia edukacyjna),
- ✔ edukację normatywną,
- ✔ wsparcie mentorów,
- ✔ strategię redukcji szkód.

Strategie edukacyjne mają pomóc w rozwijaniu ważnych umiejętności psychologicznych i społecznych: nawiązywania kontaktów z ludźmi, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów, opierania się naciskom ze strony otoczenia itp. Opierają się na teorii zachowań problemowych według Richarda Jessora i Shirley Jessor.

Edukacja normatywna polega na kształtowaniu i wzmacnianiu norm przeciwnych zachowaniom problemowym (takim jak używanie substancji psychoaktywnych, wczesna inicjacja seksualna czy angażowanie się w zachowania przemocowe). Celem programów opartych na strategii edukacji normatywnej jest korygowanie błędnych przekonań normatywnych (np. przekonania, że większość nastolatków jest aktywna seksualnie) i osłabianie odczuwanej presji społecznej (np. przekonania, że skoro wszystkie nastolatki uprawiają seks, ja też powinienem/powinnam to zrobić).

Mentorzy to – przykładowo – wychowawcy czy trenerzy, którzy dostarczają pożądanych przykładów zachowań, wspierają w rozwiązywaniu problemów i są źródłem pozytywnych przekazów budujących samoocenę nastolatka czy nastolatki.

Ostatnia z wymienionych strategii wiodących to **strategia redukcji szkód**. Zajmuje ona szczególne miejsce na mapie działań profilaktycznych ukierunkowanych na profilaktykę zakażeń HIV. Tę strategię omówiono szerzej na końcu tego podrozdziału.

Strategie uzupełniające wzmacniają działanie strategii wiodących, ale nie ma jednoznacznych dowodów na ich skuteczność. Wymienia się wśród nich:
- ✔ przekazywanie informacji (strategia informacyjna),
- ✔ angażowanie liderów młodzieżowych (ang. *peer education*),
- ✔ programy alternatyw,
- ✔ wzmacnianie odporności na wpływy społeczne.

Strategie informacyjne polegają na dostarczeniu adekwatnych informacji na temat skutków zachowań mogących prowadzić do wystąpienia niekorzystnych następstw dla zdrowia. U podstaw tych strategii leżało przekonanie, że ludzie, zwłaszcza młodzi, podejmują takie zachowania, ponieważ zbyt mało wiedzą o ich mechanizmach i o następstwach. Dostarczenie informacji o skutkach palenia tytoniu, picia alkoholu, używania substancji psychoaktywnych czy aktywności seksualnej ma spowodować zmianę postaw, a w rezultacie – wpłynąć na zmianę zachowań. Jednak zmiany ludzkich zachowań są bardziej skomplikowane i nie zachodzą tylko pod wpływem modyfikacji wiedzy.

Angażowanie liderów rówieśniczych polega na wykorzystaniu wpływu znaczących postaci dla modelowania właściwych postaw i zachowań.

Strategie działań alternatywnych mają na celu pomoc w zaspokojeniu ważnych potrzeb (np. sukcesu, przynależności) oraz osiąganie satysfakcji życiowej przez stwarzanie możliwości zaangażowania się w działalność pozytywną (artystyczną, społeczną, sportową itp.). U ich podstaw leży

założenie, że wiele osób nie ma możliwości zrealizowania swojej potrzeby aktywności, podniesienia samooceny poprzez osiąganie sukcesów czy też rozwijania zainteresowań. Dotyczy to zwłaszcza dzieci i młodzieży zaniedbanej wychowawczo.

Ostatnia z wymienionych strategii polega na **wzmacnianiu odporności na wpływy społeczne**, a w odniesieniu do nastolatków chodzi przede wszystkim o presję grupy rówieśniczej. W programach opartych na tej strategii, poza treningiem asertywności, uczy się rozpoznawania technik marketingowych wykorzystywanych w przekazach reklamowych dotyczących alkoholu i papierosów czy kształtowania umiejętności krytycznego odbioru informacji (Ostaszewski, 2010).

ELIMINACJA RYZYKA I REDUKCJA RYZYKA

Osoby realizujące różnorodne działania profilaktyczne ukierunkowane na zachowanie zdrowia fizycznego, takie jak dotyczące zapobiegania zakażeniom HIV, używaniu substancji psychoaktywnych, a nawet otyłości czy nadciśnieniu tętniczemu stają często przed dylematem: jaką strategię przyjąć? Czy ukierunkować planowane oddziaływania na wyeliminowanie wszystkich czynników ryzyka poprzez dążeniec do zaniechania przez ludzi zachowań, które mogą skutkować poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi w przyszłości? Ten cel z perspektywy zdrowia publicznego wydaje się zasadny. Może on także (chociaż nie musi) odpowiadać oczekiwaniom jednostki. Czy jednak okazuje się realny do osiągnięcia? **Tę strategię, nazywaną eliminacją ryzyka, stosowano powszechnie jeszcze do lat 80. XX stulecia. w wielu inicjatywach związanych z edukacją zdrowotną. Także dziś niektóre działania w tym obszarze wykorzystują to podejście. Eliminację ryzyka definiuje się jako *ukierunkowanie podejmowanych działań edukacyjnych na wyeliminowanie wszelkich możliwych szkód i zachowań prowadzących do wystąpienia szkody.*** Przykładowo: w tym podejściu zakłada się, że w wyniku działań profilaktycznych nikt nie będzie spożywał alkoholu, a ludzie, którzy uzależnili się od tej substancji, przestaną jej używać i zachowają abstynencję. Z kolei w kontekście profilaktyki zakażeń HIV działania motywowane eliminacją ryzyka zakładałyby, że ludzie nie będą podejmować żadnych zachowań mogących prowadzić do zakażenia, np. będą utrzymywać abstynencję seksualną, mieć kontakty seksualne w ramach jednej, zamkniętej relacji seksualnej z osobą, która nie jest zakażona HIV, lub będą zawsze używać prezerwatyw podczas kontaktów seksualnych z osobami, których statusu HIV nie są pewne, a dodatkowo prezerwatywa nie ulegnie uszkodzeniu, będzie poprawnie użyta i dobrej jakości.

Jednak życie weryfikuje te założenia. Przykładowo: szacuje się, że w Polsce prawie 40% osób rozpoczynających terapię uzależnienia od alkoholu rezygnuje z leczenia w trakcie jej trwania, a wśród osób, które ją ukończyły, prawie 50% nie zachowuje abstynencji (Nowosad, 2014). Choć nie istnieją dane wskazujące, ile osób w Polsce nie używa prezerwatyw podczas kontaktów seksualnych z osobami, których statusu HIV same nie są pewne, doświadczenie życiowe uczy, że dzieje się tak w wielu przypadkach.

Oznacza to, że eliminacja szkód nie jest strategią możliwą do zastosowania przez wielu ludzi z wielu przyczyn – ich szczegółowe omówienie wykraczałoby poza zakres tej publikacji. W tej sytuacji nasuwa się pytanie – jakie mogą być w oddziaływaniach profilaktycznych następstwa przyjęcia strategii eliminacji ryzyka? Pierwszym z nich jest, oczywiście, nierealność osiągnięcia tak wyznaczonego celu, a tym samym – niemożność osiągnięcia założonych rezultatów, w tym – ich długofalowego wpływu na zachowanie dobrostanu zdrowotnego przez ludzi. Z wyznaczenia celu nieadekwatnego do możliwości osób, do których są kierowane działania profilaktyczne, bezpośrednio wynika dobranie niewłaściwych metod realizacji. Przykładem może być sytuacja, w której sposób realizacji działań (np. ukierunkowanie działań edukacyjnych na oczekiwanie, że ludzie będą zawsze używać prezerwatywy), nie odpowiada potrzebom grupy docelowej oddziaływań, więc nie mogą one być skuteczne. Dla wielu osób wyzna-

czanie sobie celów, które nie zgadzają się z ich przekonaniami i z potrzebami lub których nie mogą oni z różnych przyczyn osiągnąć, może skutkować oporem, wpływać na odczuwanie przez nich poczucia winy i wstydu, a także długofalowo prowadzić do obniżenia poczucia własnej skuteczności.

Powyższe rozważania nie oznaczają, że z wszystkich działań profilaktycznych należy wyeliminować podejście eliminacji ryzyka. Dla części osób może być ono dobrą strategią. Jednak nie znajdzie ono zastosowania w każdej sytuacji. Wydaje się, że zwłaszcza w działaniach wykorzystujących profilaktykę selektywną i wskazującą może ono zawieść, gdyż osoby objęte oddziaływaniami mogą mieć trudności z zastosowaniem tak restrykcyjnego podejścia. Podobnie w przypadku profilaktyki uniwersalnej, zależnie od wartości wyznawanych w danej grupie lub w populacji, od funkcjonowania społecznego, poznawczego i psychicznego osób do niej należących, niektóre zalecenia skoncentrowane na eliminacji wszelkich czynników ryzyka mogą zawieść. W tej sytuacji metodą pomocną i jednocześnie przynoszącą lepsze efekty jest **strategia redukcji ryzyka**.

Podejście redukcji ryzyka (ang. *harm reduction*) pierwotnie opracowano z myślą o tych osobach dorosłych używających szkodliwie substancji psychoaktywnych, które z różnych przyczyn nie mogły osiągnąć abstynencji. Okazało się ono skuteczne w zmniejszeniu częstości i nasilenia zaburzeń i chorób spowodowanych nadużywaniem substancji psychoaktywnych, a także w zredukowaniu śmiertelności z nimi związanej. Pod koniec XX wieku rozpoczęto stosowanie go także w edukacji seksualnej, również w celu ograniczenia liczby zakażeń HIV i innych STIs oraz związanych z nimi komplikacji dla zdrowia. Obecnie jest ono także z powodzeniem stosowane w programach ograniczania picia alkoholu. Znajomość różnych strategii redukcji szkód może się przełożyć na poprawę ich skuteczności, a także zwiększać ich efektywność w niektórych grupach, np. wśród nastolatków, osób aktywnych seksualnie i mających wielu partnerów/partnerek, wśród osób używających narkotyków czy osób z populacji szczególnie narażonych na zakażenie HIV (Leslie, 2008).

Redukcję szkód można opisać jako strategię skierowaną do jednostek lub grup, której celem jest zmniejszenie szkód związanych z określonymi zachowaniami (Wodak, 1999). Może ona zakładać zarazem ograniczenie potencjalnych ryzyk – np. złagodzenie szkód wynikających z określonych zachowań poprzez ich modyfikację, z wykorzystaniem strategii biobehawioralnych, zwłaszcza podejścia określanego jako profilaktyka kombinowana (ang. *combination prevention*), rekomendującego korzystanie z więcej niż jednej strategii redukującej szkody.

Ponieważ – jak zauważono – niektóre metody zapobiegania zakażeniom HIV nie okazują się skuteczne lub ich zastosowanie przez osoby należące do różnych populacji jest utrudnione, możliwe staje się zaproponowanie im innych strategii, które dopuszczają, a nawet akceptują, wystąpienie zagrożeń dla zdrowia i skupiają się na ograniczeniu ich częstości lub nasilenia potencjalnych negatywnych następstw. **Kluczowe rozwiązania, które proponuje się wykorzystywać w ramach strategii redukcji szkód dotyczących aktywności seksualnej, przedstawiono poniżej** (Murray i in., 2018; Dwyer i in., 2019). Należy zauważyć, że ich skuteczność rośnie wraz z wykorzystaniem większej liczby zaproponowanych elementów.

1. Metoda barierowa, tj. korzystanie z prezerwatyw, zarówno zewnętrznych (tzn. dla mężczyzn), jak i wewnętrznych (tzn. dla kobiet). Choć skuteczność prezerwatyw w zapobieganiu zakażeniom HIV i innym STIs jest bardzo wysoka, nie stanowią one pełnego zabezpieczenia przed wszystkimi drobnoustrojami. Zaleca się także używanie razem z prezerwatywami odpowiednich żelów nawilżających (lubrykantów) wykonanych na bazie substancji nieuszkadzających gumy (lateksu), takich jak woda i silikon.
2. Metody biomedyczne, tj. stosowanie preparatów służących ograniczeniu prawdopodobieństwa przeniesienia zakażenia – profilaktyka przedekspozycyjna (PrEP) – i profilaktyka poekspozycyjna (PEP), służąca zapobieżeniu rozwoju zakażenia HIV w razie dostania się wirusa do organizmu.

3. Wykonywanie testów w kierunku HIV i innych STIs (w punktach konsultacyjno-diagnostycznych – PKD, w placówkach ochrony zdrowia, a także testów do samodzielnego użycia, dostępnych w aptekach) – w sytuacji potencjalnego narażenia na zakażenie. Głównym celem jest jak najwcześniejsze wykrycie potencjalnego zakażenia i rozpoczęcie leczenia, zmniejszającego możliwość przeniesienia drobnoustroju na inne osoby.
4. Ograniczenie kontaktów seksualnych do tych form aktywności, które są związane z mniejszym narażeniem na zakażenie HIV (np. wyłącznie kontaktów oralnych) lub stosowanie zabezpieczeń w razie aktywności o największym potencjale transmisji HIV lub innych STIs (np. kontakty analne i kontakty waginalne).
5. Podejście seroadaptacyjne (ang. *seroadaptation)*, polegające na doborze partnerów/partnerek o tym samym statusie serologicznym, np. podejmowanie przez osobę niezakażoną HIV wyłącznie kontaktów seksualnych z innymi osobami niezakażonymi lub podejmowanie kontaktów seksualnych z osobami żyjącymi z HIV, pod warunkiem że przyjmują one leki ARV, a ich wiremia powoduje, że nie są one zakaźne dla innych.

Szczegółowe informacje o strategiach przedstawionych w pierwszych trzech punktach przedstawiono w rozdziale pierwszym podręcznika. Zaproponowane podejścia są w pełni skuteczne jedynie w sytuacji, kiedy wszystkie osoby zaangażowane w kontakt seksualny:

- ✔ zawsze wykonują test w kierunku HIV po wystąpieniu potencjalnego narażenia na zakażenie, aby znać swój aktualny status serologiczny,
- ✔ ujawniają swój status serologiczny i omawiają go z każdym partnerem/każdą partnerką.

Należy także zwrócić uwagę, że przedstawione strategie redukcji szkód nie zapewniają pełnej ochrony przed innymi STIs (w tym – przed WZW typu B oraz C).

Programy redukcji szkód są także nakierowane na osoby używające substancji psychoaktywnych w iniekcjach. **Opierają się na trzech rodzajach działań:**

- ✔ na **edukacji** – przekazywane informacje dotyczą zagadnień dotyczących zapobiegania zakażeniom HIV i innym STIs w wyniku ograniczenia używania narkotyków lub zmniejszaniu ryzyka związanego z ich używaniem (np. zapobieganie przedawkowaniom) i dzięki bezpieczniejszym zachowaniom seksualnym (np. używanie prezerwatyw);
- ✔ na **zmianie sposobów przyjmowania substancji** na bardziej bezpieczne – podstawą tych działań są programy wymiany igieł i strzykawek, udostępnianie roztworów dezynfekujących, a także prezerwatyw. To także tworzenie miejsc, gdzie osoby uzależnione mają warunki do bezpiecznych iniekcji (tzw. *drop-in center*);
- ✔ na **substytucji lekowej**, która polega na podawaniu substytutu narkotyku (metadonu lub buprenorfiny) osobie uzależnionej od opiatów.

1.9.2 Zasady profilaktyki HIV i innych infekcji przenoszonych drogą płciową (STIs)

Zasady profilaktyki HIV powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb konkretnych osób, do ich zasobów i stylu życia, a także do wymagań sytuacyjnych. Ważne jest, aby w edukacji przekazywać informacje o wszystkich dostępnych opcjach – tylko wtedy możliwy staje się świadomy wybór. **Niedopuszczalne jest przesiewanie treści przez osobisty system wartości** – takie działania mają charakter indoktrynacji i mogą prowadzić do zwiększenia narażenia na zakażenie, wynikającego z posiadania niepełnych informacji o sposobach ochrony przed nim. Przykładem takich nieetycznych

działań jest sugerowanie, że prezerwatywa przepuszcza wirusy, w tym HIV, dlatego jej stosowanie jest bezcelowe. Zniechęcanie ludzi do używania prezerwatyw nie gwarantuje tego, że pozostaną w abstynencji seksualnej albo że będą we wzajemnie wiernych związkach. Natomiast jest bardzo prawdopodobne, że podważanie skuteczności prezerwatywy będzie skutkowało rezygnacją z użycia kondomu podczas potencjalnie ryzykownego zachowania seksualnego.

W profilaktyce zakażeń drogą seksualną można wyróżnić:

- ✔ bycie w jednej, wzajemnie monogamicznej relacji seksualnej z osobą, która nie jest zakażona HIV lub innym STIs (lub z osobą żyjącą z HIV, ale „niewykrywalną", więc niezakażającą – zgodnie z zasadą N = N);
- ✔ wykonywanie badań w kierunku HIV i różnych STIs przez wszystkie osoby zaangażowane w relację przed rozpoczęciem kontaktów seksualnych bądź w momencie rezygnacji z używania prezerwatyw w sytuacji zmiany partnerów/partnerek[33];
- ✔ traktowanie każdej osoby, która nie wykonała badania w kierunku HIV (i innych STIs), jak osoby potencjalnie zakażonej i stosowanie zasad bezpieczniejszego seksu, do których należą praktykowanie zachowań seksualnych o mniejszym narażeniu na zakażenie, używanie prezerwatyw (zewnętrznych/męskich i wewnętrznych/damskich), chusteczek lateksowych do seksu oralnego (gdy pieszczone są kobiece narządy płciowe), stosowanie lubrykantów na bazie wody;
- ✔ stosowanie PrEP, czyli profilaktyki przedekspozycyjnej,
- ✔ stosowanie leczenia jako profilaktyki, w sytuacji, gdy partner/partnerka żyje z HIV, zgodnie z założeniami strategii N = N i TasP (opisanych szczegółowo w części o leczeniu).
- ✔ abstynencję seksualną, czyli niepodejmowanie aktywności seksualnej.

Prezerwatywy stanowią jedną z głównych metod ograniczania narażenia na zakażenie HIV oraz innych STIs. Na rynku dostępne są różne rodzaje prezerwatyw. Najpopularniejsze są te z lateksu – pojawiły się na rynku w 1916 roku, zostały opatentowane w Berlinie przez właściciela sklepu z artykułami gumowymi. Z miejsca uzyskały ogromną popularność, stały się podstawowym środkiem antykoncepcyjnym. Ponieważ lateks może mieć właściwości uczulające, współcześnie dostępne są także prezerwatywy wykonane z poliuretanu i poliizoprenu. Poliuretan (sztuczny polimer) ma wiele zalet (np. brak zapachu czy smaku), ale też pewne wady – jest mniej elastyczny, a przez to staje się bardziej narażony na pękanie. Dlatego w profilaktyce STIs zaleca się obecnie używanie prezerwatyw wykonanych z poliizoprenu. To substancja będąca roztworem syntetycznego kauczuku. Nie zawiera w swoim składzie alergizujących białek, zachowuje natomiast inne zalety lateksu, czyli miękkość i wytrzymałość. Dlatego ten materiał góruje zarówno nad naturalnym lateksem, jak i nad poliuretanem (Brzóska, 2024).

Konsekwentne używanie prezerwatyw daje 90–95% ochronę (Steiner, Cates 2006, s. 1840), większą, niż zapewnia wiele szczepionek. Pozostałe 5–10% nieskuteczności prezerwatywy to błędy wynikające z nieprawidłowego jej przechowywania i z wadliwego używania (tzw. błędy użytkownika). Dlatego zasady jej używania – chociaż są dość proste – warto i należy omawiać podczas zajęć profilaktycznych. Błędy w trakcie używania prezerwatywy mogą znacząco obniżyć jej skuteczność, zarówno w odniesieniu do zapobiegania ciąży, jak i do zakażenia HIV i innymi STIs. W załączniku 4 znajduje się dokładna instrukcja prawidłowego użycia prezerwatywy.

33. Trzeba zawsze wyraźnie podkreślać, że wykonanie badania w kierunku HIV i jego wynik ujemny nie oznaczają automatycznie, że osoba, która je wykonała, nie jest zakażona HIV. Jeśli po badaniu podejmowała zachowania seksualne mogące prowadzić do ekspozycji na HIV, jej wynik może okazać się nieaktualny.

Oprócz prezerwatyw zewnętrznych (nazywanych także prezerwatywami dla mężczyzn), na rynku dostępne są także prezerwatywy wewnętrzne, zwane prezerwatywami dla kobiet (rys. 6.). Pojawiły się w 1993 roku jako alternatywa dla kobiet, które często nie mają i nie mogą mieć kontroli nad tym, czy partner użyje jakiegoś zabezpieczenia. Te prezerwatywy można kupić w popularnych internetowych aptekach i serwisach aukcyjnych: koszt jednej to około 10 zł wzwyż. Prezerwatywa wewnętrzna jest wykonana z poliuretanu i z tego powodu jest mniej rozciągliwa niż lateksowa. Składa się z owalnego woreczka oraz z ruchomego grubszego krążka. Ruchomy wewnętrzny krążek należy ścisnąć i wprowadzić go do środka jak tampon – w ten sposób umieszcza się prezerwatywę w pochwie. Prezerwatywy nie wkłada się całkowicie – jej brzeg powinien wystawać z ujścia pochwy. Podczas penetracji może dojść do jej wciśnięcia do środka, dlatego zaleca się jej przytrzymywanie. Ruchy frykcyjne mogą powodować z kolei ucisk ruchomego krążka na szyjkę macicy. To wszystko może wpłynąć na komfort jej używania i prawdopodobnie z tego powodu nie jest zbyt popularna.

Rysunek 6. Prezerwatywa wewnętrzna (tzw. prezerwatywa dla kobiet)

Źródło: archiwum własne.

Warto wspomnieć, że **do zabezpieczenia przed zakażeniem można także używać innych metod barierowych, takich jak chusteczki lateksowe**. Działają one na zasadzie mechanicznej bariery: tworzą fizyczną przeszkodę między ustami a genitaliami pieszczonej osoby (np. podczas seksu oralnego na narządach płciowych lub na odbycie). Zwykle wykonane z lateksu lub z poliuretanu, są jednorazowego użytku. Standardowo mają wymiary wystarczające do przykrycia narządów płciowych lub odbytu. Należy pamiętać, że ważne jest, aby stosować je zgodnie z instrukcją podaną na opakowaniu, żeby zapewnić skuteczną ochronę. Dzięki temu zmniejsza się ryzyko kontaktu z wydzielinami, mogącymi zawierać patogeny.

Z kolei **żele nawilżające zwane lubrykantami** mają na celu zapewnić lub poprawić nawilżenie i zmniejszyć tarcie podczas kontaktów seksualnych, co może wpływać na zwiększenie komfortu współżycia oraz zapobiegać uszkodzeniom błony śluzowej w pochwie, w odbycie czy na penisie. Stosuje się je na prezerwatywę (jeżeli takowego ona nie ma) bądź bezpośrednio na narządy płciowe lub odbyt. Warto, aby były one produkowane na bazie wody lub silikonu oraz aby w ich składzie był kwas hialuronowy. Nie powinno się natomiast używać tych z dodatkiem nonoksynolu-9 (substancji plemnikobójczej), gdyż badania wskazują na ich właściwości drażniące śluzówkę lub uczulające, co może skutkować infekcją. Gdy używa się żeli razem z prezerwatywą lateksową, należy unikać lubrykantów na bazie tłuszczu, ponieważ mogą one osłabić materiał prezerwatywy i zwiększyć ryzyko jej uszkodzenia.

W Polsce dostępna jest farmakologiczna **profilaktyka przedekspozycyjna** HIV (**PrEP** – ang. *Pre-exposure prophylaxis*), rekomendowana przez WHO już w 2012 roku. Polega na przyjmowaniu leków, które mogą uchronić zdrowe osoby przed zakażeniem HIV. Leki stosuje się codziennie lub przed kontaktem seksualnym (zanim dojdzie do narażenia na zakażenie), a także przez jakiś czas po ekspozycji. Skuteczność tej formy ochrony przed zakażeniem potwierdzają dane z badań klinicznych: ochronę dla kontaktów analnych i dopochwowych osiągga się po 7 dniach od rozpoczęcia przyjmowania leków, natomiast w przypadku używania narkotyków w iniekcjach – po 20 dniach (*Rekomendacje PTN AIDS*, 2024). Są dwa tryby stosowania PrEP: ciągły i doraźny. W trybie ciągłym przyjmuje się jedną tabletkę razem z posiłkiem, w trybie doraźnym – 2 tabletki od 2 do 24 godzin przed stosunkiem, następnie 1 tabletkę 24 godziny po pierwszej dawce, a następnie 1 tabletkę 48 godzin po pierwszej dawce (*Rekomendacje PTN AIDS*, 2024). Ważne jest, aby dokładnie przestrzegać dawek i godzin przyjmowania – chodzi o utrzymanie odpowiedniego stężenia leku we krwi (podobnie jak w przypadku antybiotyków). Obecnie w Polsce PrEP nie jest refundowany. Koszty leku, badań i wizyt opłaca pacjent. Więcej informacji o tej formie profilaktyki można znaleźć na stronie www.prep.edu.pl, w *Rekomendacjach PTN AIDS* (www.ptnaids.pl) oraz w ulotce Krajowego Centrum ds. AIDS[34].

W sytuacjach niezwiązanych z zachowaniami seksualnymi profilaktyka HIV polega na unikaniu kontaktu z płynami ustrojowymi innych osób, czyli na używaniu rękawiczek jednorazowych wszędzie tam, gdzie istnieje możliwość uszkodzenia skóry, oraz na stosowaniu jednorazowego sprzętu do przekłuwania skóry i do iniekcji.

Należy tutaj wspomnieć o osobach pracujących w zawodach, w których istnieje możliwość przypadkowego zakażenia **(tzw. ekspozycje zawodowe)**. Poniżej przedstawiamy **zasady profilaktyki zakażeń przez krew**:

- ✔ każdorazowe używanie jednorazowych igieł i strzykawek przy iniekcjach medycznych i odpowiednie postępowanie ze zużytym sprzętem,
- ✔ stosowanie odpowiednich procedur przy dezynfekcji, przy sterylizacji oraz przy dekontaminacji w przypadku sprzętu wielorazowego użytku,
- ✔ stosowanie systemu próżniowego pobierania krwi (tam, gdzie to możliwe),
- ✔ stosowanie rękawiczek, maseczek i gogli ochronnych w celu ochrony skóry i błon śluzowych,
- ✔ znajomość zasad profilaktyki poekspozycyjnej (informacje dotyczące postępowania po zawodowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny można znaleźć np. w ulotce wydanej przez KC ds. AIDS[35]),
- ✔ świadomość, że każda osoba może być źródłem zakażenia,
- ✔ przestrzeganie ogólnych procedur.

W każdej sytuacji narażenia na zakażenie HIV istnieje możliwość skorzystania z **profilaktyki poekspozycyjnej** (**PEP** – ang. *Post-exposure prophylaxis*). Polega ona na przyjmowaniu leków antyretrowirusowych minimalizujących prawdopodobieństwo rozwoju zakażenia po zdarzeniach narażających na nie, np. gdy do zdarzenia doszło w związku z wykonywanymi obowiązkami zawodowymi, podczas udzielania pierwszej pomocy czy po doświadczeniu przemocy seksualnej. Poniżej przedstawiono zasady zachowania, których warto przestrzegać **w razie sytuacji wypadkowej**:

- ✔ nie należy hamować wypływu krwi, nie wyciskać rany,
- ✔ starannie umyć narażoną na zakażenie skórę dużą ilością wody z mydłem,
- ✔ nie stosować płynów dezynfekcyjnych na bazie alkoholu,

34. https://www.gov.pl/web/aids/ulotka-dotyczaca-profilaktyki-przedekspozycyjnej-pre-exposure-prophylaxis--prep [dostęp: 7.11.2025].

35. https://www.gov.pl/web/aids/postepowanie-po-zawodowej-ekspozycji-na-material-potencjalnie-zakazny-hivhbvhcv--ulotka-2025 [dostęp: 7.11.2025].

- ✔ w razie ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny dokładnie przepłukać wodą lub solą fizjologiczną błony śluzowe nosa lub jamy ustnej,
- ✔ dokładnie przepłukać spojówki oczu wodą lub solą fizjologiczną.

Następnie należy jak najszybciej skontaktować się z wyspecjalizowaną placówką (https://www.gov.pl/web/aids/co-robic-sytuacjach-pozazawodowego-wypadkowego-narazenia-na-zakazenie-hiv), w której pracuje lekarz zakaźnik, specjalista profilaktyki poekspozycyjnej. Po przeprowadzonym wywiadzie i po ocenie ekspozycji na zakażenie może on zalecić wykonanie badania w kierunku HIV u osoby, od której pochodzi płyn ustrojowy, którym zostały pochlapane śluzówki innych osób (jeśli jest taka możliwość). Gdy istnieje narażenie na zakażenie HIV, wówczas zaleci on przyjmowanie leków antyretrowirusowych, bez oczekiwania na ewentualne wyniki badania w kierunku HIV. Przyjmowanie leków antyretrowirusowych należy rozpocząć tak szybko, jak to możliwe – najlepiej do 4 godzin od ekspozycji, nie później niż w ciągu 48 godzin (gdy doszło do ekspozycji przezskórnej, np. zakłucia) i 72 godzin (gdy doszło do ekspozycji seksualnej, związanej z wysokim prawdopodobieństwem zakażenia) (PTN AIDS, 2024). Jeśli wynik badania osoby, od której pochodzi płyn ustrojowy, okaże się ujemny, wówczas należy odstawić przyjmowane leki. Jednak osoba, która uległa ekspozycji, powinna wykonać badanie w kierunku HIV po 3 oraz po 6 miesiącach po zdarzeniu. Przez ten czas powinna traktować się jak osobę potencjalnie zakażoną HIV i rozważyć rezygnację z zachowań seksualnych, nie oddawać krwi ani innych płynów i tkanek do transfuzji czy do przeszczepów.

Więcej informacji dotyczących profilaktyki poekspozycyjnej po pozazawodowym narażeniu na zakażenie HIV można znaleźć w materiale Krajowego Centrum ds. AIDS[36].

Profilaktyka zakażeń odmatczynych (wertykalnych) polega na wykonywaniu badań w kierunku HIV u wszystkich ciężarnych w I oraz w III trymestrze ciąży. W razie wykrycia zakażenia HIV u ciężarnej wymagane są: wdrożenie leczenia ARV u pacjentki, zabezpieczenie okresu porodu oraz właściwa profilaktyka lekowa noworodka. Po porodzie pacjentkę obowiązuje na ogół zakaz karmienia piersią, chociaż decyzja na ten temat powinna być zindywidualizowana i podjęta przez lekarza wspólnie z matką po wyczerpującym przedstawieniu tematu oraz po wyjaśnieniu wszystkich możliwych wątpliwości.

Ważnym aspektem profilaktyki jest także **utrzymywanie adherencji**[37] przez osoby żyjące z HIV w skutecznym leczeniu antyretrowirusowym. Zgodnie z wynikami badań PARTNER I i PARTNER II (opisanych wcześniej), osoba zakażona HIV, która leczy się antyretrowirusowo i osiąga niewykrywalny poziom wiremii (liczba kopii wirusa we krwi), nie zakaża HIV podczas kontaktów seksualnych. W *Rekomendacjach PTN AIDS* z 2024 roku wskazano, że poziomem wiremii, który może zostać uznany za niezakaźny, jest wartość poniżej 200 kopii wirusa na mikrolitr krwi (z uwzględnieniem dostępności – na rynku – badań o różnym stopniu czułości). Jest to ważny aspekt możliwości profilaktycznych, zwłaszcza wśród par, w których jedna z osób jest zakażona HIV, a druga – nie. Wiedza o N = N jest bardzo ważnym narzędziem wspierania zdrowia seksualnego osób żyjących z HIV oraz przeciwdziałania ich dyskryminacji. Rekomendujemy zatem, aby informacje na ten temat włączać do opracowywanych programów zajęć czy innych działań profilaktyczno-edukacyjnych.

W tym miejscu należy przywołać **strategię UNAIDS „95-95-95”**, która jest kluczową inicjatywą mającą na celu zakończenie epidemii do 2030 roku (*Reaching the 95-95-95 Targets: The Importance of Multi-Stakeholder Collaboration*, 2023). Strategia zakłada dążenie do sytuacji, w której: 95% osób

36. https://www.gov.pl/web/aids/ulotka-dotyczaca-profilaktyki-poekspozycyjnej-post-exposure-prophylaxis--pep [dostęp: 7 listopada 2025].

37. Adherencja – dokładne przestrzeganie zaleceń lekarskich w zakresie prowadzonego leczenia, np. regularne przyjmowanie leków.

będzie znać swój status serologiczny, 95% osób znających swój status będzie otrzymywać leczenie antyretrowirusowe, 95% osób leczonych uzyska niewykrywalną wiremię, co spowoduje, że nie będą one zakaźne dla innych ludzi. W efekcie ma to doprowadzić do znacznego zmniejszenia liczby nowych zakażeń HIV i liczby zgonów z powodu AIDS. Ta inicjatywa jest rozwinięciem wcześniejszych celów 90-90-90 i obejmuje **trzy główne filary, z których każdy ma na celu osiągnięcie poziomu 95%**. Poniżej podano szczegółowy opis każdego z nich.

1. 95% OSÓB ŻYJĄCYCH Z HIV ZNA SWÓJ STATUS SEROLOGICZNY.

Pierwszy cel strategii zakłada, że 95% osób żyjących z HIV powinno wiedzieć o swoim zakażeniu. Wymaga to szerokiego dostępu do testowania HIV, zwiększenia świadomości społecznej na temat znaczenia wykonywania testów oraz eliminacji barier, takich jak stygmatyzacja i dyskryminacja, które mogą utrudniać ludziom podjęcie decyzji o badaniu. Testowanie powinno być dostępne zarówno w tradycyjnych placówkach medycznych, jak i w kluczowych populacjach. Wymaga to podjęcia działań upowszechniających wiedzę (takich jak organizowanie kampanii edukacyjnych) i dostarczających informacji o dostępności testów diagnostycznych.

2. 95% OSÓB, U KTÓRYCH ZDIAGNOZOWANO HIV, OTRZYMUJE TRWALE LECZENIE ANTYRETROWIRUSOWE.

Drugi cel zakłada, że 95% osób, które są świadome swojego statusu serologicznego, ma dostęp do leczenia i otrzymuje skuteczną terapię antyretrowirusową. Jego osiągnięcie wymaga zwiększenia dostępności leków antyretrowirusowych, poprawy infrastruktury ochrony zdrowia oraz zapewnienia wszystkim osobom żyjącym z HIV regularnego dostępu do opieki medycznej. Kluczowe jest również wspieranie pacjentów w kontynuowaniu leczenia, co może wymagać usług doradczych i innych form wsparcia. Jest to duże wyzwanie dla krajów z niedostatecznym dostępem do usług medycznych, zwłaszcza do tych skierowanych do populacji marginalizowanych.

3. 95% OSÓB OTRZYMUJĄCYCH LECZENIE MA NIEWYKRYWALNY POZIOM WIRUSA.

Trzeci cel skupia się na tym, aby 95% osób leczonych ARV miało niewykrywalny poziom wiremii. Nie tylko poprawia to zdrowie osób żyjących z HIV, lecz także znacząco zmniejsza (a praktycznie wyklucza) możliwość przeniesienia wirusa na inne osoby (zgodnie z zasadą N = N, czyli „niewykrywalny = niezakażający"). Za kluczowe dla realizacji tego celu uznaje się monitorowanie i wspieranie pacjentów w utrzymaniu terapii.

Strategia UNAIDS 95-95-95 ma na celu nie tylko zakończenie epidemii HIV, lecz także poprawę jakości życia osób żyjących z wirusem. Osiągnięcie tych trzech celów wymaga zaangażowania rządów, organizacji międzynarodowych, społeczności lokalnych i sektora prywatnego. Kluczowe elementy strategii obejmują zatem m.in.:

- ✔ zwiększenie nakładów na badania i na rozwój nowych metod leczenia oraz narzędzi diagnostycznych;
- ✔ wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej, aby były bardziej wydajne i dostępne;
- ✔ zwalczanie stygmatyzacji i dyskryminacji związanej z HIV, która może stanowić barierę w dostępie do usług,
- ✔ wspieranie strategii i programów promujących prawa człowieka i równość w dostępie do opieki zdrowotnej.

Osiągnięcie tych niezwykle ambitnych celów wiąże się z wieloma wyzwaniami, z których najistotniejsze to: niewystarczające zasoby, stygmatyzacja związana z HIV, nierówności w dostępie do opieki

zdrowotnej oraz potrzeba dostosowania strategii do lokalnych warunków. Jeżeli jednak te cele zostaną osiągnięte, będzie to miało ogromny wpływ na kontrolę epidemii HIV. Skuteczna realizacja strategii 95-95-95 może prowadzić do znaczącego zmniejszenia zarówno liczby nowych zakażeń HIV, jak i liczby zgonów związanych z AIDS. Według istniejących szacunków, osiągnięcie wszystkich powyższych celów strategii UNAIDS sprawi, że możliwe stanie się zmniejszenie liczby nowych zakażeń HIV o ponad 63% w ciągu pięciu lat od osiągnięcia założonych wskaźników. Modelowanie epidemiologiczne sugeruje, że globalne i skuteczne wdrożenie tych celów mogłoby zapobiec milionom nowych zakażeń i zgonów związanych z AIDS do 2030 roku. Realizacja strategii UNAIDS jest kluczowa dla osiągnięcia globalnych celów zrównoważonego rozwoju, zwłaszcza celu trzeciego, dotyczącego zdrowia i dobrobytu, a zakładającego zakończenie epidemii AIDS do 2030 roku. Jest zatem ona bardzo ambitnym, ale osiągalnym celem, który wymaga zintegrowanego podejścia oraz współpracy na wielu poziomach: decyzyjnych, politycznych i wykonawczych.

Profilaktyka HIV jest jednym z elementów edukacji zdrowotnej, a precyzyjniej – jednym ze składowych edukacji seksualnej. Aby ta edukacja była efektywna, powinna spełniać określone warunki, wśród których wymienia się przede wszystkim:

- ✔ wczesny wiek rozpoczęcia edukacji seksualnej,
- ✔ jasne i zrozumiałe odpowiedzi na pytania dostosowane do wieku rozwojowego i do percepcyjnych możliwości odbiorców edukacji seksualnej,
- ✔ tematykę i zagadnienia oparte na wiedzy naukowej i dostosowane do wieku rozwojowego odbiorców (przede wszystkim świadoma zgoda, asertywność, anatomia i fizjologia, uczucia i emocje, relacje z innymi ludźmi, pozytywne nastawienie do seksualności),
- ✔ podążanie za potrzebami poznawczymi i emocjonalnymi odbiorców,
- ✔ brak tematów tabu,
- ✔ edukowanie, a nie – straszenie,
- ✔ rozmowy o stereotypach i o ich negatywnym wpływie na zachowania i wybory człowieka,
- ✔ odpowiednio przygotowaną kadrę,
- ✔ odpowiednie materiały i pomoce dydaktyczne,
- ✔ zintegrowanie treści z innymi przedmiotami,
- ✔ zaangażowanie, zrozumienie celów i współpracę wszystkich agend edukacyjnych oraz wychowawczych,
- ✔ monitoring i ewaluację programów edukacji seksualnej (WHO, 2012).

Można też wymienić **cechy profesjonalnej profilaktyki, która powinna**:

- ✔ być wdrażana **realistycznie**, czyli w odniesieniu do rzeczywistych potrzeb, a nie – życzeniowo,
- ✔ być prowadzona **zgodnie z wiedzą naukową** i z zaleceniami specjalistów,
- ✔ charakteryzować się **szacunkiem dla drugiego człowieka** i dla jego wyborów (wartość kluczowa),
- ✔ opierać się na **dialogu**: słuchajmy młodych ludzi i odpowiadajmy na ich potrzeby, a nie – na nasze,
- ✔ być realizowana ze świadomością, że **wychowujemy do przyszłego świata**, a nie – do tego, który już przeminął.

W uniwersalnej profilaktyce HIV można wskazać jej elementy wymagające usprawnienia (Walendzik-Ostrowska, 2010; Walendzik-Ostrowska, Dec, 2012):

a. dotyczące organizacji zajęć:
- brak programów profilaktycznych obejmujących swoim zasięgiem wszystkie środowiska wychowawcze (rodzice, nauczyciele, społeczność lokalna),
- okazjonalność i akcyjność zajęć,
- niski poziom ewaluacji programów bądź jej całkowity brak;

b. dotyczące treści:
- skupianie się wyłącznie na przekazywaniu wiedzy, a nie – na kształtowaniu postaw i umiejętności,
- wybiórczość treści i skupianie się na zagadnieniach często nieistotnych z punktu widzenia potrzeb odbiorców (np. omawianie danych epidemiologicznych bądź budowy wirusa, a pomijanie zagadnień dotyczących aktywności seksualnej),
- częstsze koncentrowanie się w programach na zagrożeniach, rzadziej – na przekazywaniu spójnej i pozytywnej wizji ludzkiej seksualności,
- oderwanie profilaktyki HIV od innych programów realizowanych w szkołach;

c. dotyczące osób prowadzących zajęcia:
- prowadzenie zajęć przez osoby, które nie mają umiejętności pracy z dziećmi i młodzieżą,
- skrajne podejścia do tematyki: z jednej strony – wyrażające się w moralizowaniu i prezentowaniu negatywnych konsekwencji współżycia, mające na celu zniechęcenie do inicjacji seksualnej, a z drugiej – techniczne, mające swój wyraz w postaci zajęć nieuwzględniających różnej wrażliwości, a także szerszego – poza biologicznym – kontekstu seksualności,
- przesiewanie treści przez osobisty system wartości osób prowadzących zajęcia,
- postrzeganie młodzieży i jej zachowań w kategoriach życzeniowych,
- protekcjonalizm w prowadzeniu zajęć i podczas dyskusji z młodzieżą.

W tabeli 3. przedstawiono charakterystykę dwóch modeli profilaktycznych: konserwatywnego i nowoczesnego, z uwzględnieniem różnic i podobieństw między nimi.

Tabela 3. Charakterystyka modeli profilaktycznych

ZAGADNIENIA	MODEL PROFILAKTYKI	
	KONSERWATYWNY	NOWOCZESNY
Typ relacji seksualnej	tylko w małżeństwie	związki osób dorosłych, niekoniecznie formalne i trwałe
Metody profilaktyki	abstynencja monogamia seksualna oraz wyłączność seksualna	abstynencja monogamia seksualna oraz wyłączność seksualna bezpieczniejszy seks PrEP
Wartości w edukacji	konserwatywne, osadzone na tradycyjnym modelu rodziny	opierające się na prawach człowieka
Główne źródło wiedzy o seksualności	rodzina	instytucje edukacyjne
Podejście do HIV lub AIDS	oparte na emocjach i na systemie wartości – AIDS jako kara za grzechy	HIV i AIDS jako zjawisko społeczne i jako problem medyczny

Źródło: opracowanie własne.

1.9.3. Przykłady skutecznych i nieskutecznych oddziaływań profilaktycznych

Na szczególną uwagę zasługuje filozofia prowadzenia działań profilaktycznych. Ważnym celem jest – oczywiście – zapobieganie nowym zakażeniom, ale warto pamiętać, że zdrowie somatyczne to tylko jeden z obszarów zdrowia, zgodnie z definicją WHO[38]. Dlatego sposób prowadzenia działań powinien uwzględniać także dobrostan w innych sferach. Nie powinno się w związku z tym straszyć aktywnością seksualną, śmiercią czy – zwłaszcza – osobami żyjącymi z HIV. Przykładem kampanii straszącej seksem może być ta zorganizowana przez MTV Staying Alive[39] w 2008 roku, opierająca się na pomyśle, w którym para znajduje się rankiem w łóżku (domyślamy się, że wcześniej podejmowała kontakt seksualny), a następnie mężczyzna wstaje i przykrywa prześcieradłem martwą partnerkę. W konsekwencji odbiorcy może zakodować się skrypt poznawczy „seks = śmierć", w związku z czym niektóre osoby mogą wykazywać w przyszłości związane z tym dysfunkcje seksualne. Jak pokazały badania (Brodzikowska, Żołądek, 2016), podobna sytuacja jest realna, gdyż taki przekaz może wytwarzać skojarzenia z seksem utrudniające afirmatywne podejście do seksualności. Dodatkową wadą tego typu komunikatu jest stygmatyzacja osoby żyjącej z HIV jako tej, która powoduje śmierć innej osoby (gest przykrycia prześcieradłem) bez większej refleksji i emocji. Podobnie stygmatyzująca może być kolejna kampania MTV „AIDS Shots"[40], gdzie pojawia się motyw wyciągnięcia pistoletu i strzelania do partnerek po zakończonym kontakcie seksualnym. Innym negatywnym przykładem kampanii profilaktycznej są plakaty francuskiej organizacji AIDES, przedstawiające kontakt seksualny (z tarantulą lub skorpionem), bądź niemieckiej organizacji Regenbogen, porównującej partnera potencjalnie zakażonego HIV do Hitlera, do Stalina czy do Huseina. To ewidentny przykład komunikatu stygmatyzującego osoby żyjące z HIV. W założeniu ten przekaz ma zapadać w pamięć i zapewne tak się dzieje, jednak daje to pole do powstania skryptu poznawczego, zgodnie z którym to osoby żyjące z HIV stanowią zagrożenie. Taki sposób oddziaływań zwiększa i tak już ogromną stygmatyzację, przez co staje się niedopuszczalny.

Rysunek 7. Kampania niemieckiej organizacji Regenbogen z 2009 roku.

38. WHO definiuje zdrowie jako stan pełnego dobrostanu (ang. *wellbeing*) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie brak – obiektywnie istniejącej – choroby (ang. *disease*) lub niepełnosprawności (ang. *infirmity*). *Basic documents. Forty-ninth edition. (2020). World Health Organization*. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6 [dostęp: 12.09.2024].

39. https://www.youtube.com/watch?v=aNriznDvgGc [dostęp: 12.09.2024].

40. https://www.youtube.com/watch?v=10Zm5_YvKxY [dostęp: 12.09.2024].

Rysunek 8. Kampania „Araignée et scorpion" francuskiej organizacji AIDES z 2005 roku.

Rysunek 9. Plakat kampanii organizacji Act Against AIDS, rok nieznany.

Warto podkreślić, że przekaz formułowany w sposób wzbudzający strach nie jest bardziej skuteczny w deklarowanej chęci zmiany zachowań niż ten, który zawiera więcej rzetelnych informacji i nie zakłada szokowania odbiorcy. Tym, co wydaje się bardziej skuteczne, okazuje się wskazywanie i afirmowanie określonych, pożądanych zachowań. Jak czytamy w literaturze (Brodzikowska, Żołądek, 2016, s. 115–128):

> [...] według M.C. Maultsby'ego, mózg ludzki ignoruje słowo „nie", operuje bardziej obrazami niż słowami. Dlatego np. osoba odchudzająca się, myśląc „nie będę jeść słodyczy" [,] ma na nie ochotę. Mózg ignorujący słowo „nie" zobaczy obraz „jeść słodycze". Skuteczniejsza w tym kontekście jest myśl: „będę jeść owoce i warzywa" (2013). Można więc przypuszczać, że tak samo będzie w przypadku bezpieczniejszych zachowań seksualnych – znacznie skuteczniejszy jest obraz „tak rób", zamiast przeciwnego obrazu wraz z komunikatem słownym: „tak nie rób, bo...". Taka konstrukcja kampanii ma dodatkowe uzasadnienie w postaci zasady społecznego dowodu słuszności R. Cialdiniego (2000). Wskazuje ona, że ludzie są częściej przekonani o słuszności podejmowanych zachowań i chętniej je realizują, gdy uznają, że większość społeczeństwa czyni podobnie. Przekaz straszący (ktoś nie zadbał o bezpieczeństwo i poniósł dramatyczne konsekwencje) paradoksalnie może mieć skutek odwrotny od zamierzonego. Natomiast ukazanie osób podejmujących bezpieczniejsze zachowania seksualne, które uznają za słuszne, może mieć

> większy potencjał kształtowania pożądanych postaw. Wnioskowanie takie może potwierdzać również badanie z 1990 roku nad amerykańskim spotem, mającym promować postawy proekologiczne (Cialdini, Reno, Kallgren 1990)[41].

Analiza przekazów profilaktycznych pokazuje, że możliwe jest zainteresowanie odbiorcy poprzez rzetelny, ale niestygmatyzujący przekaz. Przykładami mogą być polska kampania Krajowego Centrum ds. AIDS „Ja też mogę być nieświadomie zakażona wirusem HIV" z 2001 roku oraz „Mam czas rozmawiać", realizowana w latach 2017–2019[42]. Poniżej przedstawiono przykład plakatu z pierwszej wymienionej kampanii. Warto zwrócić uwagę, że przekaz – poprzez wykreowanie obrazu osób podobnych do grupy docelowej – sprawił, że możliwe było odniesienie ekspozycji na zakażenie do własnej osoby. Byłoby to mało prawdopodobne w przekazach, które opierają się na straszeniu: odbiorcy niechętnie utożsamiają się wtedy z bohaterami kampanii. W omawianym przypadku kampanii obraz jej bohaterek jest dopasowany do wyglądu przeciętnych kobiet, co może też wpływać na zmniejszanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób (w tym przypadku – kobiet) żyjących z HIV. Ten przykład jest dowodem, że przekaz profilaktyczny może być realizowany bez potencjalnego pogłębiania – i tak już często nieprzychylnych – postaw społecznych. Więcej kampanii realizowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS można zobaczyć na stronie internetowej: https://www.gov.pl/web/aids/kampanie [dostęp: 7 listopada 2025].

Rysunek 10. Plakat z kampanii Krajowego Centrum ds. AIDS z 2001 roku.

Źródło: materiały archiwalne KC ds. AIDS.

41. Więcej na ten temat w: Brodzikowska M., Żołądek S., *Eros i Tanatos w dobie HIV, czyli możliwość tworzenia skryptów seksualnych łączących aktywność seksualną ze śmiercią i/lub chorobą w wybranych spotach. profilaktycznych z zakresu HIV/AIDS, w: Współczesne spojrzenie na seksualność człowieka*, red. J. Wethacz, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2016.

42. https://mamczasrozmawiac.aids.gov.pl/ [dostęp: 12.08.2024].

Rysunek 11. Plakaty z kampanii Krajowego Centrum ds. AIDS z 2020 i 2021 roku.

Źródło: https://www.gov.pl/web/aids/2020-czy-wiesz-ze; https://www.gov.pl/web/aids/2021-czy-wiesz-ze; https://www.gov.pl/web/aids/2021---2-czy-wiesz-ze [dostęp 7.11.2025].

1.10. NOWOCZESNE NARZĘDZIA PROFILAKTYCZNE

Szczególnie ważnym obszarem aktywności profilaktycznej jest wciąż rozwijająca się przestrzeń wirtualna. Dla wielu ludzi to miejsce pracy, rozrywki, odpoczynku czy poznawania innych osób i tworzenia relacji. W dobie powszechnego dostępu do internetu (a także – stałych badań nad nowymi technologiami, które mają jeszcze bardziej upowszechnić ten dostęp) jest on miejscem, którego w działaniach profilaktycznych nie można pominąć. Niemniej formy tych działań – podobnie jak w rzeczywistości analogowej – mogą być różne. Stosunkowo prostym rozwiązaniem są **edukacyjne strony internetowe**, tworzone od dawna. Wydaje się jednak, że – chociaż dają one największe możliwości, jeśli chodzi o dokładność, rzetelność i precyzyjność treści – mają najmniejszy potencjał dotarcia do grupy docelowej. Wyzwaniem może być już samo znalezienie miejsca, w którym będą się znajdować aktualne, wiarygodne informacje i dane. Wejście na stronę wymaga ponadto uprzedniego zainteresowania tematem oraz motywacji do poszerzenia wiedzy. Ten przekaz opiera się ponadto wyłącznie na informacyjnej strategii profilaktycznej, co nie czyni go najbardziej skutecznym. Jest to jednak ważna baza, która pozwala na wskazywanie wartościowych linków w trakcie korzystania z innych sposobów oddziaływań profilaktycznych. Lista szczególnie polecanych źródeł internetowych (stan na rok 2024) znajduje się na końcu niniejszej publikacji.

Inną formą profilaktyki w świecie wirtualnym mogą być zróżnicowane **działania w mediach społecznościowych** (ang. ***social media***). Wymagają one treści zdecydowanie krótszej, ale zwracającej uwagę. Mogą to być infografiki, krótkie posty, rolki, kreskówki i wiele innych. Ich zaletą jest to, że wykorzystują przestrzeń często odwiedzaną przez wybraną grupę docelową, nie wymagają specjalnej motywacji do pozyskania informacji – treść sama wyświetla się odbiorcy. Właściwy dobór treści i sposobu przekazu może jednak nastręczać więcej trudności: z jednej strony musi on zainteresować odbiorców, z drugiej – spełniać cel profilaktyczny. Przekaz nie może przy tym powielać mitów i być stygmatyzujący, a więc zalecana jest daleko idąca wrażliwość. Ten rodzaj działań może być wykorzystywany do kształtowania zarówno postaw wobec osób żyjących z HIV, jak i skryptów poznawczych

Rysunek 12. Kampania internetowa stowarzyszenia „Jeden Świat" we współpracy z Herzyk, 2023

skutkujących wyborem bardziej prozdrowotnych zachowań przez odbiorców. Przykładami takich działań są komiksy lub kreskówki pokazujące określone sekwencje zachowań w różnych sytuacjach czy przekazujące określone treści destygmatyzujące życie z HIV w zabawnej formie (np. seria komiksowa zrealizowana przez Stowarzyszenie „Jeden Świat" z Krakowa we współpracy z Herzyk).

Niektóre podmioty realizujące działania profilaktyczne skierowane do omawianej populacji decydują się na tworzenie coraz modniejszych **podcastów tematycznych lub rolek na TikToku**. Przykładem takiego działania jest seria tzw. „HIVcastów", realizowanych przez Fundację Edukacji Społecznej w ramach projektu „Pozytywne życie". Są to formy pozwalające na wychodzenie naprzeciw stylowi życia współczesnych odbiorców. Taki podcast okazuje się możliwy do odsłuchania lub do obejrzenia w wygodny sposób w dogodnym momencie: w drodze do domu, w weekend o dowolnej godzinie itp. Z myślą o projektowaniu przekazów tego typu warto jednak uważać, żeby nie ulec pokusie wykorzystania wyłącznie informacyjnej strategii profilaktyki. Ważne tu będzie skoncentrowanie się na kształtowaniu postaw oraz na umiejętności podejmowania zachowań prozdrowotnych w tym zakresie (np. poprzez modelowanie pożądanych zachowań).

Ciekawym narzędziem edukacji i profilaktyki są także **aplikacje na smartfony**. Mogą się one okazać pomocne w zdobywaniu wiedzy (np. aplikacja STD-Check), w podnoszeniu świadomości dotyczącej potencjalnej ekspozycji na HIV w odniesieniu do własnej osoby (np. poprzez oferowanie narzędzi do szacowania prawdopodobieństwa narażenia na zakażenie, takich jak aplikacja HIV-Test) czy w wyszukiwaniu serwisów pomocowych (np. punkty testowania, organizacje pozarządowe, miejsca wsparcia). Innym pomysłem są aplikacje w konwencji zwykłych gier (np. – popularnych ostatnio – zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, aranżacji wnętrz itp.), w których do przejścia poziomu lub do zakupu określonej rzeczy konieczne staje się udzielenie odpowiedzi na określone pytania z obszaru problematyki HIV i innych STIs. Niestety, tych aplikacji wciąż jest niewiele. W połowie 2024 roku sklep Google Play nie oferował żadnej polskiej aplikacji nawiązującej do tematyki STIs. Dla osób pracujących w obszarze problematyki HIV warta uwagi jest aplikacja z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, w której łatwo można odnaleźć najbardziej aktualne informacje (rys. 13.).

Rysunek 13. Aplikacja PTN AIDS

W obszarze profilaktyki niezwykle pomocne mogłyby okazać się **gry internetowe *online***. Z jednej strony – mają one potencjał zainteresowania użytkownika, z drugiej natomiast – dość łatwo można dzięki nim osiągnąć cel związany z modelowaniem zachowań. Trudno, co prawda, znaleźć obecnie przykład polskiej gry, której celem byłoby modelowanie określonych zachowań, jednak takie próby były podejmowane w innych krajach. Przykładem najprostszej gry może być amerykańska „I'm positive" z 2014 roku (https://impositivegame.com/), chociaż wydaje się, że atrakcyjniejsza szata graficzna, bardziej rozbudowana fabuła i możliwość gry w czasie rzeczywistym z innymi użytkownikami mogłyby znacząco wpłynąć na jej atrakcyjność, na popularność oraz na skuteczność przekazu. Innym przykładem jest gra antydyskryminacyjna stworzona przez irańskich studentów medycyny, dofinansowana w 2020 roku przez UNAIDS, chociaż niestety trudna do odnalezienia w internecie. Opisywana jest jednak jako „10-poziomowa gra zaprojektowana w celu sprawdzenia przez osoby studiujące kierunki medyczne swojej wiedzy na temat HIV, a także postaw i zachowań wobec osób żyjących z HIV. Na przykład na poziomie Blood Pressure studenci mają za zadanie

zmierzyć ciśnienie osobie żyjącej z HIV, aby pokazać, że potrafią zrobić to bez dyskryminacji. Na kolejnych poziomach wykonują pomiar cukru z krwi, a także pobierają próbkę krwi do badań laboratoryjnych[43]".

Sporą przeszkodą w projektowaniu działań tego typu są wysokie koszty przedsięwzięcia, zwłaszcza gdy osobom tworzącym gry zależy na ich jakości. Stąd zapewne wciąż jeszcze zbyt mała popularność tego narzędzia – zarówno w Polsce, jak i na świecie.

Użyteczne w modelowaniu zachowań mogą być także wszelkiego rodzaju **seriale** (także w formie animacji czy komiksów), przedstawiające określone sytuacje problemowe i sposoby radzenia sobie z nimi, wskazujące na właściwe postawy, a jednocześnie utrzymujące uwagę, zwłaszcza jeżeli mają interesującą fabułę. Podczas pracy nad nimi należy pamiętać o grupie wiekowej, do której są kierowane, i brać pod uwagę jej styl życia, możliwości poznawcze oraz codzienne problemy, z którymi zmagają się osoby w populacji docelowej – tak aby w jak największym stopniu upodobnić bohaterów projektu do przedstawicieli wybranej grupy osób. Niestety, profesjonalna realizacja takich projektów jest – podobnie jak w przypadku gier online – kosztowna. Zapewne ograniczy to możliwość ich tworzenia.

Innym narzędziem, które może wpływać na modelowanie zachowań i kształtowanie postaw, możliwym do wykorzystania zarówno w odniesieniu do osób dorosłych, jak i do młodzieży, są **gry fabularne**. Mogą to być tzw. teatralne gry fabularne (ang. *live action role-playing*, LARP) lub gry wyobraźni (ang. *role-playing games*, RPG). Wykorzystanie tej metody do modelowania określonych zachowań, do tworzenia skryptów poznawczych (będących niejako wzorami postępowania) oraz do kształtowania określonych postaw i przekonań może być nie tylko bardzo skuteczne, lecz także atrakcyjne dla odbiorców. Zgodnie z naszą wiedzą taka forma nie była do tej pory wykorzystywana w profilaktyce, chociaż jest warta uwagi i przyszłościowa. W Polsce pojawiały się próby wykorzystania podobnego narzędzia w edukacji i w profilaktyce. To gry terenowe – nakierowane bardziej na upowszechnianie wiedzy niż na modelowanie określonych zachowań. Przykładem takiego działania może być gra terenowa realizowana w 2016 roku przez Grupę Edukatorów Seksualnych „Ponton"[44].

Naturalnym sojusznikiem w podejmowaniu działań edukacyjnych wydają się **media**, które docierają z upowszechnianiem wiedzy do dużych grup odbiorców. Istotna okazuje się tu współpraca ekspertów, osób żyjących z HIV oraz dziennikarzy, aby ten przekaz stał się rzetelny i odpowiednio skonstruowany. Potrzebna jest zatem zarówno wiedza merytoryczna – dotycząca opisywanej problematyki, jak i ta z zakresu mediów. Przykładów dobrych praktyk potwierdzających współpracę organizacji pozarządowych i mediów w tym obszarze w całym kraju jest wiele – sprawdza się tutaj współpraca długoterminowa, oparta na wzajemnym zaufaniu poszczególnych osób, dzięki czemu przekazy stają się bardziej dopracowane, napisane rzetelnie i niestygmatyzującym językiem. Więcej informacji na temat języka i możliwości mediów w kreowaniu postrzegania życia z HIV i profilaktyki można znaleźć w raporcie *Język. Media. HIV. Obraz zakażenia i osób seropozytywnych w artykułach prasowych*[45].

Inną formą dotarcia do szerokiego grona odbiorców są **kampanie outdoorowe**, które są często wykorzystywane w działaniach edukacyjnych. W przestrzeniach miejskich (np. billboardy, wiaty przystankowe czy nośniki w komunikacji miejskiej) pojawiają się przekazy edukacyjne w formie plakatów

43. https://impositivegame.com [dostęp: 12.08.2024].

44. Więcej tutaj: https://pulsmedycyny.pl/gra-terenowa-i-edukacja-o-hiv-i-aids-894147 [dostęp: 12.08.2024].

45. https://www.researchgate.net/profile/Marta-Dora-2/publication/307210456_Jezyk_Media_HIV_Obraz_zakazenia_i_osob_seropozytywnych_w_artykulach_prasowych/links/5b976be492851c78c41bef7d/Jezyk-Media-HIV-Obraz-zakazenia-i-osob-seropozytywnych-w-artykulach-prasowych.pdf [dostęp: 12.08.2024].

czy spotów. Najczęściej wykorzystują one informacyjną strategię profilaktyki – co jest ich najsłabszą stroną. Mimo to pozwalają na pozostawienie śladu w pamięci. Ich zadaniem jest głównie zaciekawienie odbiorców, które ma szansę przełożyć się na ich motywację do samodzielnego poszukiwania dalszych informacji. W tym miejscu warto też zauważyć, że wiele aktualnie wykorzystywanych form profilaktyki i edukacji opiera się na tym rodzaju strategii. Badania pokazują, że wykorzystywana samodzielnie jest jednak najmniej skuteczna, dlatego istnieje konieczność poszukiwania nowych form działania, opierających się na innych metodach dotarcia. Nie można jednak zapomnieć, że wymaga to wzmocnienia źródeł finansowania profilaktyki.

1.11 JĘZYK PROFILAKTYKI – ZALECENIA UNAIDS

Język używany podczas dyskusji o problematyce HIV pociąga za sobą pewne konsekwencje. Może to być wzmacnianie krzywdzących stereotypów i uprzedzeń, ale także im przeciwdziałanie. Język, jakim posługujemy się w tym kontekście, może skutkować określonym wartościowaniem rzeczywistości, ale i wpływać na skuteczność działań profilaktycznych na wszystkich poziomach. Te mechanizmy – wraz z różnorodnymi konsekwencjami – opisano we wspomnianej już książce pt. *Język. Media. HIV. Obraz zakażenia i osób seropozytywnych w artykułach prasowych.*

Precyzja wypowiedzi czy określone słowa (w zależności od ich nacechowania emocjonalnego) mogą też przekładać się na realne zachowania wobec osób z HIV. Już George D. Bishop (2000) wskazuje na stwierdzenia używane przez ekspertów w przekazach, takie jak „zakażenie się jest wysoce nieprawdopodobne" czy „praktycznie niemożliwe", jako na te, które utrzymują poczucie niezupełnej pewności w odbiorcach. Jeżeli tych stwierdzeń używa się w odniesieniu do codziennych kontaktów z osobą żyjącą z HIV, to ostatecznie dla wielu ludzi nie będą one wystarczające do tego, aby w razie rzeczywistego kontaktu odbył się on bez lęku i uprzedzeń.

Wśród przykładów tego, jak język może kreować rzeczywistość osób seropozytywnych, warto wymienić też wyrażenia „chory na AIDS" lub „cierpiący na AIDS", które – zamiast zrozumienia, empatii i akceptacji – uruchamiają postawy litości i wyższości. To – oczywiście – bardzo ważne, chociaż nieliczne egzemplifikacje związku języka z zachowaniami istnieją obiektywnie. Pozwalają na pokazanie, dlaczego zajmujemy się tym obszarem w kontekście profilaktyki i dlaczego realizatorzy działań powinni – w naszej opinii – zwracać szczególną uwagę na to, jakich określeń używają.

Warto więc zapoznać się z ważnym dokumentem opracowanym przez UNAIDS[46]. We wprowadzeniu do dokumentu można przeczytać, że język kreuje nasz tok myślenia, postrzeganie rzeczywistości oraz zachowanie. W kontekście zakażeń HIV środki wyrazu mogą być nośnikiem treści o charakterze stygmatyzującym lub dyskryminującym (...). Język odgrywa również dużą rolę w wyrażaniu szacunku wobec drugiego człowieka oraz w procesie nadawania mu sprawczości, ponieważ społeczności kształtują się zgodnie z tym, jak są określane i jak same pragną się definiować. Rozwaga językowa oraz odpowiednie konstrukty słowne wywierają realny wpływ na ograniczenie pandemii HIV poprzez redukowanie stygmatyzacji i dyskryminacji oraz zwiększenie poziomu wsparcia i zrozumienia osób oraz społeczności żyjących z HIV.

46. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/terminology_guidelines [dostęp: 11.07.2024].

Sprawdź jakiego rodzaju języka używasz:
✔ Czy język ten jest stygmatyzujący?
✔ Czy na pierwszym planie stawia jednostkę?
✔ Czy wyraża wartości i preferencje danej populacji?

Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV i AIDS (UNAIDS) opracował wytyczne dotyczące posługiwania się terminologią z obszaru HIV i AIDS. Wskazówki prezentowane w dokumencie odzwierciedlają styl wypowiedzi zorientowanej na osobę, co oznacza umieszczenie jednostki na pierwszym planie, niezależnie od jej stanu zdrowia czy statusu społecznego.

Istotne jest używanie języka stawiającego w centrum uwagi osobę, gdyż wiele społeczności dotkniętych HIV uważa, że określanie jednostki wyłącznie na podstawie jej stanu zdrowia fizycznego, psychicznego lub społecznego świadczy o braku szacunku i umniejsza wieloaspektowej naturze egzystencji człowieka. Nie dotyczy to jednak wszystkich. Niektóre zbiorowości wolą tak konstruować wypowiedzi, aby wyróżniona została ich tożsamość. Dlatego istotne jest nawiązanie kontaktu z lokalnymi społecznościami, aby ustalić, jakie określenia są dla nich najbardziej odpowiednie. Należy pamiętać, że preferencje językowe mogą się różnić zarówno pomiędzy społecznościami, jak i wewnątrz nich, a także mogą zmieniać się z czasem.

Opisywane tu wytyczne zostały opracowane we współpracy ze zbiorowościami osób żyjących z HIV lub tych, których kwestia HIV dotyczy, a także z organizacjami sponsorującymi działania UNAIDS oraz organizacjami partnerskimi.

Należy pamiętać, że język nieustannie ewoluuje, co oznacza, że dokument ten będzie podlegał okresowym aktualizacjom i uzupełnieniom. W obecnym wydaniu, datowanym na rok 2024, odrzucono niektóre terminy zawarte w wydaniu z roku 2015. Nowa edycja została wzbogacona o pojęcia istotne przy opisywaniu sposobów przeciwdziałania HIV w ujęciu globalnym oraz o terminologię stosowaną przez pracowników UNAIDS i organizacji partnerskich.

Poniżej przedstawiamy przetłumaczoną tabelę[47], w której znajdują się zarówno terminy, których warto obecnie unikać, jak i te, których warto używać.

Wiele dawniej używanych określeń z obszaru HIV jest obecnie uznawanych za przestarzałe lub nieodpowiednie, dlatego nie zaleca się ich stosowania. Zamiast nich należy posługiwać się ich zaktualizowanymi zamiennikami:

Tabela 4. Terminy przestarzałe i zalecane wg wytycznych UNAIDS (2024c).

TERMIN PRZESTARZAŁY	TERMIN ZALECANY
uzależniony/uzależniona	• osoba stosująca środki psychoaktywne • osoba stosująca środki psychoaktywne w formie iniekcji
nosiciel AIDS	osoba żyjąca z HIV

47. Tłumaczenie: Iwona Wawer, na podstawie dokumentu UNAIDS: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/terminology_guidelines [dostęp: 11.07.2024].

zakażony AIDS, pacjent z AIDS, osoba zakażona przekazująca wirusa	• osoba żyjąca z HIV (jeśli znany jest jej status serologiczny) • osoba HIV+ • osoba o nieznanym statusie serologicznym (jeśli jest on nieznany)
sieroty AIDS	osoby osierocone i inne dzieci zagrożone sieroctwem przez AIDS
walka z AIDS	przeciwdziałanie HIV
test na AIDS	• test w kierunku HIV • test na obecność przeciwciał
wirus AIDS wirus HIV	ludzki wirus nabytego niedoboru odporności (HIV)
zmiana behawioralna	zmiana zachowań
rozpoznawanie przypadków (zakażeń)	dotarcie do osób żyjących z HIV, które nie znają swojego statusu serologicznego
kościół, meczet, synagoga, organizacja religijna	miejsce kultu, organizacja wyznaniowa
czysty (sprzęt do iniekcji)	sterylny (sprzęt do iniekcji)
praca seksualna, prostytucja	usługi seksualne (*sex work*)
prostytutka	osoba sprzedająca usługi seksualne
osoba korzystająca z usług seksualnych	klient/klientka osoby sprzedającej usługi seksualne
gwałt „naprawczy”	przemoc na tle homofobicznym/ transfobicznym
choroba śmiertelna, choroba nieuleczalna	• zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS), • ludzki wirus nabytego niedoboru odporności (HIV)
brudny (sprzęt do iniekcji)	niesterylny (sprzęt do iniekcji)
osoby niepełnosprawne	osoby z niepełnosprawnościami
czynniki napędzające epidemię (*epidemic drivers*)	*Należy szczegółowo zdefiniować poszczególne determinanty zdrowia*
narkoman, uzależniony od narkotyków	• osoba stosująca środki psychoaktywne w iniekcji • osoba przyjmująca środki psychoaktywne • osoba żyjąca w obszarze uzależnienia od środków psychoaktywnych

eliminacja AIDS, eliminacja HIV, eradykacja AIDS, eradykacja HIV	• zakończenie pandemii/epidemii • AIDS jako zagrożenia dla zdrowia publicznego (*określenie preferowane*) • zakończenie pandemii/epidemii • zakończenie pandemii/epidemii AIDS
feminizacja	*przy omawianiu trendów epidemiologicznych dotyczących wzrostu liczby zakażeń HIV wśród kobiet należy podać fakty i liczby w miejsce niejasnych pojęć, takich jak feminizacja.*
walka z, inne pojęcia związane z językiem wojny (bitwa, potyczka, starcie)	• przeciwdziałanie • zarządzanie • środki zaradcze • działania • wysiłki na rzecz • programy
grupy podwyższonego ryzyka	• populacje kluczowe • młode populacje kluczowe • populacje marginalizowane • *należy posługiwać się konkretnymi pojęciami (np. migranci, osoby żyjące na terenie obszarów* objętych konfliktem zbrojnym)
HIV/AIDS	HIV i AIDS, *należy stosować konkretne określenia i definicje, takie jak:* • prewalencja HIV • zapobieganie HIV • przeciwdziałanie HIV • testowanie w kierunku HIV • krajowy program przeciwdziałania AIDS • organizacje udzielające świadczeń z obszaru AIDS *pandemia HIV to określenie bardziej inkluzywne (włączające) od określenia pandemia AIDS*
dzieci narażone na HIV i te niezakażone	dzieci i nastolatki narażone na kontakt z HIV w okresie okołoporodowym
ognisko choroby	• lokalizacja • epidemia lokalna *Opisywaną sytuacją należy umieścić w kontekście.*
narkoman dożylny, narkoman wstrzykujący sobie narkotyki	osoba stosująca środki odurzające w iniekcji

interwencja w rozumieniu *działanie* (lub zestaw działań mających na celu zapobieganie chorobie, jej leczenie lub łagodzenie skutków)	*należy stosować określenia lub definicje bardziej precyzyjne, takie jak:* • opracowywanie programów • program • działania • inicjatywy *W języku angielskim słowo „interwencja" jest używane w kontekście interwencji strukturalnych, interwencji w opiece zdrowotnej oraz interwencji wzmacniających systemy opieki zdrowotnej.*
najbardziej narażone na ryzyko, najbardziej narażone na ryzyko nastolatki, najbardziej narażone na ryzyko populacje, najbardziej narażone na ryzyko młodzi ludzie	*Należy opisać rodzaje ryzykownych zachowań charakterystycznych dla danych populacji (np. kontakty seksualne bez zabezpieczenia stałych partnerów o różnym statusie serologicznym, sprzedawanie usług seksualnych bez zabezpieczenia, stosowanie środków odurzających w iniekcji przy użyciu niesterylnego sprzętu, nierówności wynikające z płci uniemożliwiające nastoletnim dziewczętom ochronę przed zakażeniem HIV).*
droga transmisji HIV z matki/rodzica na dziecko, profilaktyka zakażeń z matki na dziecko	• wertykalna transmisja HIV • profilaktyka zakażeń wertykalnych HIV
jednoczesne posiadanie wielu partnerów	• jednoczesne relacje seksualne • partnerstwa seksualne • jednoczesne utrzymywanie wielu relacji seksualnych w tym samym czasie.
dzielenie się igłami/strzykawkami	• stosowanie niesterylnego sprzętu do iniekcji (w odniesieniu do transmisji wirusa) • stosowanie niesterylnego sprzętu do iniekcji (w odniesieniu do narażenia na zakażenie) • wielokrotne używanie sprzętu do iniekcji przez różne osoby (w odniesieniu do narażenia na zakażenie)
osoby żyjące z HIV i AIDS, pacjent AIDS, cierpiący na AIDS, ofiara AIDS	• osoby żyjące z HIV • dzieci żyjące z HIV • osoby, których dotyczy kwestia HIV (*pojęcie to odnosi się do członków rodzin lub innych osób zaangażowanych w opiekę nad zakażonymi lub innych osób w jakiś sposób związanych z osobami żyjącymi z HIV*)

więźniowie, osoby uwięzione	osoby pozbawione wolności
ryzyko AIDS	• ryzyko zakażenia HIV • narażenie na zakażenie HIV
bezpieczny seks	bezpieczniejszy seks
choroba przenoszona drogą płciową, choroba weneryczna	zakażenia przenoszone drogą płciową
przeniesienie zakażenia między małżonkami	transmisja pomiędzy partnerami płciowymi
adresować przekaz (celować w...)	• zaangażować • włączyć do realizacji działań • skupić się na • utworzony dla i przez
grupy docelowe	*Ludzie nie powinni być określani jako „cele”. W zależności od kontekstu można powiedzieć:* • grupy priorytetowe • populacje kluczowe • populacje odbiorców • populacje wymagające wsparcia • populacje upodmiotowione

1.12 DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE JAKO NARZĘDZIE ZMIANY ZACHOWAŃ

Zapobieganie zakażeniom HIV, w tym – działania edukacyjne, opisano za pomocą różnych modeli i teorii, które tłumaczą, w jaki sposób ludzie podejmują decyzje dotyczące swojego zdrowia oraz jak odpowiadają na próby zmiany ich zachowań. Te teorie okazują się przydatne podczas planowania i wdrażania działań edukacyjnych na różnych poziomach: całego społeczeństwa (poziom strategii), danego podmiotu (poziom instytucjonalny) oraz praktycznym (poziom projektu skierowanego do niedużej grupy osób wyodrębnionych na podstawie jakiejś cechy, takiej jak wiek, zainteresowania czy styl życia).

Czynniki wpływające na zdrowie i zachowania zdrowotne są często związane ze strukturami społecznymi i środowiskiem, w którym żyją ludzie. Dlatego kluczowe jest zrozumienie specyfiki danej grupy społecznej – aby skutecznie promować zdrowie.

Do niedawna uważano, że z kampaniami mającymi na celu zmianę zachowań zdrowotnych można docierać na dużą skalę wyłącznie do ogółu społeczeństwa. Było to łatwiejsze niż praca nad zmianą w małych, specyficznych społecznościach. Jednak okazało się, że takie podejście pomija osoby, które doświadczają specyficznych barier w dostępie do opieki zdrowotnej, związanych z ich sytuacją społeczno-ekonomiczną. Dziś społeczności są postrzegane bardziej jako dynamiczne systemy, które można wspierać w poprawie zdrowia, z uwzględnieniem ich unikatowych potrzeb oraz uwarunkowań (Nutbeam i in., 2024).

Nie istnieje jedna teoria, czy jeden model, które można by zastosować do opracowania kompleksowego programu promocji zdrowia lub edukacji seksualnej. Łączy je konieczność wykonania analizy dostępnych danych oraz uwzględnienie wiedzy o konkretnej społeczności, w której są planowane działania. Pozwala to lepiej zrozumieć bariery, niezaspokojone potrzeby oraz czynniki, które w danym momencie są najbardziej podatne na zmianę. Zazwyczaj lepszy rezultat przynoszą kompleksowe strategie działające na wielu poziomach niż skupienie się na jednym czynniku decydującym o zdrowiu.

W tej części podręcznika koncentrujemy się na modelach odnoszących się do jednostki oraz na wpływie społecznym na jej działanie. Wiedza o teoriach zmian zachowań zdrowotnych może pomóc osobom korzystającym z podręcznika w planowaniu skuteczniejszych interwencji, w lepszym dopasowaniu działań profilaktycznych oraz w ocenie ich efektywności.

Kluczowe teorie profilaktyki (edukacji zdrowotnej) kładą nacisk na czynniki wpływające na zachowania zdrowotne, przy czym zwykle skupiają się na jednym z nich. Te teorie możemy podzielić na te, które koncentrują się na:

- ✔ informacjach o zagrożeniach dla zdrowia,
- ✔ uczeniu się umiejętności i zachowań interpersonalnych,
- ✔ presji społecznej i poczuciu własnej skuteczności jednostki.

Przyjrzymy się teraz modelom dotyczącym jednostki i środowiska, w którym ona funkcjonuje, a następnie omówimy ich zastosowanie w działaniach edukacyjnych służących profilaktyce zakażeń HIV. Pierwsza grupa modeli dotyczy jednostki i wyjaśnia, jak różne działania mogą prowadzić do zmiany na poziomie osobistym, natomiast druga odnosi się do zmian w całych społecznościach.

1.12.1. TEORIE INDYWIDUALNE

1.12.1.1. MODEL PRZEKONAŃ ZDROWOTNYCH

Model przekonań zdrowotnych opracowano w latach 50. XX stulecia. **Zakłada on, że zachowania zdrowotne wynikają z indywidualnych cech socjodemograficznych jednostki, z jej wiedzy i z postaw. Zgodnie z tym modelem człowiek musi przejść przez proces refleksji nad wzajemnie powiązanymi, uporządkowanymi etapami, co okazuje się niezbędne do zmiany własnego zachowania**. Oto te przekonania:

- ✔ dostrzeganie problemu zdrowotnego i odniesienie go do siebie (C*zy zakażenie HIV mnie dotyczy?),*
- ✔ *dostrzeganie zagrożenia (Jak poważnym problemem jest AIDS? Jak będzie wyglądało moje życie, jeżeli zakażę się HIV albo rozwinie się u mnie AIDS?*),
- ✔ wiara w skuteczność nowego zachowania (*W jakim stopniu korzystanie z prezerwatyw lub PrEP może zmniejszyć ryzyko zakażenia się HIV?*),
- ✔ wskazówka do działania (*Osoba z kręgu moich znajomych zakaziła się HIV. Widziałem, jak cierpiała, kiedy otrzymała wynik i ile kosztowało ją zaakceptowanie tego*),
- ✔ dostrzeganie korzyści wynikających z działań zapobiegawczych (*Jeżeli będę używać prezerwatyw lub PrEP, mogę zmniejszyć ryzyko zakażenia się HIV*),
- ✔ bariery dotyczące podjęcia działania (*Nie lubię używać prezerwatyw, bo wiąże się to według mnie z brakiem zaufania do osoby, z którą mam kontakt seksualny*).

Model przekonań zdrowotnych zakłada, że zmiana zachowania wymaga dokonania osobistych modyfikacji zachowania. Przed przystąpieniem do działania ludzie zaczynają kalkulować: zestawiają

potencjalne korzyści z dostrzeganymi kosztami i barierami. Co oczywiste, aby nastąpiła zmiana, korzyści muszą się okazać większe niż koszty. W odniesieniu do HIV działania opierające się na omawianym modelu dotyczą postrzegania narażenia na zakażenie HIV, przekonań dotyczących skutków zakażenia („nie ma lekarstwa") czy skuteczności używania prezerwatyw lub PrEP oraz korzyści płynących z używania tych metod profilaktyki lub z opóźniania rozpoczęcia współżycia seksualnego.

W latach 70. XX wieku, w wyniku dodatkowych badań, model przekonań zdrowotnych uzupełniono o komponent dotyczący przekonania o własnej sprawczości, określony pierwotnie jako „własna skuteczność", a następnie jako wystąpienie „oczekiwań, które są produktem lub sumą postrzeganych korzyści, barier i poczucia własnej skuteczności". Następnie zaproponowano uwzględnianie w tym modelu dodatkowej zmiennej, związanej z czynnikami demograficznymi i społeczno-ekonomicznymi wpływającymi na życie jednostki. Należą do nich – przykładowo – wiek, pochodzenie etniczne, tożsamość kulturowa, wykształcenie i dochody (Rosenstock i in., 1994).

Dzięki modelowi przekonań zdrowotnych możliwe jest poddanie krytycznej analizie założeń niektórych działań profilaktycznych. Przykładowo: często osoby zaangażowane w profilaktykę zakażeń HIV odkrywają, że osoby, do których kierują działania, uważają, że konsekwencje zakażenia HIV są mniej znaczące niż komplikacje w przezwyciężeniu trudności związanych z występowaniem innych czynników dotyczących zachowań seksualnych przez nich podejmowanych, np. żywią przekonanie, że używanie prezerwatywy jest oznaką braku zaufania lub że prezerwatywa zmniejsza przyjemność seksualną. W takim przypadku właściwym podejściem byłoby ukierunkowanie prowadzonych działań edukacyjnych na przekonania dotyczące używania prezerwatyw, tak aby zmniejszyć wpływ tych przekonań na działanie jednostki, np. poprzez kampanię edukacyjną, której przekaz odnosiłby się do wspomnianych przekonań.

Model zmiany zachowania oparty na przekonaniach zdrowotnych zrewidował sam Rosentock – ze względu na brak odniesienia do kontekstu społecznego, który może wpływać na szacowanie ekspozycji i na podatność na podejmowanie działań prowadzących do negatywnych następstw dla jednostki. Krytyka tego modelu wskazuje, że nie uwzględnia on presji ze strony rówieśników lub partnerów, którzy mogą zachęcać do podejmowania zachowań zwiększających ekspozycję na zakażenie HIV. Dlatego też, na skutek zaobserwowanych ograniczeń modelu zachowań zdrowotnych, w latach 80. rozwijano badania służące wyjaśnieniu, w jaki sposób i dlaczego ludzie zmieniają swoje zachowanie. W ich wyniku dostrzeżono potrzebę skoncentrowania się na rozwoju umiejętności lub technik poznawczych, co przyczyniło się do opracowania teorii społecznego uczenia się – którą opisujemy na dalszych stronach publikacji.

Przeprowadzona metaanaliza modelu przekonań zdrowotnych wykazała, że nie występował związek między – postrzeganą przez daną osobę – podatnością na zakażenie HIV a troską o bezpieczniejszy seks. Dlatego działania, które próbowały wzmocnić postrzeganie zagrożeń związanych z zakażeniem HIV (w tym – poprzez zwiększenie lęku przed zakażeniem), okazały się nieskuteczne (Gerrard i in., 1996).

1.12.1.2. TEORIA UZASADNIONEGO DZIAŁANIA I TEORIA PLANOWANEGO ZACHOWANIA

Teoria uzasadnionego działania, rozwinięta w połowie lat 60. XX wieku przez Martina Fishbeina oraz Icka Ajzena, opiera się na przekonaniu, że ludzie są zwykle dość racjonalni i systematycznie wykorzystują dostępne informacje, aby uzyskać istotne dla nich korzyści.

Zgodnie z tą teorią, zanim ludzie podejmą działanie, rozważają jego konsekwencje w kontekście, w którym się znajdują, i w różnych perspektywach czasowych (krótko-, średnio- lub długoterminowej), a większość ważnych decyzji opiera się na ich własnej woli (Ajzen, Fishbein, 1980). Teoria

uzasadnionego działania jest podobna do modelu przekonań zdrowotnych, ale za kluczowy czynnik wpływający na decyzje zdrowotne jednostki uznaje jej intencje. Obie te teorie koncentrują się na postrzeganej podatności, na korzyściach oraz na ograniczeniach związanych ze zmienionym zachowaniem. Teoria uzasadnionego działania skupia się na roli osobistej intencji w określaniu, czy dane zachowanie zostanie podjęte. Na tę intencję składają się dwa elementy:

- ✔ postawa (ogólna ocena wobec zachowania),
- ✔ subiektywne normy (związane z wpływem społecznym).

Te subiektywne normy mają kluczowe znaczenie. Są to przekonania jednostki na temat oczekiwań ważnych dla niej osób lub grup społecznych wobec danego zachowania. Przykładowo: postawą sprzyjającą korzystaniu z prezerwatyw może być przekonanie, że *seks z prezerwatywami jest równie dobry jak uprawianie seksu bez prezerwatyw*, a subiektywną normą może być argument, że *większość moich znajomych używa prezerwatyw, więc spodziewam się, że gdyby dowiedzieli się, że ja ich nie używam, mogliby mnie negatywnie oceniać*. Działania wykorzystujące tę teorię koncentrują się na postawach dotyczących ograniczenia zachowań mogących prowadzić do narażenia na zakażenie HIV.

Teoria planowanego zachowania stanowi rozwinięcie teorii uzasadnionego działania. Jej opracowanie i rozpowszechnienie nastąpiło dzięki badaniom Bandury nad poczuciem własnej skuteczności i opublikowaniu w 1986 r. teorii społecznego uczenia się (Ajzen, 1985, 1987). Różni się ona od teorii uzasadnionego działania dodatkową zmienną określoną jako „postrzegana kontrola behawioralna" (PBC – ang. *perceived behavioral control)*. Definiuje się ją jako wynik przekonań o możliwościach kontrolowania działania oraz o własnej skuteczności. PBC wpływa zarówno na intencję działania, jak i bezpośrednio na zachowanie, obok subiektywnych norm i postaw wobec działania.

1.12.1.3. TRANSTEORETYCZNY MODEL ZMIANY

Ten model opracowano na początku lat 90. XX wieku jako wspierający terapię zaprzestania palenia tytoniu (Prochaska i in., 1992). Uwzględnia on sześć etapów, przez które przechodzą osoby lub grupy podczas zmiany zachowania: prekontemplację, kontemplację, przygotowanie, działanie, podtrzymanie oraz nawrót.

W odniesieniu do używania prezerwatyw etapy te można opisać jako:

- ✔ *Nie rozważam używania prezerwatyw, nie potrzebuję nic zmieniać* (prekontemplacja),
- ✔ *Może prezerwatywy spowodowałyby, że czułbym się swobodniej podczas kontaktu seksualnego?* (kontemplacja),
- ✔ *Chcę zacząć używać prezerwatyw, ale jak to zrobić?* (przygotowanie),
- ✔ *Będę używał prezerwatyw od teraz przez co najmniej 6 miesięcy; kupię sobie ich zapas i będę zawsze nosił przy sobie* (działanie),
- ✔ *Używam prezerwatyw i dobrze mi z tym, nie chcę wracać do seksu bez nich* (podtrzymanie),
- ✔ *Czasami jednak zdarza mi się nie używać prezerwatywy, zwłaszcza gdy jestem pod wpływem alkoholu* (nawrót).

Aby podjęte działania zakończyły się sukcesem, muszą być ukierunkowane na odpowiedni etap zmiany, w którym znajduje się dana osoba lub konkretna grupa. Przykładowo: między pierwszym a drugim etapem zmiany mogą to być działania ukierunkowane na zwiększenie świadomości potencjalnych następstw zakażenia HIV, służące zwiększaniu refleksji grup lub jednostek nad ich obecnymi zachowaniami seksualnymi. Zmiana staje się możliwa jedynie wtedy, gdy grupy i jednostki przejdą przez wszystkie etapy – nie musi to jednak oznaczać, że każda osoba będzie robiła to w ten sam

sposób i zajmie jej to tyle samo czasu (Prochaska, 1992). Podobnie jak w przypadku poprzednich teorii, etapy Transteoretycznego Modelu Zmiany podkreślają znaczenie procesów poznawczych i wykorzystują koncepcję samoskuteczności Bandury. Przechodzenie do kolejnych etapów zależy od odpowiedniej aktywacji procesów poznawczo-behawioralnych.

W sytuacji, gdy ludzie jeszcze nie podjęli zachowania i są na początkowym etapie zmiany, można przypuszczać, że wiedza na temat HIV i AIDS lub bardziej ogólnego postrzegania ekspozycji na HIV może przyczynić się do przyśpieszenia zmiany. Kształtowanie odpowiednich postaw bywa ważne na początkowych etapach zmiany, ale nie w sytuacji, gdy ludzie już podejmują zachowanie i są świadomi jego efektów. Ci, którzy zaakceptowali zmianę i zaczęli ją wdrażać, mogą potrzebować nowych umiejętności, aby osiągnąć pełny sukces.

Założenia Transteoretycznego Modelu Zmiany mogą być szczególnie przydatne dla autorów kampanii medialnych i informacyjno-profilaktycznych. Ćwiczenie nowych umiejętności staje się zazwyczaj niezbędną częścią skutecznego programu profilaktycznego. Jednak dostarczenie informacji, która sama nie powoduje zmiany, może skłonić ludzi lub grupy do rozważenia tej zmiany, a także pomóc im utrzymać zmienione zachowanie, gdy zmiany zaczęli już wprowadzać w życie.

1.12.1.4. TEORIA SPOŁECZNEGO UCZENIA SIĘ

Założenia teorii społecznego uczenia się (SCT – ang. *social cognitive theory*) zakładają, że nowe zachowania są wyuczone poprzez obserwowanie zachowań innych osób i ich skutków lub przez doświadczanie skutków działań podjętych samodzielnie. Ta teoria koncentruje się na roli zastępczych, symbolicznych i samoregulujących procesów dotyczących funkcjonowania psychologicznego i analizuje zachowanie człowieka rozumiane jako ciągłą interakcję między determinantami poznawczymi, behawioralnymi i środowiskowymi (Bandura, 1976).

Głównymi założeniami teorii społecznego uczenia są:
- ✔ poczucie własnej skuteczności: wiara w zdolność do wprowadzania niezbędnych zachowań (*Wiem, że mogę nalegać na używanie prezerwatywy z moim partnerem*),
- ✔ oczekiwane skutki: przekonania na temat skutków podjętych działań (*Prawidłowe stosowanie prezerwatyw zmniejszy ryzyko zakażenia HIV*).

Programy oparte na SCT integrują przekazanie informacji i zmianę postaw w celu zwiększenia:
- ✔ motywacji,
- ✔ umiejętności ograniczania zachowań mogących prowadzić do wystąpienia narażenia na zakażenie HIV,
- ✔ poczucia własnej skuteczności.

Przykładowo: działania oparte na SCT mogłyby się koncentrować na doświadczeniach związanych z rozmowami z partnerami na temat seksu i używania prezerwatyw, na pozytywnych i negatywnych przekonaniach na temat używania prezerwatyw, a także na rodzajach barier środowiskowych ograniczających narażenie na zakażenie HIV.

Zgodnie z tą teorią, skuteczna samoregulacja zachowań i zmiana osobista wymagają, aby ludzie wierzyli w zdolność kontrolowania swojej motywacji, myśli, stanów afektywnych i zachowań. Innymi słowy: do zaistnienia zmiany zachowania niezbędne okazują się: chęć (motywacja), wiara w możliwość samodzielnego poradzenia sobie, posiadanie odpowiednich umiejętności i wiara w osobistą skuteczność w korzystaniu z nich.

Ta teoria zakłada, że zmiana stanowi efekt dłuższego procesu uczenia się, na które składa się podejmowanie prób wprowadzania nowych zachowań (ich ćwiczenie) przy jednoczesnym otrzymywaniu informacji zwrotnych odnośnie do ich efektów. Przykładowo: zmiana, której efektem ma być używanie przez jednostkę prezerwatywy przy każdym kontakcie seksualnym z osobą o nieznanym statusie serologicznym, zakłada podejmowanie takich prób przy każdym kontakcie seksualnym, analizowanie postępów i – w razie niepowodzeń – ich przyczyn oraz sposobu, w jaki jednostka przy kolejnej próbie może poradzić sobie z występującymi trudnościami. Prowadzi to do rozwinięcia poczucia własnej skuteczności w podejmowaniu działań na rzecz własnego zdrowia (Bandura, 1994). Niezbędne staje się przy tym także odpowiednie wsparcie społeczne.

Teoria społecznego uczenia się nie wyjaśnia, dlaczego ludzie decydują się na zmianę, ale – jak twierdzi Albert Bandura – „głównym problemem nie jest nauczenie ludzi, jak uprawiać bezpieczniejszy seks, co jest łatwe do osiągnięcia, ale wyposażenie ich w umiejętności i przekonania, które umożliwiają konsekwentne stosowanie tych wytycznych w obliczu pojawiającej się presji" (Bandura, 1994).

1.12.2. Teorie i modele społeczne

Zbyt duże skupienie na badaniu wpływu aspektów poznawczych na działania zdrowotne jednostek doprowadziło do zaniedbania prób poznania szerszej złożoności czynników odpowiadających za podejmowanie przez ludzi zachowań dotyczących dbałości o ich zdrowie. Skoncentrowanie się wyłącznie na procesie psychologicznym dotyczącym jednostki skutkuje pominięciem istnienia relacji między jej zachowaniami a kontekstem społecznym, kulturowym i ekonomicznym. W konsekwencji nie jest możliwe pełne zrozumienie kluczowych determinantów zachowań. Peter Aggleton (1996) wskazuje, że w wielu przypadkach motywacja do podejmowania kontaktów seksualnych okazuje się skomplikowana, niejasna i nie może zostać z góry przemyślana i zaplanowana.

Normy społeczne, przekonania religijne i relacje władzy między płciami wpływają na zachowanie jednostki – kształtują zarówno pozytywne, jak i negatywne zmiany w jej zachowaniu. Główną różnicą między modelami indywidualnymi a społecznymi jest odniesienie do wpływu społeczności na zachowanie jednostki. Teorie socjologiczne potwierdzają, że społeczeństwo dzieli się na mniejsze subkultury i to właśnie osoby z najbliższego otoczenia lub grupa rówieśnicza, z którą człowiek najbardziej się identyfikuje, najefektywniej wpływają na zachowanie jednostki. Zgodnie z tym założeniem, skuteczne działania profilaktyczne, zwłaszcza skierowane do grup stygmatyzowanych społecznie, zależą od strategii zakładających mobilizację społeczności. Powinny one zostać ukierunkowane na wspieranie pozytywnych zmian w zachowaniu (Kelly, 1995). Większe zainteresowanie społecznym kontekstem poszczególnych zachowań doprowadziło do zwiększenia liczby działań profilaktycznych opracowywanych na podstawie poniższych modeli.

1.12.2.1. TEORIA SPOŁECZNEJ DYFUZJI

Jej kluczowym założeniem jest, że innowacje rozprzestrzeniają się wraz z upływem czasu za pośrednictwem sieci społecznych funkcjonujących na zasadach znanych ich członkom. Może to dotyczyć także zachowań związanych ze zdrowiem. Teorię społecznej dyfuzji wykorzystano także do badań nad zachowaniami mającymi na celu uniknięcie zakażenia HIV (Dearing i in., 1994). **Zgodnie z tą teorią, zachowanie lub innowacja zostaną przyjęte, jeśli będą odpowiednio zastosowane, będą wykazywały wysoką użyteczność i będą zgodne z dotychczasowymi przekonaniami i nawykami ludzi. Innymi słowy: ich akceptacja nastąpi wtedy, gdy staną się one łatwe**

do zrozumienia i zastosowania, a także zostaną dobrze osadzone w istniejących normach społecznych. Przykładowo – jednym z głównych problemów, przed którymi stoją osoby zajmujące się profilaktyką HIV, jest trudność w przedstawianiu szczegółowych informacji dotyczących narażenia na zakażenie HIV podczas różnych (często stygmatyzowanych społecznie) form aktywności seksualnej. Tabu towarzyszące wielu dyskusjom na temat HIV utrudnia ludziom ocenę użyteczności innowacji (takiej jak używanie PrEP), ponieważ dyskusja na ten temat w sieciach społecznych (np. w telewizji, w mediach społecznościowych) bywa utrudniona lub wręcz staje się niemożliwa.

W badaniach nad modelami społecznej dyfuzji zaobserwowano, że innowacje są przyjmowane przez każdą populację zgodnie z rozkładem w kształcie krzywej odpowiadającej literze „S". Na początku innowacja oddziałuje na kilka osób, następnie ich liczba znacząco się zwiększa, a w końcowej fazie innowację wdrażają pozostałe, nieliczne już jednostki. W pracach naukowych podjęto próbę określenia cech osób, które przyjmują innowację w jej początkowej fazie, a także ustalenia, kto wpływa na osoby przyjmujące innowację w późniejszym czasie. Dowiedziono, że tempo przyjmowania innowacji zależy od zróżnicowania grupy – najszybciej rozprzestrzeniają się one w grupach, które są względnie jednorodne. Działania podejmowane przez tzw. agentów zmiany – osoby, które przyjęły innowację lub rozpowszechniały informacje na jej temat – charakteryzują się większą skutecznością, jeżeli agenci pochodzą z tej grupy.

Dwa czynniki uznawane za bardzo ważne w rozpowszechnianiu innowacji mają szczególne znaczenie w zapobieganiu HIV. Należą do nich „testowalność", czyli możliwość indywidualnego eksperymentowania z innowacją, oraz „widoczność", czyli wiedza, że inne osoby w danej populacji postępują już w ten sposób.

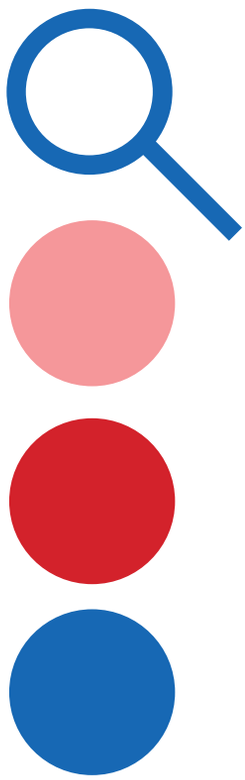
1.12.2.2. TEORIE I MODELE STRUKTURALNE I EKOLOGICZNE

Determinanty zachowań seksualnych można postrzegać jako funkcję czynników nie tylko indywidualnych i społecznych, lecz także strukturalnych i środowiskowych (Caraël, 1997, Sweat, 1995, Tawil, 1995). Te czynniki to elementy obywatelskie i organizacyjne, a także kwestie polityczne i gospodarcze. Nie przedstawiamy ich szerzej w niniejszej publikacji, ponieważ mają one zastosowanie do tworzenia szerszych strategii zapobiegania zakażeniom HIV i tym samym nie sprawdzą się na potrzeby realizacji bezpośrednich działań edukacyjnych.

WYBÓR ODPOWIEDNIEGO MODELU (TEORII)

Przedstawione teorie nie są modelami statycznymi, możliwymi do zastosowania podczas rozwiązywania wszystkich problemów i bez względu na okoliczności. W promocji zdrowia niektóre z teorii udoskonalono i przeformułowano na podstawie doświadczeń. Warunkiem skuteczności przedstawionych modeli teoretycznych jest ich użyteczność w rozwiązywaniu konkretnych problemów w rzeczywistych sytuacjach. **Sugerujemy, aby przed podjęciem decyzji o wyborze konkretnego modelu (teorii) sprawdzić, czy jego planowane wykorzystanie jest logiczne i zgodne z codziennymi obserwacjami dotyczącymi funkcjonowania grupy docelowej działań profilaktycznych oraz czy przyniosło akceptowalne rezultaty w podobnych działaniach lub zostało potwierdzone we wcześniejszych badaniach.**

Przedstawione teorie i modele zmiany zachowań zdrowotnych są uproszczonymi wersjami rzeczywistości – nie obejmują one ani nie wyjaśniają wszystkich złożoności zachowań indywidualnych i społecznych. Chociaż samo zastosowanie teorii nie gwarantuje skuteczności podjętych działań, jej wykorzystanie w planowaniu, realizacji i ocenie programów zwiększa szansę ich powodzenia.



2. Charakterystyka potrzeb w zakresie profilaktyki HIV i infekcji przenoszonych drogą płciową (STIs) w poszczególnych grupach wiekowych

2.1. WIEK PRZEDSZKOLNY I WCZESNOSZKOLNY

2.1.1. Charakterystyka wieku: możliwości poznawcze i emocjonalne

Okres przedszkolny to czas, kiedy dziecko jest najbardziej otwarte na nowe doświadczenia oraz podatne na zagrożenia płynące ze środowiska. Dąży do zdobywania wiedzy i kształtowania umiejętności, a w tym celu pokonuje wiele etapów w swoim czasie i rytmie. Rozwija się w różnych sferach: poznawczej, fizycznej, społecznej i emocjonalnej, które się zazębiają (Sikorska, 2020).

Właściwości wieku wpływają na typowe i charakterystyczne zmiany w obrębie postrzegania i przeżywania zjawisk otaczającego świata oraz nawiązywania kontaktów z innymi. Mimo że zachodzą różnice indywidualne między dziećmi w tym samym wieku, ich rozwój przebiega podobnie i sprawia, że oddziaływanie ze strony dorosłych musi zostać dostosowane do właściwego wieku.

Wiek przedszkolny to okres rozwojowy względnie jednolity, chociaż w jego obrębie psychologia wyodrębnia kolejne fazy, wśród których wymienia się:

- ✔ fazę wczesną (wiek dziecka w latach: 3–4),
- ✔ fazę średnią (wiek dziecka w latach: 4–5,5),
- ✔ fazę późną (wiek dziecka w latach: 5,5–7) (Matejczuk, 2014).

Fazę wczesną cechuje duża chwiejność emocjonalna, skłonność do przechodzenia z jednego nastroju w drugi, łatwość odczuwania znużenia psychicznego i fizycznego. Dzieci w tej fazie mają niekiedy trudność z włączeniem się do grupy przedszkolnej, nie potrafią sprostać stawianym wymaganiom. Niektóre dzieci są mało zaradne i potrzebują pomocy przy wykonywaniu wielu codziennych czynności. Zwykle wiąże się to z zakresem samodzielności trenowanej w domu. Dziecko nie ma w pełni opanowanego systemu gramatycznego oraz wiąże mowę z aktualnymi przeżyciami i obserwacjami. Nie potrafi dłużej skupić uwagi, łatwo ulega rozproszeniu. Jest egocentryczne, dąży do zachowania własnej niezależności wobec cudzych nakazów czy żądań (Matejczuk, 2014).

Faza średnia to wiek pytań. Dziecko zasypuje otoczenie niekończącymi się pytaniami, co jest wyrazem zdrowego i prawidłowego rozwoju: ciekawości, dociekliwości wynikającej z coraz lepszego rozwoju myślenia i odbierania wrażeń z otoczenia. W tym wieku większą rolę odgrywają już rówieśnicy, dziecko chce z nimi spędzać więcej czasu. Pod względem emocjonalnym wciąż jest chwiejne, niezrównoważone i impulsywne. Skala uczuć społecznych się zwiększa: pojawiają się sympatie, zazdrość, chęć opiekowania się młodszymi. Zaczynają się pojawiać pierwsze odczucia estetyczne związane z próbami własnych sił. Dziecko poświęca wiele czasu zabawom, których treści znacznie się wzbogacają i w których uzyskuje pewne rezultaty pożądane dla siebie (Matejczuk, 2014).

Faza późna rozpoczyna się w okolicach 6. roku życia dziecka – potrafi ono już wtedy świadomie się uczyć i dążyć do zdobycia określonej wiedzy. Umie skupić uwagę, koncentrować się na bodźcach wywołujących zainteresowanie, chętnie podporządkowuje się dorosłym i komunikowanym przez nich nakazom, normom i zasadom. Większość dzieci jest zdolna do wykonywania prostych zadań, stawiania sobie celów, planowania sposobu ich osiągnięcia i dążenia do ich realizacji. Kontakty z innymi dziećmi charakteryzują się życzliwością, mniejszą konfliktowością oraz akceptowaniem racji innych. Zamiast wcześniejszego egocentryzmu pojawia się uspołecznienie. Ukoronowaniem okresu przedszkolnego jest osiągnięcie dojrzałości szkolnej przez dziecko, czyli gotowości do rozpoczęcia przez nie nauki w szkole (Matejczuk, 2014).

Rozwój psychiczny dziecka, zachodzący w wieku przedszkolnym, wiąże się w dużym stopniu z jego rozwojem fizycznym i motorycznym. W porównaniu z okresem niemowlęcym nie obserwujemy już

aż tak gwałtownych zmian. Dzieci nabierają większej sprawności w poruszaniu się, doskonalą różnego rodzaju czynności ruchowe. Najbardziej widoczny postęp dotyczy opanowania mięśni dużych. Około 5.–6. roku życia dzieci sprawnie biegają, skaczą czy się wspinają. Trenują coraz efektywniej równowagę, ponieważ uczą się jeździć bez dodatkowych kółek na rowerze, jeździć na rolkach, tańczyć czy pływać. Potrzeba ruchu w tym okresie jest bardzo duża, dzieci potrzebują częstych zmian rodzaju czynności ruchowych. Większość dzieci staje się coraz bardziej samodzielna w sprawnym posługiwaniu się sztućcami, w załatwianiu potrzeb fizjologicznych, w ubieraniu się i w rozbieraniu się bez pomocy dorosłego. Rozwija się harmonia, rytmiczność i płynność ruchów, wzrasta siła, a ruchy celowe podlegają doskonaleniu. Pojawia się zróżnicowanie motoryczne związane z płcią. Dziewczynki są sprawniejsze w czynnościach motorycznych wymagających równowagi, precyzji i rytmiczności, chłopcy z kolei mają lepiej rozwiniętą motorykę dużą, wymagającą energii i siły (Becelewska, 2006).

Dziecko jest zdolne do kierowania swoją uwagą, do tworzenia planów, zaczyna być zdolne do refleksji nad własnym zachowaniem. Rozwój intelektualny zachodzi dzięki postępującemu dojrzewaniu mózgu. Dziecko umie odróżnić i nazwać barwy, smaki, analizować bodźce akustyczne. Wciąż z trudem ocenia czas i przestrzeń oraz wielkości i proporcje. W zakresie słuchu fonematycznego znika trudność wymawiania wyrazów zawierających dwie kolejne samogłoski (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2016).

Dziecko poznaje różnorodne role społeczne i próbuje je odwzorowywać, co zwiększa myślenie reaktywne i wczuwanie się w różne sytuacje. Zaczyna również fantazjować. Rozszerza się zakres uwagi mimowolnej. Wzrasta pojemność pamięci, co umożliwia dziecku sprawne kodowanie wielu nowych informacji. Zwiększa się także szybkość zachodzenia operacji myślowych oraz skuteczność zapamiętywania (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2016).

Przedszkolak stara się uaktywnić swoją wyobraźnię. Ma bardzo egocentryczne spojrzenie na świat, a taka postawa uniemożliwia zrozumienie punktu widzenia innych ludzi. Potrafi odróżnić rzeczy realne od nierealnych (fantazji). Staje się coraz bardziej zdolne do wyobrażenia sobie rzeczy i zdarzeń, które nie są w danym momencie jego udziałem (np. potrafi wyobrazić sobie wyjazd do babci, który ma nastąpić za kilka dni). Dla rozwoju poznawczego ważne okazuje się kilka rodzajów reprezentacji: naśladownictwo odroczone, zabawa symboliczna, rysunek, obraz umysłowy i mowa (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2016).

Rozumowanie dziecka przedszkolnego polega przede wszystkim na przywoływaniu i na porównywaniu rozmaitych obrazów pamięciowych. Aby spróbować wytłumaczyć sobie i innym różne zjawiska, dziecko po prostu przenosi na nie cechy własnych działań. Może zatem mu się wydawać, że wszystkie przedmioty są ożywione, a zwłaszcza te, które mają zdolność ruchu (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2016).

W sferze emocjonalnej w wieku przedszkolnym kształtują się podstawowe nawyki, sposoby zachowania, cechy osobowości oraz podstawowa skala uczuć. Bardzo duże znaczenie ma zaspokajanie potrzeb emocjonalnych: bezpieczeństwa, akceptacji, przynależności i kontaktu emocjonalnego. Emocje dziecka, które nie jest jeszcze w stanie zapanować nad swoimi uczuciami, są wyrażane w sposób ekspresyjny.

Dziecko może popadać w agresję, ze skrajności w skrajność, a swoje przeżycia ukazywać poprzez zachowanie, gesty czy słowa. Wskutek niepełnej dojrzałości układu nerwowego i jeszcze niewykształconych procesów hamowania jest ono bardzo pobudliwe. Pod koniec okresu przedszkolnego zdobywa umiejętność większej kontroli swoich stanów afektywnych, osiąga stopniowo dojrzałość emocjonalną (Gnitecki, 1995).

Rozwój moralny dziecka jest uwarunkowany wpływem osób dorosłych i poszerzaniem kontaktów społecznych z innymi. U dziecka następuje duży rozwój uczuć moralnych. Około 6. roku życia potrafi ono nie tylko trafnie ocenić uczucia przeżywane przez innych, lecz także rozpoznać potrzeby innej osoby, wczuwać się w jej położenie i określać powody jej smutku. Empatia ma już charakter zobiektywizowany, dziecko jest moralnym realistą, podporządkowuje się normom narzuconym przez dorosłych. Po 3. roku życia u dziecka stopniowo zaczyna wytwarzać się świadomość istnienia norm przyjętych w społeczeństwie i oceny swojego zachowania przez ich pryzmat (tzw. sumienie społeczne). Jednocześnie dziecięcy egocentryzm wyhamowuje. Pojawiają się współczucie dla innych, troska o nich, kontrola własnych przejawów złości, nienawiści czy zazdrości. Duże znaczenie w rozwoju społeczno-moralnym mają kontakty dziecka z innymi osobami i obserwacja ich zachowań (Gnitecki, 1995).

2.1.2. Cele edukacji i profilaktyki w tej grupie wiekowej

Edukacja i profilaktyka HIV w wieku przedszkolnym koncentrują się na podstawowych zasadach zdrowia i higieny. Wprowadzenie tych tematów w przedszkolu pomaga dzieciom zrozumieć znaczenie dbania o zdrowie od najmłodszych lat. Główne cele edukacji i profilaktyki HIV w wieku przedszkolnym powinny dotyczyć zagadnień scharakteryzowanych poniżej.

1. KSZTAŁTOWANIE PODSTAWOWYCH NAWYKÓW HIGIENICZNYCH

Wczesne nauczanie dzieci zasad higieny osobistej, takich jak mycie rąk, unikanie dzielenia się osobistymi przedmiotami (np. szczoteczkami do zębów, naczyniami) oraz zakrywanie ust i nosa podczas kaszlu lub kichania, jest kluczowe. Te nawyki pomagają zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia zakażeń i rozprzestrzeniania się patogenów. Badania pokazują, że wczesna edukacja dotycząca higieny osobistej może znacznie wpłynąć na zdrowie dzieci i zmniejszyć występowanie chorób zakaźnych w grupach przedszkolnych (Jones i in., 2012; Curtis i in., 2000).

2. ZWIĘKSZENIE ŚWIADOMOŚCI ZDROWOTNEJ

Edukacja na temat zdrowia i prostych zasad zapobiegania chorobom pomaga dzieciom zrozumieć, dlaczego dbanie o swoje zdrowie jest ważne. Wprowadzenie pojęcia zdrowego stylu życia, w tym – odpowiedniego odżywiania i aktywności fizycznej, buduje podstawy dla lepszego zdrowia w przyszłości. Według Światowej Organizacji Zdrowia, wczesne wprowadzenie edukacji zdrowotnej ma długoterminowy wpływ na zdrowie dzieci i może się przyczynić do zmniejszenia możliwości rozwoju różnych chorób w późniejszym życiu (WHO, 2021).

3. BUDOWANIE ŚWIADOMOŚCI NA TEMAT INFEKCJI I CHORÓB

Podstawowa wiedza na temat rozprzestrzeniania się chorób pomaga dzieciom zrozumieć, że niektóre choroby mogą być zakaźne i że istnieją sposoby, aby ich uniknąć. Takie przedstawienie sprawy przygotowuje dzieci do bardziej zaawansowanego poziomu edukacji w przyszłości. Edukacja zdrowotna, nawet na poziomie przedszkolnym, jest uznawana za kluczowy element w kształtowaniu świadomych i odpowiedzialnych postaw zdrowotnych (UNESCO, 2018).

4. PROMOWANIE BEZPIECZNIEJSZYCH ZACHOWAŃ

Ważnym celem jest nauczenie dzieci unikania zachowań, które mogą prowadzić do infekcji, np. jeśli chodzi o kontakt z krwią lub z innymi płynami ustrojowymi. Warto też, aby dzieci zrozumiały, że

niektóre sprzęty (np. igły) mogą być niebezpieczne, więc nie należy ich dotykać. Badania wykazały, że wczesne wprowadzenie podstawowych zasad bezpieczeństwa zdrowotnego może się przełożyć na zmniejszenie możliwości wystąpienia przypadkowych urazów i kontaktów z patogenami (CDC, 2014).

Celem edukacji i profilaktyki HIV w wieku przedszkolnym jest wprowadzenie dzieci w świat, w którym ważne jest dbanie o podstawowe zasady higieny i zdrowie oraz podejmowanie bezpiecznych zachowań, stanowiących fundament dla edukowania w zakresie treści związanych ze zdrowiem, podejmowanych na większą skalę na kolejnych etapach edukacji. Jeżeli skupimy się na ogólnych zasadach zdrowotnych, to będziemy mogli przygotować dzieci do zrozumienia bardziej złożonych tematów w późniejszym wieku, a jednocześnie będziemy promować zdrowe nawyki od najmłodszych lat.

2.2. WIEK ADOLESCENCJI

2.2.1. Charakterystyka wieku: możliwości poznawcze i emocjonalne – omówienie dojrzewania z perspektywy psychoseksualnej

Charakterystyka okresu dojrzewania obejmuje wiele aspektów, w tym – zarówno możliwości poznawcze, jak i emocjonalne. **Jest to czas intensywnych zmian fizycznych, emocjonalnych i psychospołecznych, które zachodzą w życiu młodych ludzi. W literaturze przedmiotu stadium dojrzewania umiejscawia się najczęściej w przedziale pomiędzy 13. a 22. rokiem życia. Ten okres charakteryzuje się szybkimi i znaczącymi zmianami zachodzącymi w życiu człowieka** – w różnych aspektach: emocjonalnym, poznawczym oraz społecznym. Jednocześnie młody człowiek pozostaje również w zmieniających się strukturach kształcenia formalnego (Beisert, 2023). Z tego też powodu nie można pominąć funkcji i znaczenia szkoły w przekazywaniu wiedzy czy kształtowaniu postaw i zachowań tej populacji dotyczących profilaktyki zdrowotnej.

Ta faza stawia przed młodym człowiekiem niezwykle ważne zadanie rozwiązania kryzysu rozwojowego, konfrontującego tożsamość i rozproszenie tożsamości. W tym czasie tożsamość kształtuje się w wyniku oddzielenia się od identyfikacji z rodzicem własnej płci i poszukiwania nowych wzorców. Mogą to być np. osoby w podobnym wieku, a także spełniające funkcje mentorskie czy liderskie grup (Beisert, 2023). Uznanie tej specyfiki jako naturalnej dla omawianego okresu rozwojowego pozwala na prostsze konstruowanie skutecznych działań profilaktycznych, które mogą skorzystać z potencjału, jaki ma – przykładowo – model edukacji rówieśniczej.

W zależności od literatury, na którą się powołamy, okres adolescencji można podzielić na dwie lub trzy fazy: na okres przedpokwitaniowy, okres pokwitaniowy i okres młodzieńczy (np. Kucz, 2012) lub na okres preadolescencji i okres adolescencji (np. Beisert, 2023).

Warto też pamiętać, że wyróżnienie tych faz i określenie ich ram czasowych powinno jednocześnie zakładać, że rozwój psychoseksualny w tym czasie jest zróżnicowany indywidualnie, a ponadto na tzw. wzorzec okołopokwitaniowy (wyznaczający to, czym jest „prawidłowy" rozwój psychoseksualny) wpływają nie tylko aspekty biologiczne (podłoże hormonalne i neurobiologiczne), lecz także społeczno-obyczajowe i te związane z systemem aksjonormatywnym rodziców oraz z kulturą młodzieżową (Bancroft, 2011). Dodatkowym elementem różnicującym prawidłowości rozwoju w tym czasie staje się płeć. Inna będzie linia rozwoju chłopców, a inna – dziewcząt (Beisert, 2023). Te różnice istnieją także na wcześniejszych etapach, jednak w tym czasie stają się szczególnie istotne.

Preadolescencja, nazywana inaczej *adrenarche* (Kucz, 2012), **obejmuje zazwyczaj wiek od około 10 do 12 lat**. Jest to okres poprzedzający okres dojrzewania płciowego, charakteryzujący się wzrostem zainteresowania kwestiami związanymi z dojrzewaniem, w czasie którego nie występują jeszcze ani intensywne zmiany fizyczne, ani emocjonalne związane z dojrzewaniem płciowym, chociaż pojawiają się już pierwsze, na razie mało widoczne, zmiany w obrębie cech płciowych. Jednak większość dzieci w tym wieku jeszcze nie doświadcza pełnego rozwoju hormonalnego, co przekłada się na stosunkowo ograniczoną świadomość swojej seksualności. Niemniej badacze wskazują, że pierwsze podniecenie seksualne w większości przypadków pojawia się wcześnie, bo przeciętnie w wieku 9 lat u chłopców i 10 lat u dziewcząt, pierwszy pociąg seksualny – w wieku 11 lat u chłopców i 12 lat u dziewcząt, natomiast pierwsze fantazje seksualne – w wieku 11 lat u chłopców i 13 lat u dziewcząt[48] (Bancroft, 2011).

W tej sytuacji nastolatki starają się uruchamiać różne mechanizmy obronne, które mają na celu radzenie sobie z nią (Beisert, 2023). Ten mechanizm prowadzi u dziewcząt do zmiany w relacji z matką i w obrazie matki. Zmieniające się ciało będzie wymagało od nastolatki poradzenia sobie z lękiem (czasem nawet wstrętem) przed tymi zmianami i wysiłku w nauce akceptacji nowych cech swojego ciała (Beisert, 2023). Zmiany ciała w tym czasie obejmują bowiem rozpulchnienie warg sromowych i pigmentację sromu, pojawienie się wydzieliny z pochwy. Wraz ze zmianami w obrębie narządów płciowych oraz z niewykształconą jeszcze dostatecznie barierą ochronną dziewczęta w tym wieku są, niestety, bardziej narażone na stany zapalne (Kucz, 2012). Warto o tym pamiętać, gdy podejmuje się działania profilaktyczne.

Tymczasem chłopcy w tej fazie zaczynają odczuwać, że zachowują się inaczej, niż się od nich oczekuje, a ich poczucie męskości zaczyna ulegać podważeniu (Beisert, 2023). W następstwie tego pojawiają się silne konflikty między dorastającym chłopcem a jego ojcem. Dodatkowo aktywność chłopców znacznie mocniej ukierunkowuje się na kontakty z rówieśnikami, zatem i aspekt seksualności jest mocniej przeżywany w grupie rówieśniczej. Może pojawiać się porównywanie narządów płciowych własnych i innych osób, podglądanie, dotykanie. Ta ciekawość może powodować sięganie przez chłopców po treści pornograficzne w internecie. W związku z rosnącym poziomem testosteronu, przy jednocześnie występującej niedojrzałości, kontrolowanie przez nich zachowań powiązanych z seksualnością może być niezwykle trudne (Beisert, 2007).

Ciekawość i zaspokajanie jej w ogólnodostępnym internecie niesie ze sobą wiele zagrożeń, także w obszarze wystąpienia seksualizacji, w tym – przedwczesnych lub niechcianych kontaktów seksualnych. Mogą się one wiązać, poza konsekwencjami psychologicznymi, także z następstwami zdrowotnymi, takimi jak zakażenia przenoszone drogą płciową. Rozwijające się poczucie tożsamości płciowej i doświadczenie różnic między płciami może prowadzić także do pojawienia się pierwszych eksperymentów związanych z masturbacją. Większość preadolescentów odczuwa skrępowanie w rozmowach na temat seksualności i intymności, co jest trudnością, którą należy brać pod uwagę przy planowaniu działań mających na celu edukację zdrowotną.

Wśród przedstawicieli omawianej grupy wiekowej często można zaobserwować zmiany nastrojów, wahania emocjonalne, intensywne przeżycia związane z poczuciem niepewności i niepokoju oraz większą podatność na stres. Dzieje się tak dlatego, że ośrodkowy układ nerwowy zaczyna podlegać niezwykle szybkim przemianom (por. Peret-Drążewska, 2021). Dzieci mogą mieć trudności w radzeniu sobie ze zmianami hormonalnymi oraz z presją społeczną, związaną z oczekiwaniami dotyczącymi wyglądu i zachowania.

48. Dokładnie w latach: 9,7 i 10,8; 11,4 i 12,4; 11,6 i 13,3 (wg kolejności występującej w tekście).

Wraz z upływem czasu rozwijają się umiejętności poznawcze, umożliwiające dzieciom abstrakcyjne i krytyczne myślenie czy planowanie. Początki krytycznego myślenia pozwalają na bardziej złożone rozumienie świata i relacji społecznych. Rozwój biologiczny, poznawczy oraz emocjonalny pozwala młodym ludziom na wejście w kolejną fazę okresu dojrzewania.

Faza pokwitaniowa to zazwyczaj okres pomiędzy 12. a 15. rokiem życia. W tej fazie widoczne są już fizyczne zmiany związane z dojrzewaniem płciowym, spowodowane działaniem hormonów płciowych. Pojawia się **tzw. skok pokwitaniowy**, który polega na dynamicznym wzroście związanym z powiększaniem się masy mięśniowej i kostnej (Kucz, 2012).

U dziewcząt formuje się tzw. stadium pączka gruczołu piersiowego (*telarche*) oraz zaczyna pojawiać się owłosienie łonowe (*pubarche*). Dla niektórych dziewczynek trudnym doświadczeniem może być w tym czasie wzrost tkanki tłuszczowej, która pojawia się głównie w okolicach piersi i bioder. Należy jednak podkreślić, że jest ona niezbędna dla prawidłowego dojrzewania biologicznego, ponieważ samo pokwitanie jest możliwe dopiero po osiągnięciu odpowiedniej masy ciała. Stąd też dziewczynki z nadwagą zaczynają dojrzewać szybciej, a te z niedowagą – później. Pojawienie się pierwszej miesiączki (*menarche*) będzie zatem występowało w różnym czasie, chociaż szacuje się, że dzieje się to zwykle około 13. roku życia (Kucz, 2012). Na poziomie psychologicznym dziewczynki doświadczają seksualności jako pragnienia więzi uczuciowej i dążenia do bliskości. Jednak ze względu na wzorce kulturowe i sposób socjalizacji dziewcząt dylemat „seks czy miłość" często rozwiązywany jest przez nie poprzez wykluczenie seksu. Ponadto w tym wieku zwracają się one silniej w kierunku własnej płci, zwłaszcza – nieco starszych osób, które dylematy związane z tym etapem życia mają już za sobą. Będą to przykładowo mentorki, trenerki, wychowawczynie grup religijnych itp. (Beisert, 2007). Z uwagi na tę prawidłowość warto z niej skorzystać podczas planowania działań profilaktycznych. Szczególnie pomocne mogą się okazać wspomniane działania oparte na filozofii edukacji rówieśniczej. W tej sytuacji taką edukację mogłyby prowadzić kobiety lub dziewczęta znajdujące się w kolejnej fazie rozwojowej.

U chłopców ten etap nieszczególnie się wyróżnia. Zmiany rozwojowe są kontynuacją poprzedniej fazy i zmierzają do kolejnej, bardziej charakterystycznej. W tym wieku moszna i prącie powiększają się oraz ulegają stopniowej pigmentacji. W przeciwieństwie do dziewcząt, to nie owłosienie łonowe pojawia się u chłopców jako pierwsze – poprzedza je wzrost jąder. W związku z tym pierwsze plemniki bywają obecne w gonadach nawet w wieku 12 lat, chociaż spermatogeneza i spermiogeneza nie jest jeszcze stabilna i nieprzerwana jak u dorosłych mężczyzn (por. Kucz, 2012). Mniej więcej w tym czasie (około 14. roku życia) wzrasta wiedza chłopców na temat zmian, jakich doświadczają, a ich zachowania seksualne mogą stawać się coraz bardziej świadome. Pobudzenie seksualne staje się silne i niełatwo je kontrolować, a rozładowanie napięcia (np. poprzez masturbację) powoduje ulgę i uspokojenie. Część chłopców zaczyna także poszukiwać pierwszych kontaktów z dziewczętami, jednak z uwagi na napięcie seksualne poszukują głównie partnerek, które także pragną kontaktów seksualnych lub chociaż się na nie godzą – tyle że potrzeby rówieśniczek w tym zakresie często okazują się odmienne (Beisert, 2007). Pojawia się tu zatem doświadczenie skomplikowanych emocji związanych z relacjami między płciami.

Wczesna adolescencja to także czas intensywnych emocji, w tym – silnego pragnienia zaakceptowania przez rówieśników, asymilacji z grupą rówieśniczą, a także dążenia do niezależności. Młodzież zaczyna coraz bardziej zdawać sobie sprawę z własnych emocji oraz uczy się różnych sposobów radzenia sobie ze stresem i presją społeczną. Nastolatki często doświadczają konfliktów z rodzicami i z rówieśnikami, w wyniku czego kształtują się ich osobowość i system aksjonormatywny.

Późna adolescencja (inaczej: faza młodzieńcza) obejmuje zazwyczaj wiek od około 15 do 18–19 lat. W tym okresie młodzież doświadcza dalszych zmian fizycznych, rozwija swoją tożsamość i buduje bardziej dojrzałe relacje społeczne. To czas konsolidacji tożsamości i poszukiwania stabilności emocjonalnej.

U dziewcząt zaczynają pojawiać się cykle owulacyjne, powiększa się pochwa i rozwija się macica. Co ważne z punktu widzenia profilaktyki różnych STIs – dość często spotykanym problemem są nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych i stany zapalne czy asymetria piersi. U niektórych dziewcząt może zdarzyć się zarośnięcie błony dziewiczej, skutkujące zastojem śluzu i/lub krwi miesiączkowej w pochwie, co prowadzi do powikłań zdrowotnych (Kucz, 2012). Problemy natury infekcyjnej zwiększają narażenie na zakażenia podczas kontaktów seksualnych, a te związane z wyglądem ciała (jak np. asymetria piersi) u niektórych dziewcząt mogą przekładać się na kompleksy związane z ciałem i – w konsekwencji – na zmniejszanie ich pozycji negocjacyjnej, także w odniesieniu do aktywności seksualnej.

Stany pobudzenia seksualnego są w tym czasie nadal mało wyraźne, chociaż częstsze. Łączą się one jednak ze sferą emocjonalną – dziewczęta fantazjują o związkach uczuciowych z zaznaczonymi elementami seksualnymi. Coraz częściej łączą się w pary i podejmują zachowania seksualne. Zwiększa się również ich świadomość oraz poziom akceptacji seksualności (Beisert, 2007).

U chłopców do końca okresu dorastania trwa stan napięcia wynikający z rozdzielenia miłości i pożądania seksualnego. Demonstrowane zachowania seksualne odrzucają miłość i czułość, a pragnienie więzi jest ukrywane. Dopiero koniec okresu dorastania przynosi zdolność do integracji tych dwóch płaszczyzn (Beisert, 2007). Wysoki poziom napięcia seksualnego i dewaluacja potrzeb relacyjnych mogą być związane z podejmowaniem częstszych zachowań seksualnych, podczas których może dojść do narażenia na różne infekcje. Ten proces należy uwzględniać w oddziaływaniach profilaktycznych kierowanych do chłopców w omawianej fazie rozwoju.

Wpływy socjalizacji i odmienne linie rozwojowe uwidaczniają się w danych dotyczących średniego wieku inicjacji seksualnej. **Faza młodzieńcza to statystycznie najczęstszy moment rozpoczynania kontaktów seksualnych niezależnie od płci, jednak zachodzą tu niewielkie różnice.** W 2017 roku średni wiek podejmowania zachowań seksualnych przed rozpoczęciem współżycia wynosił nieco ponad 17 lat u osób w wieku 18–49 lat. Pewne różnice dotyczyły respondentów w wieku 18–19 lat. Dla tej grupy badanych wiek inicjacji seksualnej wyniósł nieco ponad 16 lat (Izdebski, 2020). **Wiek inicjacji seksualnej wydaje się niższy wśród chłopców, a ponadto dla obu płci obniżał się on znacznie w ostatnich latach przed badaniem.** Cytowane dane pokazują jednak jeszcze inny trend. W młodszych grupach wiekowych te statystyki się wyrównują, a dziewczęta nieco szybciej zaczynają podejmować aktywność seksualną. Dlatego śledzenie na bieżąco trendów w tym zakresie wydaje się niezbędne dla skutecznego prowadzenia działań profilaktycznych – tak aby były one podejmowane adekwatnie do bieżących potrzeb.

Późna adolescencja to zatem trudny czas budowania bardziej stabilnego poczucia własnej tożsamości. Młodzi ludzie podejmują zadanie przejścia od egocentryzmu do większej empatii i zrozumienia dla innych, zdobywają doświadczenie w nawiązywaniu zdrowych relacji oraz w radzeniu sobie z trudnościami emocjonalnymi. Pojawia się refleksja nad własnymi przekonaniami i wartościami, co – w zależności od wsparcia, jakie otrzymuje dana osoba – może prowadzić do bardziej świadomego podejmowania decyzji dotyczących życia osobistego i zawodowego.

Z myślą o podsumowaniu warto zaznaczyć, że okres dojrzewania to czas intensywnych zmian – zarówno na poziomie biologicznym, jak i na psychoseksualnym czy poznawczym – które wpływają

na doświadczenia emocjonalne młodych ludzi. Od preadolescencji, przez wczesną adolescencję, aż po adolescencję późną, młodzi ludzie przechodzą wiele przemian kształtujących ich tożsamość i wpływających na relacje z otoczeniem. Każdy z tych okresów charakteryzuje się specyficznymi wyzwaniami i możliwościami. W miarę jak młodzi ludzie przechodzą przez kolejne fazy dojrzewania, stają się bardziej świadomi siebie i swoich potrzeb, a przy tym rozwijają zdolności poznawcze i emocjonalne potrzebne do wejścia w dorosłość. Zrozumienie tych procesów przez wychowawców jest kluczowe dla wsparcia rozwoju tożsamości, samopoczucia i zdrowia psychicznego oraz seksualnego młodzieży.

2.2.2. Potrzeby oraz cele edukacji i profilaktyki – różnice w odniesieniu do poszczególnych etapów dojrzewania

W obliczu rosnącej liczby zakażeń HIV i innych STIs edukacja oraz profilaktyka odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu rozprzestrzeniania się tych infekcji, także wśród adolescentów. Aby efektywnie przeciwdziałać temu problemowi, konieczne jest zrozumienie potrzeb grupy docelowej oraz szczegółowe określenie celów działań profilaktycznych.

Potrzeby młodzieży w zakresie profilaktyki HIV/STIs można podzielić na kilka ważnych obszarów. Pierwszy to **wiedza i edukacja.** Młodzież potrzebuje rzetelnej i kompleksowej wiedzy na temat HIV i innych STIs, przede wszystkim dotyczącej objawów, możliwości leczenia, sposobów transmisji oraz metod zapobiegania tym zakażeniom. W wyniku niedostatecznej edukacji seksualnej często w tej grupie wiekowej ugruntowują się błędne przekonania i są powtarzane mity związane z tymi zagadnieniami, co może prowadzić do podejmowania zachowań seksualnych narażających młodych ludzi na zakażenie różnymi infekcjami. Drugim obszarem są **umiejętności komunikacyjne**. Ważne jest, aby młodzież rozwijała umiejętności komunikacyjne, które pozwalają otwarcie rozmawiać o seksualności, zdrowiu i związanych z nimi zagrożeniach. Warto w tym kontekście uczyć asertywności w relacjach interpersonalnych. Kolejny obszar to **przeciwdziałanie stereotypom i ograniczanie stygmatyzacji** poprzez edukację oraz w wyniku promowania akceptacji i empatii wobec osób żyjących z HIV. Odpowiednio przygotowane i prowadzone działania edukacyjne i profilaktyczne w tym zakresie zdecydowanie przyczyniają się do zmniejszenia stygmatyzacji osób żyjących z HIV/STIs. Niezbędne też jest **wsparcie emocjonalne**. Konfrontacja z tematami związanymi z HIV i STIs może wywołać u młodzieży lęk i niepokój, dlatego istotne staje się zapewnienie odpowiedniego wsparcia. I kwestia ostatnia, chociaż nie najmniej ważna – **dostęp do usług zdrowotnych**. Młodzież potrzebuje łatwego dostępu do usług zdrowotnych, obejmującego również środki profilaktyczne, testy w kierunku HIV/STIs, poradnictwo i ewentualne leczenie. Problematyczne wydaje się zwłaszcza ograniczenie dostępu do testowania (np. możliwość wykonania testu w kierunku HIV wyłącznie przez osoby pełnoletnie).

Aby przygotować się do prowadzenia działań edukacyjnych w tej grupie wiekowej, warto powołać się na zalecenia[49] opracowane przez WHO i BzgA (Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej w Kolonii), w których ujęto **kwestie dotyczące tematyki zdrowia seksualnego oraz HIV/STIs w odniesieniu do poszczególnych grup wiekowych.**

W okresie preadolescencji (wiek: 9–12 lat) ta tematyka powinna obejmować przede wszystkim:

- ✔ w zakresie informacji (wiedzy) – zagadnienia dotyczące objawów, narażenia na zakażenie oraz następstw niezabezpieczonych, nieprzyjemnych i niechcianych doświadczeń seksualnych (STIs, HIV, nieplanowana ciąża, konsekwencje psychologiczne), pozytywny wpływ seksualności na zdrowie i dobre samopoczucie;

49. https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_Standards_Polish.pdf [dostęp: 5.09.2024].

- ✔ w zakresie umiejętności – branie odpowiedzialności za bezpieczne i przyjemne doświadczenia seksualne, wyznaczanie granic i wyrażanie życzeń, unikanie niezabezpieczonych lub niechcianych doświadczeń seksualnych, proszenie o pomoc i wsparcie w razie problemów;
- ✔ w zakresie postaw – świadomość wyborów i możliwości, świadomość sytuacji narażenia na zakażenie infekcjami, uczucie wzajemnej odpowiedzialności za zdrowie i za dobre samopoczucie.

W okresie wczesnej adolescencji (wiek: 12–15 lat) zagadnienia warte poruszenia z młodzieżą w ramach omawianej tematyki powinny obejmować:

- ✔ w zakresie informacji (wiedzy) – zachowania (także seksualne) mogące prowadzić do negatywnych następstw dla zdrowia, objawy, drogi zakażenia i zapobieganie STIs, systemy i usługi opieki zdrowotnej, pozytywny wpływ seksualności na zdrowie i dobre samopoczucie;
- ✔ w zakresie umiejętności: podejmowanie odpowiedzialnych decyzji i świadomych wyborów (odnoszących się do zachowań seksualnych), umiejętność zwracania się o pomoc i wsparcie w razie problemów, umiejętność negocjowania i komunikowania się w relacjach seksualnych, odmowę lub przerwanie kontaktu seksualnego, który jest niechciany lub może prowadzić do narażenia na różne infekcje, skuteczne stosowanie prezerwatyw i innych środków antykoncepcyjnych, rozpoznawanie sytuacji mogących prowadzić do negatywnych następstw dla zdrowia i umiejętność radzenia sobie z nimi, rozpoznawanie objawów STIs;
- ✔ w zakresie postaw: poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie, bezpieczeństwo i dobre samopoczucie (w tym – w odniesieniu do zapobiegania STIs).

W okresie późnej adolescencji (wiek: 15 lat i więcej) w tym obszarze istotne jest poruszanie kwestii takich jak:

- ✔ w zakresie informacji (wiedzy) – systemy i świadczenia w ramach opieki zdrowotnej, zachowania seksualne związane z ekspozycją na różne infekcje i ich możliwy wpływ na zdrowie, pozytywny wpływ seksualności na zdrowie i dobre samopoczucie, a w odniesieniu do STIs – zapobieganie, leczenie, opieka i wsparcie;
- ✔ w zakresie umiejętności – umiejętność zwracania się z prośbą o pomoc w razie potrzeby, pozyskiwanie oraz właściwe i skuteczne używanie prezerwatyw;
- ✔ w zakresie postaw – wewnętrzne poczucie odpowiedzialności za zdrowie seksualne własne i innych osób.

2.2.3. Działania profilaktyczne kierowane do młodzieży – na co zwrócić uwagę?

Przy opracowywaniu i realizacji programu z zakresu profilaktyki HIV/STIs w tej grupie warto pamiętać, że poruszane zagadnienia powinny stanowić szerszy element tego programu i odnosić się do ludzkiej seksualności. W tym kontekście istotne staje się zatem omówienie kwestii inicjacji seksualnej i warunków udanego startu w życie seksualne, zasad wyboru partnera, różnic między płciami w przeżywaniu dojrzewania, rozwoju seksualnego oraz rozumienia uczuć i emocji, problematyki presji rówieśniczej, umiejętności radzenia sobie z trudnościami, rozwijania i wzmacniania własnych zasobów pozwalających na skuteczne przeciwstawianie się modzie na określone zachowania, które mogą być związane z narażeniem na zakażenie (Walendzik-Ostrowska, Dec, 2012, s. 58–59).

Z myślą o powyższych zagadnieniach przedstawiamy główne cele działań edukacyjnych i profilaktycznych w tej grupie wiekowej:

1. **Zwiększenie świadomości**: głównym celem edukacji i profilaktyki jest zwiększenie wiedzy i świadomości młodzieży na temat HIV i innych STIs. Efektywne przekazy edukacyjne pomagają

młodym ludziom zrozumieć zagrożenia oraz sposoby zapobiegania zakażeniom, co pozwala im podejmować bardziej świadome i odpowiedzialne decyzje.

2. **Rozwój umiejętności interpersonalnych**: edukacja w zakresie HIV i innych STIs powinna rozwijać również umiejętności komunikacyjne, asertywność i zdolność do podejmowania świadomych decyzji w relacjach interpersonalnych, a co za tym idzie – także seksualnych.
3. **Zmiana zachowań i ograniczanie zachowań prowadzących do ekspozycji na zakażenie**: działania profilaktyczne powinny prowadzić do zmiany zachowań młodzieży, zwłaszcza tych związanych z narażeniem na zakażenie. Oprócz edukacji w tym zakresie i zmiany postaw istotne staje się promowanie skutecznych metod zapobiegania zakażeniom HIV i innych STIs (stosowanie prezerwatyw, funkcjonowanie w monogamicznych relacjach seksualnych, unikanie substancji psychoaktywnych podczas aktywności seksualnej).
4. **Zapewnienie dostępu do usług zdrowotnych**: istotne jest, aby młodzież miała łatwy dostęp do usług zdrowotnych, w tym – do testowania w kierunku HIV i innych STIs, do poradnictwa oraz do leczenia. Zapewnienie szybkiego dostępu do opieki zdrowotnej w tym zakresie może się przyczynić do wcześniejszej diagnozy i do szybszego leczenia infekcji.
5. **Przeciwdziałanie stereotypom i uprzedzeniom**: działania profilaktyczne powinny również skupiać się na zmniejszeniu stygmatyzacji związanej z HIV i innymi STIs. Edukacja zdrowotna, promowanie akceptacji i empatii oraz świadczenie wsparcia emocjonalnego mogą się przyczynić do eliminacji negatywnych stereotypów i uprzedzeń.

Istotne w planowaniu i w podejmowaniu skutecznych działań profilaktycznych skierowanych do młodych osób jest zatem:

- ✔ **dostosowanie przekazu**: aby przekaz edukacyjny był jak najbardziej skuteczny i zrozumiały, powinien zostać dostosowany do wieku metrykalnego i rozwojowego, do kultury i potrzeb młodzieży, możliwości poznawczych, umiejętności odbierania i przetwarzania uzyskiwanego przekazu oraz do specyficznych potrzeb edukacyjnych;
- ✔ **włączanie młodzieży**: istotne jest uwzględnienie potrzeb, doświadczeń i perspektyw młodzieży podczas planowania i realizacji działań profilaktycznych, co pozwala na lepsze zrozumienie jej oczekiwań;
- ✔ **promowanie aktywnego uczestnictwa**: działania profilaktyczne powinny promować aktywne uczestnictwo młodzieży poprzez interaktywne warsztaty, gry edukacyjne, dyskusje i inne formy angażujące;
- ✔ **współpraca z edukatorami i opiekunami**: współpraca z nauczycielami, rodzicami i innymi opiekunami okazuje się kluczowa dla skuteczności działań profilaktycznych, ponieważ umożliwia zwiększenie zakresu przekazu oraz wsparcie młodzieży w procesie edukacji seksualnej;
- ✔ **monitorowanie i ewaluacja**: ważne jest prowadzenie monitoringu i oceny działań profilaktycznych, aby sprawdzić ich skuteczność i dostosować przekaz do zmieniających się potrzeb młodzieży oraz do sytuacji epidemicznej.

Edukacja i profilaktyka HIV i innych STIs stanowią kluczowy element ograniczania liczby zakażeń, także wśród młodzieży – głównie ze względu na często podejmowane zachowania, które mogą prowadzić do infekcji w tej grupie osób. Skuteczne działania w tym zakresie powinny uwzględniać potrzeby młodzieży oraz cele działań profilaktycznych (m.in. zwiększenie wiedzy, świadomości i umiejętności modyfikacji lub zmiany zachowań, rozwój umiejętności interpersonalnych i społecznych, zapewnienie dostępu do usług zdrowotnych, a także zmniejszenie stygmatyzacji). Ważne jest, aby działania profilaktyczne zostały dostosowane do specyficznych potrzeb adolescentów i do lokalnego kontekstu społeczno-kulturowego.

2.2.4. Nastolatki i młodzi dorośli z niepełnosprawnością intelektualną (NI)

Na wstępie warto podkreślić fakt, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną (OzNI) są grupą niezwykle zróżnicowaną. Mieszczą się w niej zarówno osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną, które zakładają rodziny, budują związki partnerskie, podejmują kontakty seksualne, posługują się mową, są w dużym stopniu samodzielne, jak i osoby mające dużo większe problemy w codziennym funkcjonowaniu, czyli osoby z umiarkowaną, ze znaczną lub z głęboką niepełnosprawnością.

Wiele osób z niepełnosprawnością intelektualną ma problemy w zakresie komunikowania się – może to wpływać na rozumienie przekazywanych treści, zwłaszcza abstrakcyjnych, jak i na używanie komunikacji słownej. Wśród tej grupy są osoby korzystające z tzw. komunikacji alternatywnej lub wspomagającej (są to różnego rodzaju pomoce w postaci piktogramów, symboli, rysunków, gestów, książek do komunikacji lub urządzeń technicznych używanych zamiast mowy lub wspomagające mowę). Na wspomnianą różnorodność składa się także fakt, że w omawianej grupie niemały odsetek osób ma sprzężoną niepełnosprawność ruchową, a zwłaszcza mózgowe porażenie dziecięce, przepuklinę oponowo-rdzeniową czy niepełnosprawność sensoryczną (wzrokową, słuchową). Należy dodać, że niepełnosprawność intelektualna nierzadko współwystępuje u osób w spektrum autyzmu. Warto zatem mieć na uwadze różnorodne cechy charakteryzujące osoby w spektrum (m.in. odmienny profil sensomotoryczny, odmienny rozwój poznawczy, specyficzne cechy komunikacji werbalnej i niewerbalnej, a także specyficzne wzorce zachowań i sposoby budowania relacji), gdy rozważamy kwestie związane z seksualnością tej grupy osób.

Trzeba też zaznaczyć, że osoby z NI są wyjątkową populacją narażoną na nierówności związane z HIV, a poziom tego narażenia różni się w zależności od podtypu NI. Osoby z NI, podobnie jak inne osoby z niepełnosprawnością, powinny być brane pod uwagę w programach profilaktycznych i w wytycznych dotyczących leczenia w celu wyeliminowania różnic w dostępie do opieki nad HIV (James T.G., Argenyi M.S., Gravino A., Benevides T.W. 2024).

Wspomniane fakty mają ogromne znaczenie zarówno dla możliwości doświadczania i wyrażania własnej seksualności, jak i dla planowania edukacji seksualnej, w tym – oddziaływań profilaktycznych w odniesieniu do tej grupy osób.

Zagadnienie seksualności dzieci i młodych osób z niepełnosprawnością intelektualną (OzNI) jest obszarem pełnym barier. Z jednej strony – pojawia się tu obszar tabu seksualności dziecięcej, charakterystyczny w naszym kręgu kulturowym, a z drugiej – tabu seksualności osób z niepełnosprawnościami. Jak piszą Pieńkowska i Izdebska, „te kwestie mają przede wszystkim charakter etyczny, gdyż w głównej mierze skupiają się na tym, czy i w jakim stopniu społeczeństwo uznaje niepełnosprawnych za istoty seksualne".

Rozwój nastolatków z niepełnosprawnością intelektualną charakteryzuje się brakiem zharmonizowanego tempa rozwoju biologicznego, umysłowego, uczuciowego i duchowego – u tej samej osoby mogą współistnieć cechy dziecięcości, młodzieńczości, dojrzałości, a także starości. Co ważne – istniejąca rozbieżność między wiekiem a etapem rozwoju seksualnego u osób niepełnosprawnych oraz współwystępowanie cech z różnych etapów rozwoju często budzą niepokój, mimo że są to zjawiska naturalne. O ile rozwój biologiczny (a więc i dojrzewanie) OzNI oraz nastolatków w pełni zdrowych często przebiega podobnie, o tyle rozwój emocjonalny, poznawczy i społeczny przebiega w pierwszej z grup wolniej i – zależnie od stopnia niepełnosprawności – nie osiąga nigdy poziomu osoby dorosłej. Ta istotna różnica ma znaczenie dla rozumienia seksualności osób z niepełnosprawnościami intelektu-

alnymi, które odczuwają potrzeby seksualne, ale procesy konkretyzacji, mentalizacji i socjalizacji tych potrzeb okazują się u nich często bardzo zaburzone. **Proces konkretyzacji** potrzeby seksualnej polega na tym, że w miarę nabywania doświadczenia dochodzi do ograniczenia zachowań nieefektywnych na rzecz takich zachowań, które pozwalają na uzyskanie wyższego poziomu satysfakcji seksualnej. W tym procesie kształtują się indywidualne preferencje seksualne, mieszczące się zarówno w normie, jak i poza nią. **Proces mentalizacji** to uświadomienie sobie istnienia własnej potrzeby seksualnej, a także sposobów jej zaspokajania z uwzględnieniem istniejących preferencji. Z kolei **proces socjalizacji** polega na podporządkowaniu sposobów zaspokajania potrzeby seksualnej wymaganiom obyczajowym i prawnym stawianym przez społeczeństwo (z uwzględnieniem różnic kulturowych).

Poniżej przedstawiamy specyficzne czynniki wynikające z niepełnosprawności intelektualnej, mające znaczenie dla rozwoju psychoseksualnego:

1. poznawcze:
   - słaby poziom myślenia przyczynowo-skutkowego,
   - obniżona zdolność do rozumienia sytuacji społecznych,
   - słaba umiejętność rozróżnienia (również w sferze seksualnej) zachowań prawidłowych i nieprawidłowych – problemy z internalizacją norm,
   - problemy związane z uniwersalizacją konkretnych doświadczeń,
   - niski poziom aktywności poznawczej,
   - wąski zakres wiedzy dotyczący różnych sfer życia człowieka,
   - trudności z mentalizacją, z konkretyzacją i z socjalizacją potrzeby seksualnej;
2. związane z cechami temperamentalnymi i osobowościowymi:
   - dominacja procesów pobudzania nad hamowaniem,
   - wzmożona sugestywność i podatność na manipulacje,
   - osłabione krytycyzm i samokontrola oraz nadmierna ufność,
   - swoisty infantylizm psychiczny,
   - trudności w budowaniu jasnej hierarchii potrzeb,
   - szczególne dążenie do akceptacji (w związku z deprywacją potrzeb w tej sferze),
   - słaba siła w relacjach interpersonalnych i niska samoocena,
   - nieumiejętność dokonywania wyborów,
   - słabe umiejętności odmawiania czy obrony swoich praw,
   - przekonanie (wykreowane przez wychowanie), że bycie posłuszną, podporządkowaną i uległą osobą to miara dobrego przystosowania,
   - trudności w rozeznaniu się we własnych emocjach,
   - identyfikacja z rolą społeczną dziecka;
3. społeczne:
   - niski poziom doświadczeń społecznych,
   - ograniczona możliwość naturalnej realizacji swoich potrzeb,
   - zależność od innych (często przez całe życie),
   - nieposzanowanie praw osobistych przez społeczeństwo,
   - trudności w rozpoznawaniu i podawanie w wątpliwość wiarygodności identyfikacji przestępcy ze strony OzNI,
   - izolacja społeczna – obniżone prawdopodobieństwo i zmniejszone możliwości ujawnienia oraz uzyskania pomocy, np. w razie podlegania przemocy czy innym formom patologii.

Gdy rozpatruje się zagadnienie seksualności OzNI, warto wiedzieć, w jakim zakresie doświadczają one potrzeby seksualnej. Z jednej strony – istnieje przekonanie, że ta potrzeba jest bardzo silna i pojawia się wcześnie, ponadto przejawy i przeżycia seksualne są w tej grupie osób silniejsze niż u przeciętnej

populacji. Może to wynikać z – występującego często w tej grupie – uszkodzenia mechanizmów korowych, czego efektem jest przewaga podkorowych, kierujących wrodzonymi reakcjami seksualnymi. W rezultacie zachowania popędowe nie podlegają hamującemu wpływowi intelektu i wychowania. Z drugiej strony – jest natomiast znana opinia, że psychobiologiczne podstawy seksualności i wszelkie związane z nią funkcje są zaburzone: im głębsza niepełnosprawność intelektualna, tym większe są to zaburzenia. Obniżona jest także w rezultacie siła seksualnej potrzeby i dążenie do jej realizacji. Jednak bez względu na to, jaką koncepcję przyjmiemy, należy uznać za fakt, że **OzNI są aktywne seksualnie. Dlatego potrzebują kompleksowej i rzetelnej edukacji seksualnej**.

Jednocześnie trzeba pamiętać, że osoby należące do tej grupy są w znacznie większym stopniu narażone na wykorzystanie seksualne. Jak wskazują wyniki licznych badań, niepełnosprawność intelektualna sprawia, że ryzyko wiktymizacji jest od 3 do nawet 7 razy większe w porównaniu z populacją ogólną (Fornalik, 2020). Doświadczanie nadużyć seksualnych prowadzi do większego narażenia na zakażenie HIV czy innymi STIs.

Ponadto te osoby przejawiają, częściej niż pełnosprawni rówieśnicy, problemowe zachowania o charakterze seksualnym (w piśmiennictwie określane także jako *zachowania stanowiące wyzwanie*), wśród których wymienia się m.in. zachowania przekraczające granice innych osób, mogące przerodzić się w zachowania przestępcze. Ważnym argumentem skłaniającym do kierowania edukacji seksualnej do osób z niepełnosprawnością intelektualną jest fakt, że niemała część osób z niepełnosprawnością lekką, a niekiedy – także z umiarkowaną, podejmuje zachowania seksualne mogące prowadzić do nieprzemyślanej lub niechcianej ciąży.

Bez względu na stopień zdiagnozowanej niepełnosprawności dzieci i nastolatków można wyróżnić następujące istotne zagadnienia edukacji seksualnej:

- ✔ wiedza na temat ciała: różnorodność płciowa i seksualna (różnice między kobietą a mężczyzną i między dzieckiem a dorosłym), funkcje poszczególnych części ciała (ze szczególnym uwzględnieniem części intymnych), zmiany fizjologiczne w okresie dojrzewania płciowego itp.;
- ✔ wiedza na temat cyklu życia (w tym – osiąganie dojrzałości seksualnej przez człowieka oraz ekspresji seksualnej dopasowanej do określonego kontekstu społecznego);
- ✔ wiedza dotycząca płodności, wydawania potomstwa na świat oraz rodzicielstwa;
- ✔ wiedza na temat metod antykoncepcyjnych stosowanych w celu zapobiegania nieplanowanej ciąży i ochrony przed STIs (Craft, 1994; za: Pieńkowska, Izdebska, 2008);
- ✔ wiedza dotycząca profilaktyki przemocy seksualnej (Fornalik, 2020).

Gdy planuje się pracę w obszarze edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością intelektualną, warto wyposażyć się w materiały przeznaczone dla tej grupy. Są one dostępne np. na stronie Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną[50]. Można tam znaleźć materiały do pobrania, z tekstem łatwym do czytania i wspartym ilustracjami, a także krótkie publikacje dotyczące bezpieczeństwa czy intymności. Narzędzia do edukacji, w tym – piktogramy dotyczące seksualności, znajdują się na stronie https://traseproject.com/. Warte polecenia są publikacje edukacyjne autorstwa I. Fornalik, np. pakiety *O dojrzewaniu. Chłopcy, O dojrzewaniu. Dziewczęta, Poznać i zrozumieć uczucia.* Nie są to materiały poświęcone stricte profilaktyce HIV czy innych STIs, ale mogą być pomocne do podjęcia tematyki seksualności czy też zasad dbania o zdrowie (również seksualne).

50. https://psoni.org.pl/publikacje/?order=DESC&search=&category%5B%5D=94 [dostęp: 10.08.2024].

2.3. MŁODZI DOROŚLI ORAZ OSOBY W WIEKU ŚREDNIEJ DOROSŁOŚCI, AKTYWNE SEKSUALNIE

2.3.1. Charakterystyka okresu dojrzałości

Okres wczesnej i średniej (nazywanej także w literaturze „dojrzałą") dorosłości to najdłuższy etap rozwojowy człowieka. Najczęściej opisywane granice tych dwóch faz to wiek w przedziale 18/23–34/35 dla wczesnej dorosłości oraz 35–60 lat dla średniej dorosłości (por. Rosiński, 2013; Beisert, 2023). Każde z tych stadiów ma nieco odmienne zadania rozwojowe, mimo że w całym tym okresie mamy do czynienia z ukształtowaną już jednostką podejmującą najważniejsze role społeczne wyznaczone kulturowo. Warto jednak zauważyć, że zarówno zadania rozwojowe, jak i sposoby ich realizacji będą się różniły w zależności od pokolenia, którego dotyczą rozważania. **Preferowane wartości czy plany życiowe młodych dorosłych będą nieco inne, jeśli pokolenie opisywane będzie jako *baby boomers* (1945–1965), *pokolenie X* (1960–1980), *pokolenie Y* (1980–2000), *pokolenie Z* (1995–2010) czy też *pokolenie Alpha* (ur. po 2000 roku)** (Rosiński, 2013). Na tej podstawie można jednocześnie założyć, że podobne różnice będą pojawiały się w okresie średniej dorosłości w miarę wkraczania w nią poszczególnych pokoleń. Dlatego też charakterystyka tego etapu życia, jak również rozwoju psychoseksualnego i potrzeb w zakresie profilaktyki, pozostaje – siłą rzeczy – umowna i zmienna w czasie.

Nie sposób również pominąć wniosków płynących z wielu badań i wskazujących na fakt, że transformacja z okresu adolescencji do dorosłości, jak również z wczesnej do średniej dorosłości, obecnie podlega wydłużeniu, większemu zindywidualizowaniu, a także okazuje się mniej zależna od oczekiwań społecznych („zegara społecznego"). Ponadto, niezależnie od wieku chronologicznego, o ramach poszczególnych okresów będą decydować także styl życia, rodzaj zadań realizowanych w danym czasie czy biologiczna kondycja człowieka (por. Lubrańska 2018). Styl życia może natomiast zależeć od obszaru zamieszkania czy od rodziny pochodzenia: inni będą dorośli z obszarów wielkomiejskich, a inni – z pozostałych obszarów. Z tego powodu należy pamiętać, że przedstawione niżej charakterystyki i potrzeby wymienionych grup wiekowych są umowne i nieco uogólniające. Dlatego w razie planowania działań profilaktycznych warto – po uwzględnieniu wiedzy ogólnej – brać pod uwagę indywidualne potrzeby wybranej populacji.

WCZESNA DOROSŁOŚĆ

Teorie opisujące rozwój człowieka podkreślają szczególne zadania stojące przed jednostką na każdym etapie tego rozwoju. Okresowi wczesnej dorosłości przypisuje się zwłaszcza zadanie rozwiązania kryzysu wynikającego ze ścierania się dwóch przeciwnych skłonności: dążenia jednostki do intymności z tendencją do izolacji (Beisert 2023). Poszukiwanie równowagi w tym obszarze ma doprowadzić do dojrzałego podjęcia ról partnerskich w związkach miłosnych, które przez kulturę są wyznaczone jako najważniejsze zadanie w tym stadium (Matuszewska 1997). Seksualność – w przeciwieństwie do wcześniejszego etapu – zaczyna być kierowana „do zewnątrz". Podczas gdy w adolescencji eksperymenty seksualne służyły ustalaniu własnej tożsamości seksualnej i badaniu swojego ciała, to w tej fazie eksploracja dotyczy raczej funkcji seksualności w relacjach z innymi osobami. Te przemiany mają – oczywiście – też szerszą perspektywę: ten rodzaj ukierunkowania pozwala nie tylko na wchodzenie w intymność w relacji seksualnej, lecz także w innych wspólnotach. Umożliwia więc – przykładowo – tworzenie więzi społecznych w grupach przyjacielskich, zawodowych i innych (Beisert 2023). W zależności od pokolenia te więzi oraz rozwiązanie konfliktu między intymnością a izolacją będą jednak inne. Współczesnych młodych dorosłych charakteryzuje się, co prawda, jako ceniących przyjaźń, pra-

gnących wypracować sobie szacunek u innych oraz bycie potrzebnym, ale jednocześnie uważa się ich za ambitnych, dążących do ciekawego życia i do dobrych zarobków. Tym, co dla nich jest szczególną wartością, okazuje się osobiste szczęście, które nie musi być powiązane z małżeństwem i z prokreacją. Badania pokazują, że tylko co druga osoba w wieku wczesnej dorosłości wskazuje udane małżeństwo jako warunek dobrego życia, natomiast posiadanie dzieci – co czwarta (za: Rosiński, 2013). Jakość życia jest obecnie w większym stopniu wiązana z pracą i z rozwojem zawodowym (por. Lubrańska, 2018). Tymczasem seksuolodzy podkreślają, że w tym okresie wchodzenie w satysfakcjonujący związek i przygotowanie do odpowiedzialności za dzieci to najważniejsze zadanie życiowe. Zostaje ono twórczo zrealizowane, kiedy intymność dominuje nad dążeniem do izolacji, a osoba jest w stanie oprzeć się na miłości i na afiliacji, aby wchodzić w intymne, ale nie symbiotyczne związki romantyczne, a także tworzyć wspólnoty i w nich działać (Beisert 2023). W świetle powyższych informacji oraz w coraz prędzej zmieniającej się rzeczywistości kulturowej można przyjąć, że poszukiwanie intymności czy wchodzenie w relacje seksualne będzie przybierało różnorodne formy, nieznane wcześniejszym pokoleniom. Przykładem jest tu coraz częstsze poszukiwanie partnerów w wirtualnej rzeczywistości, za pomocą różnorodnych aplikacji. Jednak badania wskazują, że – mimo łatwości nawiązania relacji i randkowania – u młodych dorosłych pojawiają się frustracja i rozczarowanie związane z rozdźwiękiem między rzeczywistością wirtualną a światem realnym. W konsekwencji zadanie budowania intymności staje się znacznie trudniejsze, a zamiast spodziewanego związku miłosnego częściej obserwuje się zaangażowanie w układy partnerskie, w cyberseks, w kontakty seksualne bez zaangażowania emocjonalnego czy też znajomość wyłącznie w świecie wirtualnym (Kacprzak, Leppert 2013).

Wydaje się zatem, że otwartość i ciekawość wobec zmian zachodzących w charakterystyce młodych dorosłych (w miarę wchodzenia w ten okres kolejnych pokoleń, dorastających w określonych warunkach kulturowych) okazuje się kluczem do zrozumienia potrzeb osób będących na tym etapie życia oraz do podejmowania właściwych działań profilaktycznych. Przed profilaktyką można przecież postawić różne zadania, w zależności od stylów życia i od wyznawanych wartości grupy docelowej. **W okresie, w którym powstaje ta publikacja, można założyć, że profilaktyka powinna spełniać oczekiwania ludzi poszukujących własnych sposobów na życie relacyjno-rodzinne. Te poszukiwania przekładają się często na większą liczbę relacji seksualnych. W rezultacie przesuwania się wieku podejmowania zobowiązań rodzinnych okres poszukiwań i eksperymentów się wydłuża, a to może się przekładać na zwiększoną liczbę ryzykownych sytuacji w życiu.** Tymczasem te osoby są już poza formalnymi strukturami (jak szkoła), gdzie edukacja i profilaktyka mogą być prowadzone w sposób bardziej systemowy. Oczywiście, część młodych dorosłych to ludzie podejmujący dalszą edukację w ramach studiów wyższych, dlatego wydaje się, że do tej populacji najłatwiej dotrzeć poprzez akcje studenckie, wydarzenia na uczelniach czy szkolenia dla tzw. edukatorów rówieśniczych. Nieco inaczej wygląda jednak sytuacja w odniesieniu do osób, które nie kontynuują edukacji w ramach studiów. W tym przypadku możliwości dotarcia są mniejsze, ale sprawdzić się tutaj mogą – przykładowo – działania w klubach czy na festiwalach muzycznych. Obiecującym miejscem prowadzenia działań profilaktycznych kierowanych do młodych dorosłych jest także przestrzeń wirtualna, a zwłaszcza media społecznościowe i aplikacje randkowe. Warto tu zaznaczyć, że podejmowanie tego typu wirtualnych działań wymaga wrażliwości kulturowej i znajomości bieżących trendów w tym zakresie. Młodzi dorośli z poszczególnych pokoleń będą wykorzystywać w różnym stopniu różne platformy i aplikacje: do innego odbiorcy trafi przekaz prezentowany na Facebooku, a do innego – na TikToku. Konstruowanie przekazów profilaktycznych wymaga więc zaangażowania przedstawicieli grupy docelowej.

Ponieważ u schyłku tej fazy życia oraz na początku kolejnej duża część osób ma już za sobą decyzje prokreacyjne (lub też jest w trakcie ich podejmowania), ciekawą opcją mogą się okazać oddziaływania profilaktyczne kierowane do młodych rodziców poprzez placówki opiekuńczo-wychowawcze i eduka-

cyjne (przykłady opisano poniżej). Z uwagi na wspomniane decyzje nie można zapomnieć o szczególnie istotnej potrzebie prowadzenia działań profilaktycznych nakierowanych na zapobieganie transmisji HIV (i innych STIs) z matki na dziecko. **Chodzi zwłaszcza o promocję testowania wśród osób planujących ciążę i wśród ciężarnych oraz ich partnerów, a także o upowszechnianie wiedzy o możliwościach planowania ciąży w razie zakażenia czy o opcjach zapobiegania i leczenia.**

Wszystko to wymaga systematycznych działań w wielu przestrzeniach społecznych. Zasygnalizowane tutaj pomysły związane z docieraniem do tej populacji opisano dokładniej w dalszych częściach niniejszego rozdziału.

Opis sytuacji młodych dorosłych oraz ich specyficznych zadań rozwojowych nie powinien pomijać młodych dorosłych żyjących z HIV. Istotnym elementem różnorodnych działań jest zatem ponownie (jak na wszystkich innych etapach rozwojowych) zmniejszanie stygmatyzacji zakażenia – celem jest tu nie tylko ułatwienie życia osobom seropozytywnym, lecz także obniżenie lęku reszty społeczeństwa przed wykonywaniem testów (w obawie przed dyskryminacją niektórzy mogą nie chcieć wykonać testu). Zatem normalizacja życia z HIV przyczynia się – z jednej strony – do zmniejszenia wykluczenia społecznego, a z drugiej – ułatwia podjęcie decyzji o sprawdzeniu swojego statusu serologicznego. Dzięki temu, że więcej osób zdecyduje się na wykonanie testu, zwiększy się wykrywalność zakażeń, co przełoży się na podjęcie leczenia przez osoby żyjące z HIV, czego naturalną konsekwencją będzie przerwanie łańcucha transmisji.

ŚREDNIA DOROSŁOŚĆ

Etap średniej dorosłości jest w literaturze opisywany różnie. Z jednej strony – niektórzy teoretycy wskazują, że ta szczególnie długa faza życia to czas przygotowania się do starości (Skowrońska, 2009; za: Lubrańska, 2018), a z drugiej – podkreśla się twórczy aspekt tego okresu związany z samorealizacją: z rozwojem zawodowym, z osiągnięciem satysfakcjonującego statusu społeczno-ekonomicznego czy z ustabilizowaniem swojej pozycji w grupach towarzyskich i w życiu rodzinnym (Liberska, 2008).

W obliczu przemian społeczno-kulturowych, wydłużania się okresu wkraczania w dorosłość, ale i spodziewanej długości życia można założyć, że również na tym etapie style życia i zadania rozwojowe będą się zmieniać w nadchodzących latach. Przecież obecnie w ten okres wchodzi pokolenie urodzone w latach 80., będące świadkami transformacji ustrojowej, szybkich zmian kulturowych i gospodarczych, dorastające w czasie rodzenia się internetu i doświadczające jako pierwsze procesów globalizacji stylu życia na tak szeroką skalę. Jest to też pokolenie, które przyszło na świat tuż po rewolucji seksualnej lat 60. i 70. XX wieku, w świecie bardziej liberalnym, nadającym nowe znaczenia i funkcje relacjom (w tym – romantycznym i seksualnym), rodzinie czy rolom płciowym – relacjom pozostawiającym więcej różnorodnych dróg realizowania tzw. sukcesu życiowego. Zatem wydaje się, że społeczne oczekiwania wobec tej grupy wiekowej będą w mniejszym stopniu związane z przygotowywaniem się do starości, a w większym – z samorealizacją, ze stawianiem sobie kolejnych wyzwań i celów życiowych, z dalszym rozwojem w życiu prywatnym i zawodowym.

Przemiany zadań, potrzeb i stylów życia w okresie średniej dorosłości wiążą się z opóźnianiem decyzji prokreacyjnych. W wielu opracowaniach z zakresu psychologii rozwojowej wskazuje się na wspieranie dorastających już dzieci i na stabilizację zawodową osiąganą już po wcześniejszej fazie życia w rodzinie z małymi dziećmi. Tymczasem obecnie coraz więcej osób pomiędzy 35. a 40. rokiem życia doświadcza wczesnych etapów rodzicielstwa, co nie pozostaje bez wpływu na decyzje zawodowe i styl życia, również seksualnego. W miarę upływu czasu w stałych relacjach (jak małżeństwo czy

wieloletni związek kohabitacyjny) spada poziom satysfakcji seksualnej, jednak często zastępują ją inne formy gratyfikacji związane np. z zaangażowaniem w wychowanie potomstwa, ze wspólnym prowadzeniem gospodarstwa domowego czy z realizowaniem się w życiu zawodowym (Beisert, 2023). Spadek satysfakcji seksualnej w stałym związku może być jednak kompensowany również poprzez wchodzenie w równoległe relacje seksualne – **badania wskazują, że pozamałżeńskie kontakty seksualne utrzymuje około 50% mężczyzn i 25% kobiet, przy czym wśród kobiet odsetek ten odnotowuje tendencję rosnącą, co może być wyjaśniane poprzez społeczną zmianę pozycji kobiety** (Beisert, 2023). Poza tym przemiany kulturowe, większa akceptacja społeczna dla rozwodów oraz zmiana funkcji relacji intymnej we współczesności mogą mieć szczególne znaczenie w tym okresie (czas życiowych przewartościowań), co prowadzi do wychodzenia z niesatysfakcjonujących związków i do wchodzenia w nowe. Wszystko to wydaje się szczególnie ważne z punktu widzenia potrzeb profilaktycznych występujących w etapie średniej dorosłości.

Z myślą o powyższych potrzebach w zakresie profilaktyki oraz ze względu na długi czas trwania tego etapu życia należy podkreślić, że dotarcie z przekazem edukacyjnym do tej populacji okaże się trudniejsze niż działania podejmowane we wszystkich pozostałych okresach. Tak więc czas ten wymaga szczególnego podejścia – poszukiwanie nowatorskich sposobów dotarcia powinno być jednym z priorytetów profilaktyki dotyczącej różnych STIs. Czas średniej dorosłości to okres aktywności przede wszystkim w nieformalnych grupach towarzyskich, w rodzinie, w placówkach edukacyjnych dzieci oraz w zakładach pracy, które rzadko inicjują aktywności służące profilaktyce zdrowotnej (chociaż można tutaj wskazać ambitne wyjątki, jakimi są niektóre korporacje). Są to jednak osoby aktywne w internecie, zatem możliwe drogi dotarcia mogą się wiązać z przestrzenią wirtualną i z mediami, ale także z placówkami edukacyjnymi, które zaangażują rodziców w określone aktywności. Te propozycje szerzej opisano w dalszej części rozdziału, warto jednak zwrócić uwagę na to, że nie jest to zamknięty katalog możliwości – zachęcamy więc do poszukiwania także innych, twórczych możliwości realizacji działań związanych z profilaktyką zdrowotną.

2.3.2. Możliwości prowadzenia profilaktyki pozainstytucjonalnej

Zgodnie z kwestiami wyżej zasygnalizowanymi, trafianie z przekazem profilaktycznym do opisywanych grup wymaga działań mniej ustrukturyzowanych w ramach określonych instytucji. W poprzednich etapach rozwojowych funkcję struktury, w której dotarcie do wszystkich osób było możliwe, spełniały placówki edukacyjne.

Na początku etapu wczesnej dorosłości mogą one – oczywiście – nadal być wykorzystywane, ponieważ w polu zainteresowania mogą pojawić się uczelnie wyższe. Jednak odbiorcami działań są wyłącznie osoby, które studia podjęły. Dlatego konieczne staje się poszukiwanie także innych płaszczyzn dotarcia. Populacją, do której jeszcze trudniej dotrzeć bezpośrednio, są osoby w okresie średniej dorosłości. Kierowanie przekazu profilaktycznego wymaga tu znacznej kreatywności ze strony realizatorów działań. Możliwości dotarcia, przedstawione w niniejszej publikacji, opisaliśmy na podstawie naszych doświadczeń oraz sondażu przeprowadzonego wśród polskich organizacji pozarządowych w 2024 roku. Tabela 5., zamieszczona na końcu rozdziału, prezentuje przykłady działań skierowanych do tych grup, a podejmowanych przez poszczególne organizacje.

Jedną z możliwości prowadzenia działań profilaktycznych wobec osób w okresie wczesnej dorosłości są **akcje nakierowane na środowisko studenckie**. Mogą to być różne formy organizacyjne – od warsztatów, poprzez happeningi, konkursy artystyczne, aż po seminaria i konferencje naukowe.

Takie działania są podejmowane najczęściej przez organizacje pozarządowe lub przez osoby ze środowiska akademickiego – we współpracy z organizacjami. Najczęściej można się spotkać z organizacją stoisk w budynkach uczelni z materiałami edukacyjnymi, happeningów na terenach kampusów lub z możliwością wykonania szybkich testów. Rzadziej są to warsztaty bądź seminaria, wymagające większych nakładów związanych z rekrutacją osób chętnych do wzięcia udziału w wydarzeniu. Te ostatnie oferują jednak większe możliwości przekazania rzetelnej wiedzy.

Przykładem takich akcji mogą być stoiska prowadzone na uczelniach przez osoby zajmujące się zawodowo problematyką HIV (np. akcje w ramach projektu „Bezpieczne Gruchanie", prowadzone przez Pomorski Dom Nadziei w Trójmieście, czy „Test Fest" w Białymstoku, prowadzone przez Stowarzyszenie Faros), jak również przez – odpowiednio przeszkolone w tym zakresie – osoby ze środowiska studenckiego: np. projekt „Peer Education", prowadzony przez IFMSA (Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny), lub „Klub Liderów", prowadzony przez Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden Świat" w Krakowie. Ta druga forma działań zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ może zostać wykorzystana w odniesieniu nie tylko do środowiska studenckiego, lecz także do wielu innych środowisk i do osób będących na różnych etapach życia. Przewagą tego typu aktywności jest dobra znajomość grupy docelowej przez osoby realizujące działanie, a zatem – lepsza możliwość jego zaplanowania zgodnie z ich potrzebami i preferencjami. Szczególnie istotne okazuje się odpowiednie dobranie treści i metod szkolenia kierowanego do osób mających docelowo prowadzić działania. Prawdopodobnie te osoby nie będą się wykazywać specjalistyczną wiedzą, jednak warto, aby potrafiły przekazać podstawowe zagadnienia teoretyczne, dotyczące przede wszystkim:

- ✔ przebiegu i dróg zakażeń,
- ✔ testowania,
- ✔ profilaktyki (tu: profilaktyka związana ze zmianą zachowań, profilaktyka zakażeń matka – dziecko oraz PEP, PrEP i N = N),
- ✔ leczenia,
- ✔ tła kulturowego epidemii HIV
- ✔ aspektów psychospołecznych życia z HIV,
- ✔ pracy nad przekonaniami i stereotypami dotyczącymi osób żyjących z HIV.

Mogą w tym pomóc niektóre ćwiczenia zawarte w ostatnim rozdziale tej publikacji. Byłoby optymalnie, gdyby – w miarę możliwości – szkolenie dla takiej grupy trwało przynajmniej 2–3 dni. Warto także zwrócić uwagę na filozofię konstruowania działań profilaktycznych. Ważne jest, aby przekaz płynący z nich okazywał się pozytywny i nie powielał stereotypów oraz przeciwdziałał stygmatyzacji osób żyjących z HIV i ich bliskich.

Inną formą dotarcia do osób dorosłych (zwłaszcza w okresie wczesnej dorosłości) są **wydarzenia o charakterze masowym**, takie jak imprezy w klubach, koncerty czy festiwale muzyczne. Z tych możliwości chętnie korzystają organizacje pozarządowe – przykłady to akcje testowania w klubach muzycznych w Warszawie, w Krakowie i w innych dużych miastach czy stoiska na wielkich festiwalach, jak chociażby coroczne działania Towarzystwa Rozwoju Rodziny z Zielonej Góry w ramach akcji informacyjno-profilaktycznej (w tym – warsztaty i akcja szybkiego testowania) na stoisku podczas Pol'and'Rock Festival. Coraz popularniejsze są również akcje szybkiego testowania w innych przestrzeniach, stwarzające możliwość dotarcia do omawianej populacji (także osób w okresie średniej dorosłości), jak działania prowadzone w ramach współpracy z Wielką Orkiestrą Świątecznej Pomocy oraz z innymi organizacjami i testowanie odbywające się przy okazji wydarzeń towarzyszących – przykładowo: w Krakowie, dzięki współpracy IFMSA i Stowarzyszenia Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden Świat".

Mogą to być też galerie handlowe i inne miejsca, w których są organizowane akcje medyczne – daje to możliwość normalizacji problematyki infekcji HIV, HCV i pozostałych STIs poprzez dołączenie takiego stoiska do innych o tematyce medycznej (obok pomiaru ciśnienia czy cukru we krwi). Świetnie się tu sprawdza właśnie współpraca ze studentami medycyny. Niektóre organizacje proponują realizację akcji tego typu w ramach marszów równości czy wydarzeń o zupełnie innej tematyce (np. testowanie w czasie „Ekogiełdy" przez Stowarzyszenie Faros w Białymstoku). Mimo że testowanie samo w sobie nie jest profilaktyką zakażeń, to warto pamiętać, że takie działania stwarzają cenną możliwość edukacji na temat czy to zapobiegania zakażeniom, czy to znaczenia nawyku wykonywania badań, aby w razie zakażenia zapobiegać jego rozwojowi. Jednak są też dobrym sposobem na wprowadzanie tej – trudnej dla niektórych – tematyki do przestrzeni społecznej, co może mieć wpływ na zmniejszanie stygmatyzacji w tym obszarze.

Warto pamiętać, że z myślą o populacji osób dorosłych mogą być z powodzeniem wykorzystywane nowoczesne narzędzia profilaktyki opisane w pierwszym rozdziale, tj. strony internetowe, kampanie w mediach społecznościowych i tradycyjnych, kampanie outdoorowe, aplikacje na telefony komórkowe lub gry (online, tradycyjne, terenowe, związane z odgrywaniem ról – LARP, RPG – i inne). Trzeba się skoncentrować zwłaszcza na poszukiwaniu adekwatnych ścieżek dotarcia do grupy docelowej przy wykorzystaniu każdego z tych narzędzi – istotna jest znajomość metod i zasad promocji działań.

Z uwagi na trudności, jakie sprawia dotarcie z edukacją do populacji młodych dorosłych i osób w okresie średniej dorosłości, pewnym sposobem na zaangażowanie ich w pozyskiwanie wiedzy mogą być działania placówek edukacyjnych, do których uczęszczają ich dzieci. Mogą to być wspólne aktywności drużynowe (rodzic + dziecko) w ramach gier terenowych, pokazów, konkursów i seminariów. Takie działania pozwalają objąć edukacją równocześnie więcej grup wiekowych. Innym sposobem dotarcia mogą się stać aktywności prowadzone w miejscach pracy. Wymaga to – oczywiście – świadomości i otwartości osób zarządzających określonymi zakładami, ale nie jest to nierealne. Przykładem może być doświadczenie Stowarzyszenia Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden Świat" w zakresie szkoleń i szybkiego testowania w krakowskich korporacjach.

W poniższej tabeli, z myślą o usystematyzowaniu propozycji opisanych w rozdziale, zaprezentowano działania dotyczące przede wszystkim profilaktyki uniwersalnej, podejmowane na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat w odniesieniu do populacji osób dorosłych przez różne polskie organizacje pozarządowe[51]. Wymienione działania dotyczą tych organizacji, które – w odpowiedzi na naszą prośbę z początku 2024 roku – wzięły udział w sondażu i przekazały informacje na temat swoich działań. Opisane działania są przykładami dobrych praktyk, a nie – dokumentacją poszczególnych inicjatyw podejmowanych w ogóle w Polsce. Wiemy, że w działania aktywnie włącza się także sektor publiczny, realizujący wiele zadań w tym zakresie – zebranie ich i opisanie wymagałoby szeroko zakrojonego badania pozwalającego uzyskać szczegółowe dane. Dlatego też sondaż kierowany do organizacji pozarządowych miał w naszym zamyśle na celu pokazanie przykładów, które mogą stanowić inspirację dla osób, organizacji czy instytucji planujących działania profilaktyczne w przyszłości.

51. W tym miejscu wymieniono jedynie działania czwartego sektora. Agendy rządowe oraz na szczeblu lokalnym podejmują także szereg działań profilaktycznych wynikających z realizacji założeń Krajowego Programu. O inicjatywach tego typu można uzyskać informacje na ich stronach internetowych.

Tabela 5. Działania edukacyjne podejmowane w stosunku do populacji osób dorosłych przez polskie organizacje pozarządowe.

ŚRODOWISKO STUDENCKIE	MŁODZI DOROŚLI NIESTUDIUJĄCY (DO 35 LAT)	OSOBY W OKRESIE ŚREDNIEJ DOROSŁOŚCI (35-65 LAT)	DOROŚLI OGÓLNIE
Stowarzyszenie Podwale Siedem – Poradnia Ty To Tu – Wrocław, woj. dolnośląskie			
Dyżury informacyjne i partyworking podczas wydarzeń studenckich.	• Dyżury partyworkerskie • Prowadzenie wirtualnej poradni zdrowia seksualnego z wysyłką testów do domowego użycia	Prowadzenie wirtualnej poradni zdrowia seksualnego z wysyłką testów do domowego użycia	PKD
Fundacja Pomorski Dom Nadziei – Gdańsk, woj. pomorskie			
Kampanie edukacyjne „Bezpieczne Gruchanie” na terenie uczelni	• Kampanie promujące testowanie w PKD w mediach społecznościowych (targetowane na wiek odbiorcy) • Zajęcia warsztatowe nt. HIV i zachowań mogących prowadzić do zakażenia dla uczniów klas maturalnych	Kampanie promujące testowanie w PKD w mediach społecznościowych (targetowane na wiek odbiorcy)	• Stoiska edukacyjne z quizem wiedzy o HIV i AIDS, z upominkami – obecnie pilotażowo testowanie w terenie • PKD
Stowarzyszenie Faros – Białystok, woj. podlaskie			
• Akcje edukacyjne i profilaktyczne na terenie uczelni wyższych na temat HIV i AIDS • Akcje szybkiego testowania w kierunku HIV, HCV i kiły podczas juwenaliów	—	—	• Szybkie testowanie w kierunku HIV, HCV i kiły podczas festiwalu muzyki elektronicznej Up To Date w Białymstoku • Testowanie w galeriach handlowych • Zajęcia profilaktyczne prowadzone dla osób osadzonych w jednostkach penitencjarnych, dla służb mundurowych (straż pożarna, policja), dla pracowników socjalnych i pracowników sanepidu z województwa podlaskiego

			• Akcje informacyjne i testowanie na innych wydarzeniach • PKD
Społeczny Komitet ds. AIDS – Warszawa, woj. mazowieckie			
„Połączenia CTRLowane" – program edukacyjno-informacyjny dotyczący profilaktyki zakażeń HIV i STIs, prowadzony wspólnie z programem Stacja: • Dyżury w domach studenckich, miejscach spędzania wolnego czasu, na wydarzeniach studenckich • Konsultacje indywidualne, wydarzenia plenerowe (pokaz filmowy) • Warsztaty stacjonarne i webinary • Strona internetowa, działania na Facebooku, relacje na Instagramie • Cykl informacyjno-edukacyjny w Radio Kapitał	—	—	• Wsparcie terapeutyczne, seksuologiczne, psychologiczne w Programie Buddy -Polska (wsparcie dla osób żyjących z HIV) • PKD
Fundacja Parasol – Toruń, woj. kujawsko-pomorskie			
Testowanie pod kątem HIV, HCV i kiły na juwenaliach w Toruniu i Bydgoszczy	—	—	PKD
Stowarzyszenie Wolontariuszy DA DU – Szczecin, woj. zachodniopomorskie			
—	• Działania profilaktyczne w szkołach, testowanie w ośrodkach terapii uzależnień	—	• Grupy wsparcia dla osób seropozytywnych • Konsultacje dla osób seropozytywnych • Działania środowiskowe dla osób pracujących w seksbiznesie • Obozy integracyjno-rehabilitacyjne • Telefon zaufania -wsparcia • PKD

Fundacja Edukacji Społecznej – Warszawa, woj. mazowieckie

• Spotkania edukacyjne dla studentów na temat profilaktyki HIV, • Testowanie w kierunku HIV, HCV i kiły podczas studenckich imprez	Spotkania edukacyjne dotyczące HIV i STIs oraz testowanie w kierunku HIV, HCV i kiły w klubach	Spotkania edukacyjne dot. HIV i STIs oraz testowanie podczas imprez plenerowych	PKD

Towarzystwo Rozwoju Rodziny – Zielona Góra, woj. lubuskie

• Zajęcia edukacyjne i profilaktyczne • Akcja „Tramwaj zwany pożądaniem” wraz z IFMSA	Od 1998 r. akcja profilaktyczna „Miłość, młodość, odpowiedzialność” podczas festiwalu Pol’and’Rock (kiedyś „Przystanek Woodstock”)	Akcja profilaktyczna „Miłość, młodość, odpowiedzialność” podczas festiwalu Pol’and’Rock (kiedyś „Przystanek Woodstock”)	• Szkolenia nt. profilaktyki HIV dla osób pracujących w oświacie i w ochronie zdrowia • Obchody Memoriału Pamięci i Mobilizacji w Walce z AIDS • Obchody Światowego Dnia AIDS • PKD

Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden Świat” – Kraków, woj. małopolskie

• Szkolenia kierowane do środowiska studenckiego (zwłaszcza z kierunków medycznych i społecznych) • Współpraca z IFMSA przy akcji „Tramwaj zwany pożądaniem” • Wykłady i stoiska informacyjne na uczelniach (m. in. projekt „Klub Liderów Bądź Bardziej Bezpieczny”) • Pokazy filmowe z dyskusją	• Edukacja i testowanie w klubach i podczas imprez • Regularne akcje testowania w centrum społecznościowym DOM EQ • Kampanie internetowe w mediach społecznościowych	Szkolenia i testowanie w korporacjach	• Testowanie i edukacja na wydarzeniach medycznych (z IFMSA), np. w galeriach handlowych lub podczas WOŚP • Testowanie i edukacja wśród osób uzależnionych (Drop-in w Krakowie) • Szkolenia dla różnych grup zawodowych • Akcje edukacyjne w internecie, kampanie edukacyjne w środkach komunikacji publicznej (BUS-TV), współpraca z Radiem Kraków • Akcje/happeningi uliczne np. „list z kokardką” • Wsparcie indywidualne psychologiczne i prawne dla osób żyjących z HIV • Testowanie skierowane do osób uchodźczych • Projekt edukacyjny skierowany do osób osadzonych w Zakładach Karnych • PKD

Zjednoczenie „Pozytywni w tęczy” – Warszawa, woj. mazowieckie			
Zajęcia na temat profilaktyki HIV dla studentek i studentów uczelni warszawskich	—	—	Grupy wsparcia dla osób żyjących z HIV, zwłaszcza dla społeczności MSM

Źródło: opracowanie własne na podstawie deklaracji organizacji.

2.4. SENIORZY I SENIORKI

2.4.1. Charakterystyka wieku

Wiek senioralny jest często definiowany jako okres zaczynający się po 60. roku życia. Ten etap charakteryzuje się zarówno specyficznymi wyzwaniami, jak i unikatowymi możliwościami. Starzenie się to proces złożony, który obejmuje zmiany fizyczne, psychiczne i społeczne.

Zmiany fizyczne mogą wpływać na jakość życia seniora. Należą do nich głównie: spadek wydolności fizycznej – obniżenie siły mięśniowej, elastyczności i wytrzymałości, co może prowadzić do ograniczenia aktywności fizycznej (Kozieł, 2023), choroby przewlekłe (najczęstsze to nadciśnienie, cukrzyca, choroby serca czy choroby układu oddechowego), jak również zmiany sensoryczne – pogorszenie wzroku, słuchu, smaku i węchu, co może wpływać na codzienne funkcjonowanie (Kostka, Koziarska-Rościszewska, 2009).

W kontekście zmian psychicznych częściej może dochodzić do osłabienia pamięci oraz do spowolnienia procesów myślowych. Częstość występowania demencji, w tym – choroby Alzheimera, zwiększa się wraz z wiekiem (Kozieł, 2023). Jednocześnie seniorzy często doświadczają większej stabilności emocjonalnej, chociaż niektórzy mogą cierpieć na depresję lub na lęk, zwłaszcza w związku z utratą bliskich czy z pogorszeniem stanu zdrowia (Bielawska-Batorowicz, 2018). Starzenie się wpływa także na życie społeczne. Wiąże się przede wszystkim ze zmniejszeniem lub zakończeniem aktywności zawodowej. Przejście na emeryturę skutkuje zakończeniem aktywności zawodowej, co może prowadzić do zmniejszenia kontaktów społecznych i poczucia izolacji (Stuart-Hamilton, 2006). Seniorzy często odgrywają ważne role w rodzinie – wspierają ją intelektualnie i emocjonalnie lub opiekują się wnukami. Wiele osób w wieku senioralnym angażuje się w działalność społeczną, co pomaga w utrzymaniu aktywności i daje poczucie przynależności (Błachnio, Kuryś-Sznycel, Martynowicz, Molesztak, 2017). Z drugiej strony – osoby starsze mogą częściej doświadczać samotności. Zmniejszona mobilność i brak wsparcia społecznego mogą prowadzić do izolacji (Szukalski, 2014). Dodatkowo seniorzy często borykają się z licznymi problemami zdrowotnymi, które mogą ograniczać ich samodzielność i pogarszać jakość życia (Kostka, Koziarska-Rościszewska 2009). Wyzwaniem staje się także mierzenie się z licznymi negatywnymi i krzywdzącymi stereotypami oraz ze **zjawiskiem ageizmu** (tj. dyskryminacją ze względu na wiek), co może znacząco wpływać na samoocenę seniorów oraz na ich integrację społeczną (Szukalski, 2014). Z tego też względu istotne okazuje się aktywizowanie i wspieranie osób starszych w godnym starzeniu się. Promowanie zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej i społecznej może się przełożyć na znaczącą poprawę jakości życia seniorów (Kawińska, 2021; Kliszcz, 2019). W obliczu rozwoju nowoczesnych technologii warto zaznajamiać seniorów z ich użytkowaniem, ponieważ mogą one wspierać samodzielność starszych osób: umożliwiać im łatwiejszy dostęp do opieki zdrowotnej, szybszy i prostszy kontakt

z bliskimi oraz efektywniejsze rozwijanie pasji (Błachnio, Kuryś-Sznycel, Martynowicz, Molesztak, 2017; Mandrzejewska-Smól, 2017; Kliszcz, 2019). Istotne staje się również tworzenie sieci wsparcia społecznego, w tym – klubów seniora i programów wolontariackich, co może przeciwdziałać izolacji i samotności (Racław, Rosochacka-Gmitrzak, Tokarz-Kamińska, 2012; Kozerska, 2013; Kliszcz, 2019; Kawińska, 2021).

Aktywność seksualna w wieku senioralnym jest tematem często zaniedbywanym, jednak ma ogromne znaczenie dla jakości życia osób starszych. Seksualność w tym okresie życia może być różnorodna i zależy od wielu czynników, takich jak zdrowie fizyczne, stan emocjonalny, relacje z partnerem oraz społeczne normy i oczekiwania. Rozwój seksualny seniorów jest procesem dynamicznym, który może obejmować zarówno kontynuację wcześniejszych wzorców seksualnych, jak i adaptację do nowych sytuacji życiowych. Z tego względu nie można w edukacji i profilaktyce pomijać tej grupy wiekowej. W odniesieniu do seksualności osób starszych dochodzi wraz z wiekiem do wielu zmian fizjologicznych, które mogą wpływać na życie seksualne. W głównej mierze dotyczy to zmian hormonalnych. U kobiet menopauza przynosi spadek poziomu estrogenów, co może prowadzić do suchości pochwy, do zmniejszenia elastyczności tkanek i do obniżenia libido. U mężczyzn spadek poziomu testosteronu może skutkować zmniejszeniem libido i problemami z erekcją (Lew-Starowicz, Lew-Starowicz, Skrzypulec-Plinta, 2021). Na jakość życia seksualnego i na jego funkcjonowanie znacząco wpływają także – często występujące w tej grupie wiekowej – choroby przewlekłe (głównie cukrzyca, choroby serca, miażdżyca czy nadciśnienie) oraz leki stosowane w leczeniu tych schorzeń, mogące się przyczyniać do występowania zaburzeń i dysfunkcji seksualnych (Lew-Starowicz, Lew-Starowicz, Skrzypulec-Plinta, 2021). Z kolei obniżona sprawność fizyczna może wpływać na aktywność seksualną i na komfort podczas zbliżenia. Zmiany psychiczne i emocjonalne również odgrywają istotną rolę w życiu seksualnym tej grupy wiekowej. Utrata atrakcyjności fizycznej, postrzeganej w kontekście starzenia się, może wpływać na poczucie własnej wartości, na samoocenę i na pewność siebie w kontekście seksualnym (Bielawska-Batorowicz, 2011; Steuden, 2011; Kozieł, 2023). Jakość relacji z partnerem ma kluczowe znaczenie. Wzajemne zrozumienie, komunikacja i wsparcie emocjonalne mogą się efektywnie przekładać na satysfakcję seksualną. Dodatkowo doświadczenia życiowe, w tym – wcześniejsze związki, zdrowie psychiczne oraz trauma, mogą wpływać na postawy, wybory i zachowania seksualne w starszym wieku (Bielawska-Batorowicz, 2011). Nie bez znaczenia dla jakości i zadowolenia z życia seksualnego seniorów pozostają także społeczne normy, kulturowe oczekiwania i stereotypy. Wiele społeczeństw wciąż postrzega seksualność tej grupy jako temat tabu. Jednocześnie stereotypy dotyczące aseksualności osób starszych mogą prowadzić do ich stygmatyzacji i do wykluczenia (Szukalski, 2014).

Widzimy zatem, że seksualność w wieku senioralnym okazuje się złożonym zagadnieniem, na które wpływa wiele czynników fizycznych, psychologicznych i społecznych. Zrozumienie tych aspektów i przeciwdziałanie stereotypom może się wydatnie przełożyć na poprawę jakości życia – także seksualnego – osób starszych.

2.4.2. Potrzeby seniorów i seniorek w zakresie profilaktyki HIV/STIs

Osoby w wieku senioralnym stanowią coraz większą część społeczeństwa – dlatego ważne jest, aby również one były odpowiednio edukowane na temat profilaktyki HIV/STIs. Pomimo powszechnego przekonania, że te choroby dotykają głównie młodych, **seniorzy również mogą być narażeni na zakażenia i powikłania z nimi związane** (Minichiello, Rahman, Hawkes, Pitts, 2012; Syme, Cohn, Barnack-Tavlaris, 2017; Co, Moreno-Agosto i in., 2023).

Potrzeby tej grupy wiekowej w zakresie profilaktyki HIV/STIs są często pomijane przez niektóre organizacje związane z ochroną zdrowia – z powodu błędnego założenia, że ta grupa wiekowa jest mniej narażona na zakażenia. Pierwszym krokiem w zrozumieniu potrzeb seniorów i seniorek w zakresie profilaktyki HIV/STIs jest świadomość, że ta grupa wiekowa również jest aktywna seksualnie: podejmuje zachowania seksualne. Wraz z postępem medycyny oraz z poprawą jakości życia coraz więcej osób w późniejszym wieku podejmuje aktywność w tym obszarze. Zarazem z powodu braku obawy o zajście w niepożądaną ciążę stosowanie prezerwatyw w tej grupie może być zdecydowanie rzadsze, co z kolei może przyczyniać się do zwiększenia ekspozycji na zakażenia przenoszone drogą płciową (w tym – HIV). **Według polskich badań z 2017 roku aktywność seksualną w ciągu ostatnich 4 tygodni przed badaniem deklarowały:**

- ✔ osoby w przedziale wiekowym 60–64 – prawie 40% (w tym: 48,2% mężczyźni, 33,7% kobiety),
- ✔ osoby w wieku 65–69 – niecałe 28% (w tym: mężczyźni 47,4%, kobiety 16,4%),
- ✔ osoby w wieku 70–74 – prawie 15% (w tym: mężczyźni 14,8%, kobiety 15%), to jedyna grupa, w której mamy wyższe wskaźniki deklaracji aktywności seksualnej wśród kobiet niż wśród mężczyzn (Izdebski, 2021).

Kolejnym z powodów, dla których osoby w tym wieku są bardziej narażone na zakażenia HIV/STIs, jest fakt, że w starszym wieku mogą one mieć obniżoną odporność oraz być bardziej podatne na różne infekcje.

Wiele osób w wieku senioralnym może nie mieć wystarczającej wiedzy na temat HIV i innych STIs lub doświadczać trudności z dostępem do informacji, co może prowadzić do braku świadomości możliwości wystąpienia zakażenia w trakcie aktywności seksualnej (np. kontakt seksualny niezabezpieczony prezerwatywą lub częste zmiany partnerów seksualnych). Dodatkową trudnością może być brak umiejętności radzenia sobie z tym zagrożeniem. Dlatego istotne okazuje się prowadzenie – także w tej grupie wiekowej – szeroko zakrojonej edukacji na temat HIV/STIs oraz profilaktyki w tym zakresie (np. edukowanie na temat rozpoznawania objawów, zachęcanie do regularnych badań i do testów diagnostycznych w tym kierunku oraz przedstawienie możliwości leczenia tych chorób) (Tillman, Mark, 2015; Roberson, 2018; Davis, Elder, 2020).

Innym ważnym aspektem profilaktyki HIV/STIs u osób starszych jest dostęp do usług zdrowotnych, adekwatnych do potrzeb, który często jest ograniczony w zakresie testowania i leczenia STIs, ze względu na społecznie obecne stereotypowe myślenie o aseksualności osób w starszym wieku. Może to prowadzić do większej ekspozycji na zakażenia oraz utrudniać kontrolę swojego stanu zdrowia. Dlatego niezbędne staje się zapewnienie seniorom łatwiejszego dostępu do badań diagnostycznych oraz do leczenia w kierunku STIs. Warto również pomyśleć nad opracowaniem celowanych kampanii profilaktycznych, skierowanych do tej grupy osób.

Ważne jest również uwzględnienie specyficznych potrzeb i wyzwań związanych z wiekiem, takich jak przewlekłe choroby, osłabienie sprawności fizycznej czy spadek libido, które mogą wpływać na podejmowanie działań profilaktycznych wśród seniorów. Dlatego kluczowe jest dostosowanie programów profilaktycznych do specyficznych potrzeb tej grupy wiekowej (Slinkard, Kazer, 2011; Karpiak, Lunievicz, 2017).

Nie można zapominać, że seniorzy również mają prawo do zdrowego i bezpiecznego życia seksualnego. Dlatego istotne jest dostarczanie im odpowiedniej edukacji, wsparcia i dostępu do usług zdrowotnych (profilaktyka, testowanie, leczenie) – w celu ochrony ich zdrowia i polepszenia ogólnego dobrostanu. Te działania mogą w znacznym stopniu przyczynić się zarówno do poprawy stanu

zdrowia osób w wieku senioralnym, jak i do zmniejszenia możliwości rozprzestrzeniania się HIV/STIs w populacji generalnej (Ezhova, i in. 2020). Warto przy tej okazji zwrócić większą uwagę na tę grupę wiekową i zaangażować jej przedstawicieli w działania na rzecz profilaktyki HIV/STIs.

2.4.3. Cele edukacji i profilaktyki w tej grupie wiekowej

Wzrost świadomości: Seniorów często charakteryzują mniejsza świadomość i niższy poziom wiedzy na temat zagrożeń związanych z HIV/STIs. Ważne jest więc dostarczanie informacji na omawiany temat tej grupie społecznej.

Opieka zdrowotna: Istotne jest zapewnienie starszym osobom dostępu do specjalistycznej opieki zdrowotnej, w tym – do regularnych badań przesiewowych oraz do testowania w kierunku HIV/STIs.

Promocja zdrowego stylu życia: Należy pamiętać o zachęcaniu osób w wieku senioralnym do dbania o własne zdrowie poprzez podejmowanie aktywności fizycznej, zdrowe odżywianie i regularne kontrole własnego stanu zdrowia. Takie działania mogą się także przyczyniać do zmniejszenia możliwości wystąpienia zakażenia HIV/STIs.

Zmniejszanie barier komunikacyjnych i dostęp do wiedzy: Starsze osoby mogą napotykać trudności w poruszaniu się w przestrzeni online i w używaniu nowoczesnych technologii, dzięki którym mogłyby znaleźć wiele informacji na temat profilaktyki i leczenia HIV/STIs. Dlatego konieczne stają się edukacja w tym zakresie i tworzenie dostępnych form komunikacji, zrozumiałych i łatwo przyswajalnych dla tej grupy odbiorców.

Dostęp do odpowiednich środków ochrony: W profilaktyce HIV/STIs kluczowe okazuje się zapewnienie osobom starszym łatwego i dyskretnego dostępu do środków ochrony, np. prezerwatyw.

Inicjowanie rozmów: Istotne jest zachęcanie seniorów do podejmowania rozmów na temat zdrowia seksualnego, co przyczyni się do traktowania tych tematów z większą otwartością, a taka postawa w konsekwencji ułatwi kontakt z lekarzami czy ze specjalistami.

Wsparcie psychologiczne: Starsze osoby często zmagają się z izolacją społeczną, z depresją czy ze stresem związanym z problemami zdrowotnymi. Oferowanie wsparcia psychologicznego może pomóc w zwiększeniu motywacji do dbania o swoje zdrowie (w tym – w związku z profilaktyką HIV/STIs) oraz o poprawę jego jakości.

Zasoby społeczne: Z jednej strony ważne jest stworzenie miejsc i programów wsparcia dla osób w wieku senioralnym, aby mogły one rozmawiać otwarcie o swoich potrzebach zdrowotnych i otrzymywać potrzebną pomoc. Z drugiej strony warto też wykorzystać potencjał tej grupy wiekowej, który jest wynikiem doświadczenia życiowego, i zaangażować seniorów i seniorki do działań edukacyjnych, jak np. rozmowy międzypokoleniowe. Ten aspekt uwzględniono m.in. w kampanii Krajowego Centrum ds. AIDS **#mamczasrozmawiac**[52].

Kampanie edukacyjne: Organizowanie kampanii informacyjnych dotyczących temat profilaktyki HIV/STIs i docelowo skierowanych do seniorów może istotnie wpłynąć na ocenę osobistej ekspozycji na zakażenia i na zmianę podejmowanych zachowań.

52. Więcej na temat kampanii na stronie **https://mamczasrozmawiac.aids.gov.pl/** [dostęp: 20.09.2024].

W celu zobrazowania obecnego stanu profilaktyki HIV/STIs oraz zaakcentowania potrzeby realizowania działań w populacji osób w wieku senioralnym prezentujemy nieliczne działania organizacji pozarządowych podejmowane na gruncie polskim w ostatniej dekadzie (tabela 6)[53].

Tabela 6. Działania polskich organizacji pozarządowych kierowane do osób w wieku senioralnym

ORGANIZACJA, MIASTO	DZIAŁANIA KIEROWANE DO OSÓB W WIEKU SENIORALNYM
Stowarzyszenie Faros Białystok	Akcje profilaktyczne połączone z szybkim testowaniem w kierunku HIV, HCV i kiły podczas eventów zdrowotnych, organizowanych na terenie giełdy rolno-towarowej w Białymstoku
Fundacja Edukacji Społecznej Warszawa	Spotkania edukacyjne na uniwersytetach trzeciego wieku
Towarzystwo Rozwoju Rodziny w Zielonej Górze	Zajęcia nt. problematyki HIV w Domu Seniora
Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden Świat" Kraków	Stoiska informacyjne i spotkania na uniwersytecie trzeciego wieku w ramach projektu „Klub Liderów"

Źródło: opracowanie własne na podstawie deklaracji organizacji.

53. W tym miejscu wymieniono jedynie działania czwartego sektora. Agendy rządowe oraz na szczeblu lokalnym podejmują także szereg działań profilaktycznych wynikających z realizacji założeń Krajowego Programu. Informacje o inicjatywach tego typu można uzyskać na stronach internetowych danej agencji.

3.
Scenariusze ćwiczeń i materiały do pracy

Ten rozdział zawiera propozycje gotowych scenariuszy do pracy z różnymi grupami. Zaproponowano tutaj podział na warsztaty na początek zajęć, ćwiczenia rekomendowane zwłaszcza dla młodszych dzieci, warsztaty podnoszące wiedzę, jak również takie, które kształtują pożądane postawy wobec osób żyjących z HIV. Z myślą o ćwiczeniach podnoszących wiedzę i kształtujących postawy nie przeprowadzono podziału pod względem rekomendowanego wieku odbiorców i odbiorczyń. Ufamy, że osoby realizujące działania najlepiej znają grupy odbiorców i zgodnie ze swoją wiedzą i doświadczeniem będą potrafiły właściwie wybrać określone scenariusze. Możliwe są także ich dowolne modyfikacje w zależności od specyficznych potrzeb, jednak należy pamiętać, że to osoba prowadząca bierze odpowiedzialność za treść i formę wykorzystania propozycji ćwiczeń. **Przed ich wyborem i podczas korzystania z nich zawsze należy mieć na względzie: wiek, poziom wiedzy i potrzeby odbiorców oraz zakres tematyczny szkolenia.**

Niektóre z tych scenariuszy opracowano na potrzeby tej publikacji, inne powstały już wcześniej. Z części z nich korzystaliśmy w przeszłości, np. podczas warsztatów czy spotkań edukacyjnych, w których braliśmy udział. Dlatego też tym bardziej dołożyliśmy wszelkich starań, aby tam, gdzie to było możliwe, podawać źródła ich pochodzenia.

3.1. SCENARIUSZE NA POCZĄTEK ZAJĘĆ

Początek zajęć z każdą nową grupą wymaga zbudowania atmosfery bezpieczeństwa i zaufania. Służy temu **kontrakt** – to wspólne ustalenie zasad, które będą obowiązywać w trakcie zajęć wszystkie osoby biorące w nich udział (forma zwracania się do siebie, mówienie bez przerywania sobie, nieocenianie wypowiedzi, prawo do odmowy, komunikaty w pierwszej osobie liczby pojedynczej – „ja", punktualność, wyciszenie telefonów). Po zajęciach natomiast bardzo istotna jest zasada poufności i nieujawniania informacji wrażliwych uzyskanych podczas zajęć od pozostałych osób uczestniczących w spotkaniu. Konstruowanie kontraktu może się odbywać na zasadzie burzy mózgów – wszystkie propozycje, po ich zaakceptowaniu przez całą grupę, spisujemy na dużej kartce i wieszamy w widocznym miejscu. Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną, mających problem z czytaniem, warto przedstawić zasady w postaci schematycznych rysunków lub piktogramów. Dostęp do bezpłatnych piktogramów znajduje się na stronie www.sclera.be. W razie potrzeby każda z osób może się odwołać do zasad zapisanych wcześniej i poprosić o ich przestrzeganie. Jeżeli zajęcia mają charakter cykliczny, kontrakt powinien towarzyszyć grupie podczas wszystkich spotkań.

Drugim narzędziem są tzw. **energizery.** Pozwalają one uczestnikom poczuć się swobodniej, a prowadzącym – lepiej poznać grupę. Wszyscy natomiast mogą trochę się zaadaptować do nowej sytuacji. To krótkie ćwiczenia, niezwiązane z tematyką zajęć, wymuszające aktywność fizyczną i pozwalające na swobodne nawiązywanie kontaktów między osobami będącymi w sali.

Ta część zajęć nie powinna trwać dłużej niż 30–40 minut. Wszyscy obecni powinni się wtedy przedstawić. Konieczne okazuje się także określenie oczekiwań oraz omówienie programu. Energizery można wykorzystać na końcu części wstępnej.

3.1.1. Kto, tak jak ja…

Źródło: nieustalone

Cel zajęć: integracja i poznanie się uczestników zajęć.
Liczba osób: optymalnie 15–20.
Czas trwania: w zależności od liczby osób uczestniczących – maks. 30 minut.
Potrzebne materiały: krzesła w kręgu.

Przebieg: Uczestniczące osoby siedzą w kręgu, a jedna chętna osoba staje w środku. Wypowiada zdanie: „Kto, tak jak ja…" i kończy je w dowolny sposób, podając jakąś swoją cechę bądź ulubione zajęcie (np. „Kto tak jak ja: lubi psy, nie jada czekolady, słucha thrash metalu). Osoby siedzące wokół, jeżeli podzielają to zdanie, muszą wstać z krzesła i spróbować jak najszybciej usiąść na innym wolnym miejscu. Osoba, która nie zdążyła zmienić miejsca, zostaje na środku i zabawa zaczyna się od nowa. Jeśli na podane hasło wstała tylko jedna osoba, zajmuje miejsce stojącej i wymyśla swoje zdanie. Czas trwania gry zależy od pomysłowości grupy.

3.1.2. Znajdź osobę, która…

Źródło: nieustalone

Cel zajęć: integracja i poznanie się osób uczestniczących w zajęciach.
Liczba osób: optymalnie 15–20.
Czas trwania: w zależności od liczby uczestniczących osób – maks. 30 minut
Potrzebne materiały: kartki z wydrukowanymi stwierdzeniami.

Przebieg: osoby uczestniczące w zajęciach otrzymują wydrukowane kartki z różnymi stwierdzeniami w tabelce (poniżej ich przykłady). Ich zadaniem jest jak najszybsze znalezienie osób, które identyfikują się z danym stwierdzeniem i zebranie podpisu pod każdym z nich w danym okienku z tabelki. Stwierdzenia można dowolnie modyfikować. Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną można skorzystać z ilustracji.

Przykładowe stwierdzenia:

- ✔ lubi jazz
- ✔ lubi lody włoskie
- ✔ jeździ na wakacje nad morze
- ✔ jeździ na wakacje w góry
- ✔ jeździ konno
- ✔ jeździ na nartach
- ✔ ma kota
- ✔ ma psa
- ✔ hoduje rośliny
- ✔ urodził/a/o się w kwietniu
- ✔ jest spod znaku byka
- ✔ lubi sprzątać
- ✔ nie lubi jesieni
- ✔ umie zrobić szpagat
- ✔ robi kiszonki
- ✔ umie szydełkować
- ✔ potrafi wspinać się na drzewa
- ✔ lubi czytać książki
- ✔ urodził/a/o się w niedzielę
- ✔ trenuje wyczynowo jakiś sport
- ✔ umie grać na instrumencie

Uwagi: Aby utrudnić zadanie, można poprosić, aby przy każdym stwierdzeniu podpisała się inna osoba.

3.1.3. „Moje granice”

Źródło: nieustalone

Cel zajęć: integracja i poznanie się osób uczestniczących w zajęciach.
Liczba osób: optymalnie 15–20.
Czas trwania: w zależności od liczby uczestniczących osób – maks. 30 minut.
Potrzebne materiały: karta pracy.

Przebieg: Osoby uczestniczące w zajęciach otrzymują karty pracy i indywidualnie je wypełniają. Po zakończeniu istnieje możliwość omówienia ich na forum przez chętne osoby.

Uwagi: Warto omówić zwłaszcza 3. część z karty pracy i zastanowić się, czy inni mają podobnie.

Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną łatwiejszy okazuje się wybór odpowiedzi z listy propozycji. Osoby mające problemy z czytaniem mogą skorzystać z rysunków czy z piktogramów.

KARTA PRACY 3.1.3.

Część 1: Jeżeli chodzi o mnie, to innym nie wolno…

1. …
2. …
3. …
4. …
5. …
6. …
7. …
8. …
9. …
10. …

Część 2: Mam prawo prosić o…

1. …
2. …
3. …
4. …
5. …
6. …
7. …
8. …
9. …
10. …

Część 3: Jeżeli chcę oszczędzić swój czas i energię, to czasem mogę…

1. …
2. …
3. …
4. …
5. …
6. …
7. …
8. …
9. …
10. …

3.1.4. Jedziemy na biwak

Źródło: Dwyer i in., 2019.

Cele zajęć:
✔ podniesienie poziomu energii w grupie,
✔ integracja i poznanie się osób uczestniczących w zajęciach.

Liczba osób: od 8 do 30.
Czas trwania: 15 minut.
Potrzebne materiały: brak.

Przebieg: Przed rozpoczęciem ćwiczenia wybierz „klucz", którego użyjesz podczas ćwiczenia. „Kluczem" mogą być:
✔ rzeczy, których nazwa rozpoczyna się na określoną literę, np. B (**b**alon, **b**ut, **b**urak),
✔ rzeczy, których nazwa kończy się na określoną literę, np. K (liza**k**, kote**k**, ziemnia**k**),
✔ słowa rozpoczynające się samogłoską (np. **a**utobus, **i**nformacja, **o**gnisko),
✔ słowa kończące się samogłoską (np. rakiet**a**, okn**o**, klapk**i**),
✔ rzeczy, których nazwa składa się z dwóch wyrazów (np. domek kempingowy, tenis stołowy, mydło w płynie),
✔ rzeczy tego samego koloru,
✔ słowa zawierające co najmniej dwie takie same litery (np. le**kk**i, a**n**a**n**as, **t**ape**t**a),
✔ rzeczy, których nazwa rozpoczyna się literą, na którą kończyła się nazwa rzeczy podana bezpośrednio wcześniej (np. namio**t** – **t**alizma**n** – **n**aszyjni**k** – **k**latka itd.).

1. Poproś uczestniczące osoby o zajęcie miejsc w kręgu. Wyjaśnij, na czym polega ćwiczenie – że podawane słowa powinny się wpisywać w wymyśloną zasadę (klucz). Nie wyjaśniaj, na czym polega zasada (np. że chodzi o którąś literę w słowie lub ich liczbę).
2. Rozpocznij grę słowami: *Jadę na biwak i zamierzam zabrać ze sobą* [z uwzględnieniem wcześniej wybranego klucza podaj rzecz, którą zabierzesz ze sobą, np. jeżeli kluczem są słowa kończące się na literę K, może być to słowo ręcznik]. Po tym zaproś kolejną osobę. Poproś, by rozpoczęła wypowiedź od tych samych słów, tzn. *Jadę na biwak i zamierzam zabrać ze sobą…*
3. Jej zadaniem jest podanie rzeczy, którą chce ze sobą zabrać na biwak, tyle że zgodnie z kluczem wybranym przez ciebie (ale jej – nieznanym).
4. Jeżeli kolejna osoba poda rzecz, która odpowiada wybranemu kluczowi (np. plecak), odpowiedz: *Dobrze, możesz zabrać to na biwak.* W przeciwnym razie powiedz: *Nie, nie możesz zabrać ze sobą karimaty* (słowo kończy się na literę A).
5. Poszczególne osoby podają kolejno swoje propozycje rzeczy, które chcą zabrać. Te z nich, które odgadły klucz, mogą dołączyć się do odpowiadania: *Dobrze, możesz zabrać to na biwak* lub *Nie, nie możesz zabrać ze sobą…*
6. Gra trwa do upływu określonego czasu lub do momentu, w którym wszystkie uczestniczące osoby odgadną klucz.

3.1.5. Złap smoka za ogon

Źródło: opracowanie własne.

Cel zajęć: podniesienie poziomu energii do pracy w grupie
Liczba osób: od 8 do 20.

Czas trwania: 10 minut.
Potrzebne materiały: dwa kawałki tkaniny lub chustki w jaskrawym kolorze.

Przebieg:
1. Podziel osoby uczestniczące na dwie grupy. Poproś każdą z grup o utworzenie „smoka" (kolumna, w której uczestniczące osoby stoją jedna za drugą, a osoba z tyłu łapie tę przed sobą za ramiona lub za biodra).
2. Ostatnia osoba w kolumnie będzie „ogonem smoka". Aby jego zlokalizowanie było łatwiejsze, należy umieścić otrzymaną chustkę lub tkaninę z tyłu w taki sposób, aby była ona widoczna dla innych, np. w tylnej kieszeni spodni.
3. Celem ćwiczenia jest złapanie przez każdą z grup „ogona smoka" stworzonego przez drugą drużynę i jednocześnie ocalenie swojego „ogona". Łapać za „ogon smoka" może tylko jedna osoba – „głowa smoka", którą jest pierwsza osoba w kolumnie. W trakcie ćwiczenia wszystkie osoby tworzące „smoka" muszą trzymać ręce na ramionach lub na biodrach osoby przed nimi. Jeżeli smok się „rozpadnie", może wznowić polowanie tylko po ponownym uformowaniu kolumny.
4. Przeprowadź ćwiczenie dwukrotnie, jednak nie przeznaczaj na nie więcej niż 10 minut.

3.1.6. Ile używasz?

Źródło: ESTICOM

Cel zajęć: zwiększenie poziomu zaufania w grupie.
Liczba osób: od 5 do 20.
Czas trwania: w zależności od liczebności grupy, około 1 minuty na osobę.
Potrzebne materiały: duża rolka papieru toaletowego lub kilka mniejszych.

Przebieg: Poproś osoby uczestniczące o zajęcie miejsc w kręgu. Wyjaśnij instrukcję pierwszej części ćwiczenia: „Za chwilę przekażę Wam rolkę papieru toaletowego. Zadaniem każdej osoby jest oderwanie dla siebie tylu kawałków lub listków, ile zwykle zużywa ona, kiedy udaje się do wiadomego miejsca w wiadomej sprawie. Dana osoba zaczyna od siebie". Jeżeli w trakcie odrywania listków zabraknie papieru, podaj kolejną rolkę.

Kiedy każda z uczestniczących osób oderwała odpowiednią liczbę listków, wyjaśnij instrukcję drugiej części ćwiczenia: „Teraz zadaniem każdej osoby będzie przekazanie informacji o sobie innym osobom z grupy. Zasada jest prosta: jeden listek papieru toaletowego to jedna informacja o sobie". Jeżeli w grupie będą osoby, które oderwały dużą liczbę listków papieru, możesz ograniczyć liczbę informacji, jakie powinny one podać, np. do 7 lub 10 (w zależności od czasu przeznaczonego na ćwiczenie i od liczebności grupy).

3.1.7. Ludzkie bingo

Źródło: opracowanie własne.

Cele zajęć: zwiększenie poziomu zaufania w grupie.
Opcjonalnie: zwiększenie umiejętności dzielenia się osobistymi doświadczeniami związanymi z seksualnością.

Liczba osób: od 8 do 30.
Czas trwania: 15 minut.
Potrzebne materiały:
- ✔ długopisy lub ołówki (odpowiadające liczbie osób biorących udział w ćwiczeniu),
- ✔ karty do gry (odpowiadające liczbie osób biorących udział w ćwiczeniu – propozycje znajdują się pod wskazówkami dotyczącymi przebiegu ćwiczenia).

Uwagi: To ćwiczenie można zastosować podczas pracy w grupach nastolatków, osób dorosłych, a także osób z populacji kluczowych. W zależności od wieku uczestniczących osób, a także – od poziomu zaufania w grupie, można wybrać karty do gry o tematyce neutralnej albo o powiązanej z seksualnością człowieka.

Przebieg:
1. Przedstaw informację o grze: dziś zagramy w odmianę gry bingo. W przeciwieństwie do klasycznego bingo, nie będę podawać liczb, a poproszę Was o podchodzenie do innych osób i poszukiwanie odpowiedzi potrzebnych do wypełnienia całej karty – poprzez zadawanie im pytań. Jeżeli odpowiedź będzie twierdząca, należy zaznaczyć dane pole: wpisać w nie imię osoby, która udzieliła twierdzącej odpowiedzi. W trakcie jednego kontaktu każdej osobie można zadać tylko jedno pytanie – pytana osoba nie może zrewanżować się pytaniem ze swojej strony. Możliwe jest podchodzenie do innej osoby więcej niż jeden raz, ale nie mogą to być dwa kontakty z rzędu. Osoba, która wypełni większość pól jako pierwsza, powinna zawołać „bingo". Jeżeli wypełniła całą kartę – wygrywa.
2. Następnie rozdaj karty do gry. Zadbaj o to, aby ich treść nie była widoczna do momentu rozpoczęcia gry. Upewnij się, że każda z uczestniczących osób ma coś do pisania.
3. Rozpocznij grę. Pilnuj przestrzegania zasad podczas jej trwania.

KARTA PRACY 3.1.7A. LUDZKIE BINGO – DLA MŁODZIEŻY

Był(-a) z kimś w relacji miłosnej.	Wrzucił(-a) swoje selfie do mediów społecznościowych w ciągu ostatnich 24 godzin.	Potrafi upiec ciasto.	Odwiedził(-a) stronę www.onet.pl.	Prowadzi swój profil na Instagramie.
Wie, jakie święto obchodzimy 1 grudnia.	Lubi zimę.	Ma na coś alergię.	Samodzielnie obcina sobie włosy.	Ma rodzeństwo.
Umie szydełkować.	Zna osobę, która należy do społeczności LGBT+.	Umie jeździć na rolkach.	Nosi soczewki kontaktowe.	Lubi kolor różowy.

KARTA PRACY 3.1.7B. LUDZKIE BINGO – DLA DOROSŁYCH

Lubi pić wino.	Nie ogląda telewizji.	Był(-a) w więcej niż jednej relacji romantycznej w trakcie życia.	Codziennie korzysta z mediów społecznościowych.	Zna osobę, która była lub jest uzależniona.
Odwiedził(-a) więcej niż 5 krajów.	Robił(-a) kiedykolwiek test w kierunku HIV.	Lubi, gdy pada deszcz.	Miał(-a) w szkole zajęcia dotyczące edukacji seksualnej.	Lubi czytać reportaże.
Zna 2 języki obce.	Ma więcej niż 5 par butów.	Umie grać na pianinie lub fortepianie.	Lubi ostre potrawy.	Nie je mięsa.

KARTA PRACY 3.1.7C. LUDZKIE BINGO – DLA DOROSŁYCH, ZAWIERAJĄCA RÓWNIEŻ PYTANIA DOTYCZĄCE SEKSUALNOŚCI

Kupował(-a) kiedyś prezerwatywy.	Nie ogląda telewizji.	Był(-a) w więcej niż jednej relacji romantycznej w trakcie życia.	Wie, w jaki sposób można zakazić się kiłą.	Zna osobę, która była lub jest uzależniona.
Odwiedził(-a) więcej niż 5 krajów.	Robił(-a) kiedykolwiek test w kierunku HIV.	Lubi upały.	Miał(-a) w szkole zajęcia dotyczące edukacji seksualnej.	Lubi czytać reportaże.
Zna 2 języki obce.	Zna kogoś, kto jest osobą biseksualną.	Uprawiał(-a) kiedyś seks z kimś bez zobowiązań	Lubi ostre potrawy.	Nie je mięsa.

KARTA PRACY 3.1.7D. LUDZKIE BINGO – DLA DOROSŁYCH, ZAWIERAJĄCA WYŁĄCZNIE PYTANIA DOTYCZĄCE SEKSUALNOŚCI

Kupował(-a) kiedyś prezerwatywy.	Uprawiał(-a) seks bez prezerwatywy.	Ogląda czasami filmy pornograficzne.	Był(-a) w więcej niż dwóch relacjach miłosnych lub seksualnych jednocześnie.	Miał(-a) w szkole zajęcia edukacji seksualnej.
Wie, co to jest PrEP.	Potrafi wymienić co najmniej 3 metody antykoncepcji.	Był(-a) w więcej niż jednej relacji romantycznej w trakcie życia.	Używał(-a) kiedykolwiek zabawek erotycznych.	Wie, w jaki sposób można zakazić się kiłą.
Robił(-a) kiedykolwiek test w kierunku HIV.	Zna kogoś, kto jest osobą biseksualną.	Uprawiał(-a) kiedyś seks bez zobowiązań.	Lubi uprawiać seks rano.	Ma fantazje seksualne, którymi z nikim nie chce się podzielić.

3.2. REKOMENDOWANE SCENARIUSZE I MATERIAŁY DLA MŁODSZYCH DZIECI

Zajęcia w tej grupie wiekowej mają na celu przede wszystkim edukację na temat zdrowia (jakie zachowania mu sprzyjają), chorób (unikanie infekcji, zasad bezpieczeństwa, np. w sytuacji pomagania innym) oraz kształtowanie postaw akceptacji i szacunku dla wszystkich, bez względu na ich stan zdrowia.

3.2.1. Nasze zdrowie

Źródło: nieustalone

Cele zajęć:
- ✔ wprowadzenie przedszkolaków w tematykę zdrowia, chorób i wirusów poprzez interaktywne zajęcia i zabawy,
- ✔ nauka podstawowych zasad higieny i zdrowego stylu życia.

Liczba osób: optymalnie 15–20.
Czas trwania: 40 minut.

Potrzebne materiały:
- ✔ ilustrowane obrazki przedstawiające wirusy i zdrowe nawyki,
- ✔ kolorowe piłeczki lub baloniki (odzwierciedlające wirusy),
- ✔ mydło, woda, ręczniki papierowe (do praktycznego ćwiczenia mycia rąk),
- ✔ kolorowanki i kredki,
- ✔ plakaty edukacyjne z obrazkami przedstawiającymi zdrowe nawyki,
- ✔ naklejki jako nagrody.

Przebieg:
1. Wprowadzenie (5 minut): rozpoczęcie rozmowy z dziećmi o zdrowiu i o tym, co to znaczy być zdrowym. Warto wyjaśnić, że czasem nasze ciało atakują małe, niewidoczne wirusy, które mogą sprawić, że zachorujemy. Dodatkiem będzie prezentacja ilustrowanej książeczki lub plakatów przedstawiających wirusy jako kolorowe piłeczki lub baloniki.
2. Wirusy i jak się przed nimi chronić (10 minut): wyjaśnij, że wirusy mogą się przenosić z jednej osoby na drugą, np. poprzez kaszel, kichanie lub brudne ręce, a niektóre – przez krew innej osoby. Należy pokazać dzieciom, jak prawidłowo myć ręce z użyciem mydła i wody, a następnie przeprowadzić praktyczne ćwiczenie mycia rąk. Używamy kolorowych piłeczek lub baloników, aby pokazać, jak wirusy mogą przemieszczać się z jednej osoby na drugą. Można rzucać piłeczki między dzieci, aby zobrazować, jak wirusy mogą się rozprzestrzeniać.
3. Zdrowe nawyki (10 minut): rozdaj dzieciom obrazki do kolorowania, ilustrujące zdrowe nawyki – takie jak mycie rąk, jedzenie owoców i warzyw, uprawianie sportu. W tym miejscu warto porozmawiać z dziećmi o tym, dlaczego te nawyki są ważne dla zdrowia i jak pomagają chronić nas przed wirusami.
4. Zabawa edukacyjna (10 minut): prosimy dzieci o odegranie scenek z wykorzystaniem pluszowych zabawek lub lalek: jak myć ręce czy jak zdrowo się odżywiać. Podkreślamy, że unikanie dzielenia się jedzeniem, napojami i przyborami osobistymi jest ważne dla zapobiegania chorobom.
5. Podsumowanie i nagrody (5 minut): wraz z dziećmi podsumowujemy, czego się one nauczyły i co zapamiętały na temat mycia rąk i zdrowego stylu życia. Warto wręczyć dzieciom naklejki jako nagrody za aktywne uczestnictwo i za dobrą pracę.

Uwagi: Należy się upewnić, że cała treść jest dostosowana do poziomu zrozumienia przedszkolaków. Zachęcajmy dzieci do zadawania pytań i do aktywnego uczestnictwa w ćwiczeniach. Można temat przystosować tylko do zagadnienia HIV i tu podkreślić zasady unikania kontaktu z cudzą krwią widoczną gołym okiem, np. gdy w czasie zabawy ktoś się skaleczy, oraz zaakcentować konieczność zwrócenia się po pomoc do osoby dorosłej w celu bezpiecznego opatrzenia rany. Ćwiczenie można rozłożyć na dwie części, ponieważ jest ono dość długie i składają się na nie różnorodne treści. Należy też zwracać uwagę na poziom zmęczenia dzieci.

3.2.2. Prawda – fałsz dla dzieci w wieku przedszkolnym

Źródło: własna modyfikacja warsztatu dostępnego w dokumencie: https://advocatesforyouth.org/wp-content/uploads/3rscurric/documents/5-Lesson-3-3Rs-LearningAboutHIV.pdf

Cel zajęć: przekazanie wiedzy na temat możliwości narażenia na zakażenie HIV (lub jego braku) w określonych sytuacjach podczas kontaktów społecznych.
Liczba osób: optymalnie 15–20.
Czas trwania: 15–20 minut.

Potrzebne materiały:
- ✔ plansze graficzne,
- ✔ kartoniki lub kartki z kolorami zielonymi i czerwonymi,
- ✔ bajka „O Franku, Amelce i stworku Bałaganku" (https://stowarzyszeniejedenswiat.org/wp-content/uploads/2023/10/O-stworku-balaganku-PL.pdf).

Przebieg: Na początek czytamy dzieciom bajkę i zwracamy uwagę na sytuację Franka w pierwszym przedszkolu, gdzie niewiele wiedziano o tym, co mu dolega. Tłumaczymy, że istnieją różne infekcje oraz różne możliwości ich przeniesienia – nie zawsze jest to taka sama droga. W przypadku HIV możliwość zakażenia zachodzi wyłącznie wtedy, kiedy mamy kontakt z krwią, a my mamy otwartą ranę lub krew dostanie się np. do oczu. Natomiast ten wirus nie przenosi się drogą kropelkową. Następnie na podłodze rozkładamy rysunki dostosowane tematycznie do plansz opisanych niżej. Obok układamy kartoniki w dwóch kolorach: zielonym i czerwonym. Prosimy dzieci, które są chętne do zgadywania, aby pojedynczo wybrały sobie któryś obrazek i zdecydowały, czy zechcą położyć przy nim zielony kartonik (oznaczający, że nie ma narażenia na zakażenie HIV), czy czerwony (oznaczający, że występuje potencjalne narażenie na zakażenie HIV).

KARTY PRACY 3.2.2. – PLANSZE:
- ✔ dziecko z rozbitym kolanem
- ✔ wspólna zabawa w piaskownicy
- ✔ pływanie w basenie
- ✔ picie z jednego kubka
- ✔ opatrywanie czyjejś rany
- ✔ granie w piłkę
- ✔ skakanie na trampolinie
- ✔ wspólny posiłek
- ✔ spanie w jednym łóżku
- ✔ przytulanie się

3.2.3. Jak pojawia się u nas choroba?

Źródło: ttps://advocatesforyouth.org/wp-content/uploads/3rscurric/documents/5-Lesson-3-3Rs-LearningAboutHIV.pdf

Cel zajęć: uświadomienie dzieciom, że są różne choroby lub infekcje – niektórymi nie da się zakazić, innymi da się w różny sposób.
Liczba osób: optymalnie 15–20.
Czas trwania: do 30 minut.
Potrzebne materiały: Z myślą o dzieciach neuroróżnorodnych, z niepełnosprawnością intelektualną, stosujemy inne strategie wizualne: ilustracje, rysunki, piktogramy ilustrujące dane choroby lub infekcje, sposoby złapania infekcji.

Przebieg:
1. Na początku przeprowadzamy minipogadankę na temat tego, że istnieją różne choroby: niektórymi można się zakazić od innych, a innymi – nie. Kiedy możemy zakazić się od innych, może to nastąpić w różny sposób – niektóre infekcje łatwo jest złapać drogą kropelkową (płynem, który wydostaje się z ust i z nosa, gdy mówimy, kichamy lub kaszlemy), ale przeniesienie wirusa innych jest znacznie trudniejsze, ponieważ konieczny staje się bezpośredni kontakt (np. w trakcie spożywania posiłków albo w wyniku dostania się krwi jednej osoby do rany drugiej osoby).

2. Następnie prosimy o zgadywanie, która choroba przenosi się z jednej osoby na drugą, a która – nie:
   ✔ Czy można od kogoś zakazić się bolącym gardłem?
   ✔ Czy można zakazić się alergią?
   ✔ Czy można zakazić się złamaną ręką?
   ✔ Czy można zakazić się ospą?
   ✔ Czy można zakazić się kaszlem?
3. Upewniamy się, że dzieci zrozumiały wszystko, następnie informujemy, że chcemy porozmawiać z nimi o określonym wirusie, który nazywa się HIV. Tłumaczymy, że jeśli dostanie się do organizmu, to atakuje układ odpornościowy, więc osoba zakażona staje się coraz słabsza i częściej choruje, jeśli nie wie o tym, że wirus pojawił się w jej organizmie. Na tego wirusa nie ma szczepionki, ale są lekarstwa, które nie pozwalają wirusowi niszczyć odporności, więc osoba żyjąca z HIV może prowadzić normalne życie, chociaż wirus znajduje się w jej organizmie. Lekarstwa powodują także, że nie zakażamy się od tej osoby. Niestety jednak nie da się całkowicie pozbyć tego wirusa z organizmu, więc gdy już się dostanie, to lekarstwa trzeba przyjmować przez całe życie. Najważniejsze jest, żeby nie dopuścić do zakażenia się wirusem, a więc trzeba wiedzieć, jak się on przenosi. Na szczęście nie przenosi się bardzo łatwo, tak jak przeziębienie. Znajduje się w różnych płynach w ciele, przykładowo – we krwi (ale nie ma go w ślinie, we łzach, w pocie czy w moczu). Może też znajdować się w mleku mamy – dlatego niektóre dzieci mogą się zakazić, kiedy są nim karmione. Inne dzieci rodzą się z tym wirusem, ponieważ mogą zakazić się nim podczas porodu lub gdy są jeszcze w brzuchu mamy, jeżeli mama była zakażona HIV (więcej informacji na temat zakażeń wertykalnych można znaleźć na: https://aids.gov.pl/kampanie/1test.2zycia/strefadlakobiet/matkaidzieckoahiv.html).

3.2.4. Ratunku! Staś rozwalił sobie nogę!

Źródło: opracowanie własne.

Cele zajęć:
✔ uświadomienie dzieciom, że należy unikać kontaktu z krwią innych osób,
✔ edukacja na temat postępowania, gdy dzieje się coś niepokojącego,
✔ omówienie zasad bezpiecznej zabawy,
✔ ćwiczenie motoryki małej.

Liczba osób: optymalnie 15–20.
Czas trwania: do 20 minut.
Potrzebne materiały:
✔ plastry opatrunkowe różnej wielkości (mogą być kolorowe z rysunkami albo zwykłe),
✔ plansze z rysunkami różnych dzieci z rozbitym kolanem bądź ze skaleczoną ręką (na niektórych rysunkach powinna być widoczna krew),
✔ z myślą o dzieciach neuroróżnorodnych, z niepełnosprawnością intelektualną, należy zastosować różnorodne strategie wizualne: kolejne kroki w zrobieniu opatrunku w sposób bezpieczny, historyjka społeczna (tekst łatwy do czytania) oraz rysunki dotyczące zrobienia opatrunku, prosty filmik na komputerze, jak bezpiecznie nakleić plaster.

Przebieg: Dzieci siedzą w kółku. Osoba prowadząca pokazuje dzieciom plansze i zadaje pytania:
✔ Co jest na tych rysunkach? Co się przydarzyło tym dzieciom?
✔ Co mają wspólnego te rysunki?
✔ W jakich sytuacjach może do tego dojść?

✔ Co to jest ta czerwona plamka?
✔ Co teraz powinny zrobić dzieci z rysunków?
✔ Kto może im w tym pomóc?
✔ Jak powinniśmy się zachować, gdy komuś obok nas przydarzy się taka sytuacja?

Dzieci po kolei odpowiadają na pytania i wspólnie się zastanawiają, jak można pomóc dzieciom z obrazków. Osoba prowadząca zajęcia podkreśla, że w takich sytuacjach koniecznie trzeba poprosić o pomoc osobę dorosłą i samemu nie pomagać innemu dziecku w przyklejeniu plastra. Następnie prowadzący zajęcia rozdaje plastry i prosi, aby każde dziecko spróbowało go sobie przykleić samodzielnie. Instruuje, jak należy to robić. Ćwiczenie można kilka razy powtórzyć. Na koniec przypominamy temat zajęć i powtarzamy zasady udzielania pomocy. Przy okazji można przećwiczyć umiejętność wybierania numeru 112 i omówić, co to za numer i dlaczego należy go zapamiętać.

3.2.5. Pomóż Tosi

Źródło: opracowanie własne.

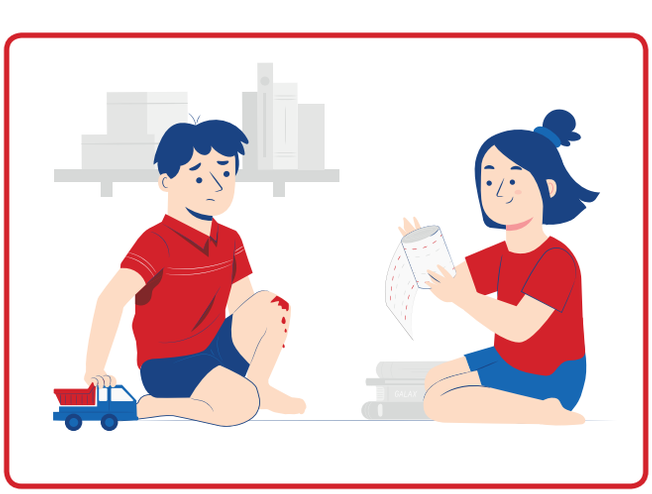
Cele zajęć:
✔ kształtowanie postawy dbania o swoje bezpieczeństwo,
✔ omówienie zasad bezpiecznej zabawy,
✔ ćwiczenie motoryki małej.

Liczba osób: dowolna grupa przedszkolna.
Czas trwania: do 20 minut.
Potrzebne materiały: wydrukowane plansze z obrazkami.

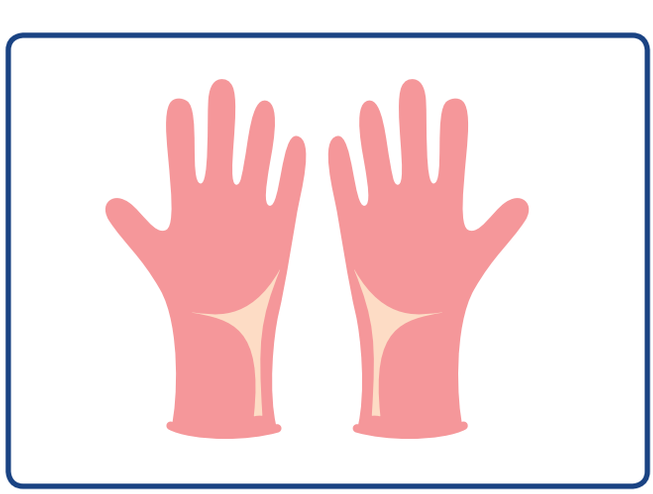
Przebieg: Dzielimy grupę na trzy- lub czteroosobowe zespoły. Każdy zespół otrzymuje plansze z wydrukowanymi obrazkami (jak opisano poniżej). Na obrazkach z jednej strony Tosia znajduje się w różnych sytuacjach, natomiast z drugiej widzimy potrzebne jej przedmioty albo osoby. Dzieci otrzymują kredki i następnie łączą w pary obrazki tak, aby Tosia mogła pozostać bezpieczna. Po zakończeniu zadania przeprowadzamy pogadankę o zasadach postępowania w sytuacjach, w których znalazła się Tosia.

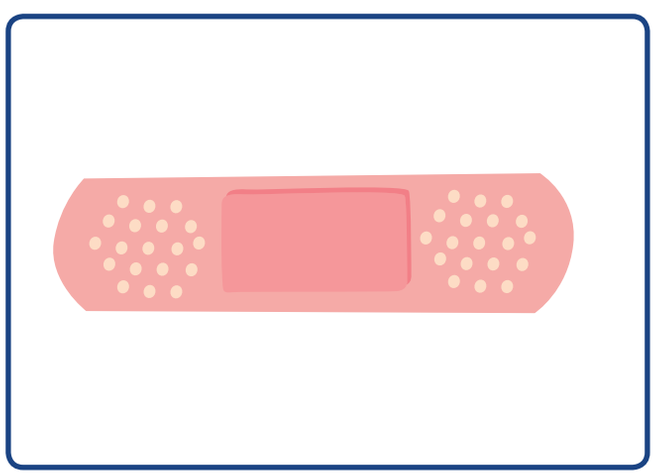
OBRAZKI:

LEWA STRONA



PRAWA STRONA





Uwagi: Warto uświadomić dzieciom, że w trakcie pomagania osobom, które się skaleczyły, ważne jest, żeby nie dotykać ich krwi. Tym bardziej nie wolno dotykać igieł czy strzykawek, leżących w różnych miejscach. W takich sytuacjach najlepiej wezwać osobę dorosłą, która będzie wiedziała, co i jak zrobić.

Rozwiązanie obrazków:
Łączymy: Tosię z bandażem – z rękawiczkami lateksowymi, Tosię koło koleżanki – z plastrem, Tosię koło krwi – z dorosłą osobą z akcesoriami do sprzątania, Tosię przy igle – z pielęgniarką, Tosię podczas zabawy w parku – z mamą.

W przypadku dzieci neuroróżnorodnych, z niepełnosprawnością intelektualną, wykorzystujemy inne strategie wizualne: ilustracje – czego nie robimy, np. na czerwonej kartce, która symbolizuje zakaz (STOP), oraz co robimy, np. na zielonej kartce, która symbolizuje przyzwolenie na takie zachowanie (RÓB TAK).

Można odegrać scenkę ilustrującą historię.

3.2.6. Plansza do zabawy – ochroń Janka przed wirusami

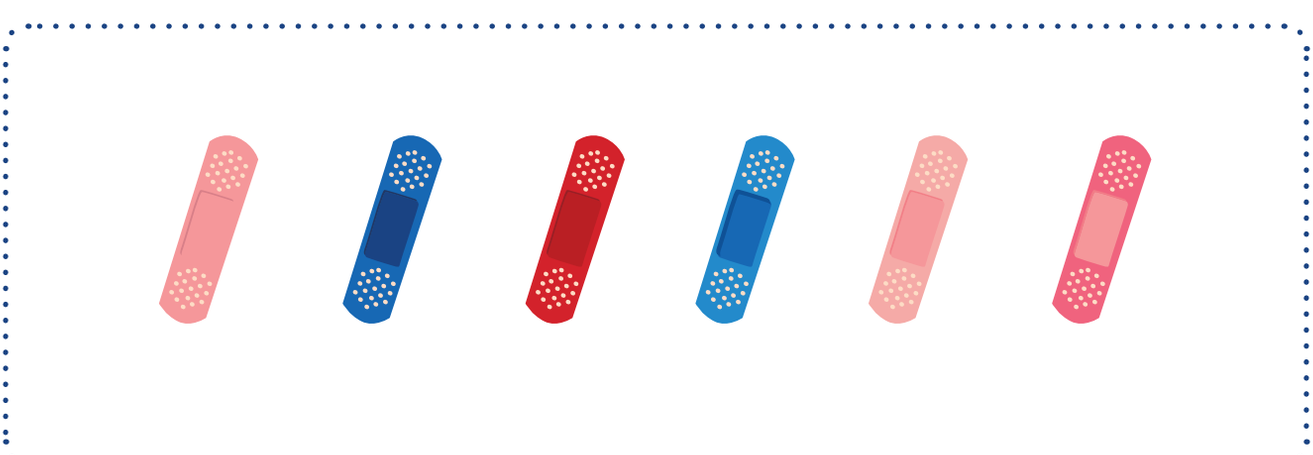
Źródło: opracowanie własne.

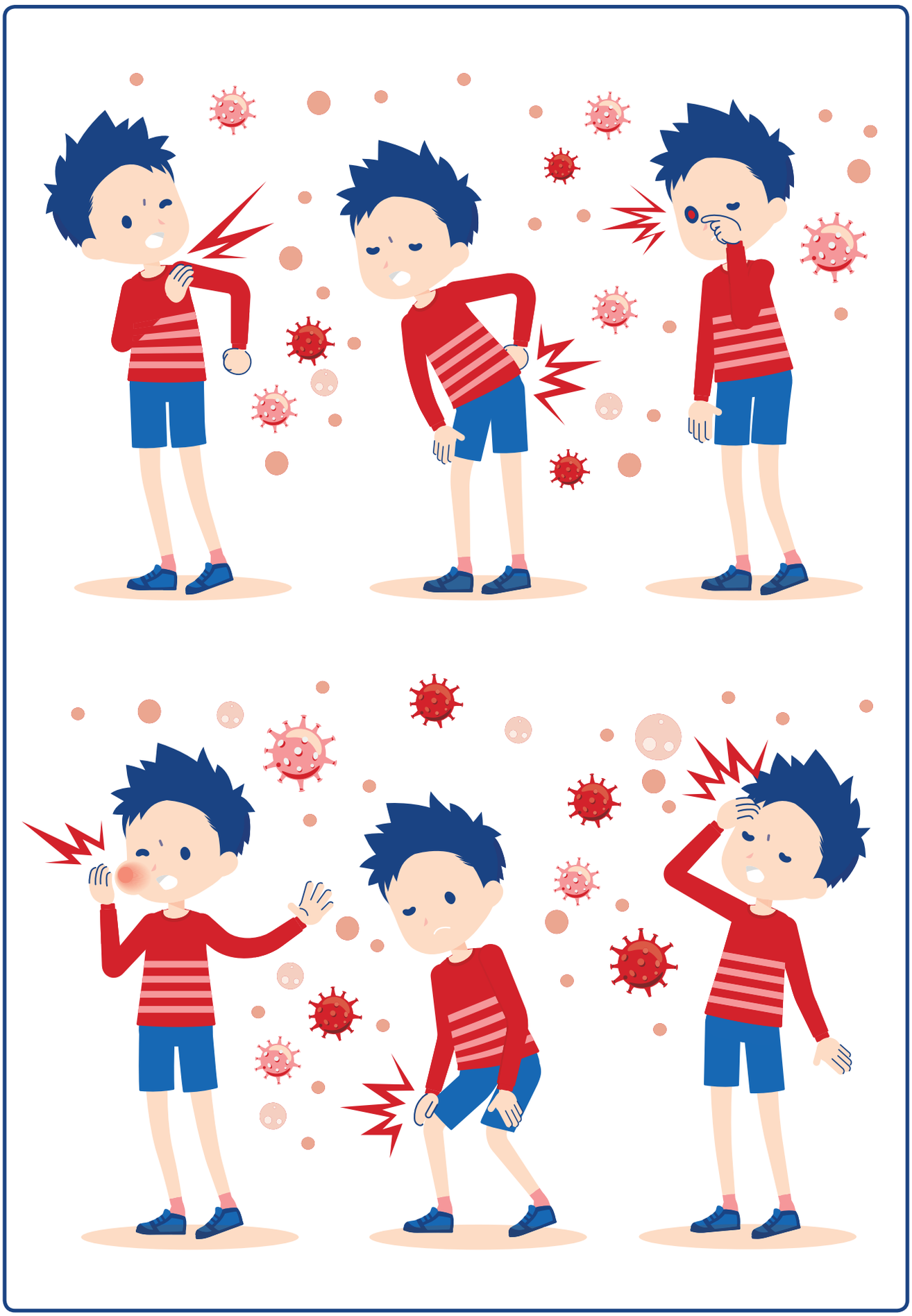
Cel zajęć: kształtowanie nawyku zabezpieczania skaleczeń przed drobnoustrojami z zewnątrz.
Liczba osób: maksymalnie 20.
Czas trwania: do 20 minut.

Potrzebne materiały:
✔ wydrukowane plansze z podobizną Janka,
✔ kolorowe plastry dla dzieci.

Przebieg: Dzielimy grupę na trzy- lub czteroosobowe zespoły. Każdy zespół otrzymuje plansze z wydrukowaną podobizną Janka oraz zestaw kolorowych plasterków. Zadaniem dzieci jest naklejenie plasterków tak, aby ochronić Janka przed wirusami z zewnątrz. Po zakończeniu zabawy przeprowadzamy rozmowę o tym, jak ważne jest zabezpieczanie skaleczeń przed możliwością dostania się do nich różnych drobnoustrojów.

OBRAZEK DO POWIELANIA: Chłopiec z różnymi skaleczeniami w kilku miejscach. Dookoła chłopca różne wirusy i bakterie w „bajkowej" formie.





3.3. SCENARIUSZE ZAJĘĆ DOTYCZĄCYCH WIEDZY O HIV I INNYCH INFEKCJACH PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ (STIs)

Zaproponowane ćwiczenia odnoszą się do następujących zagadnień:
✔ podstawowe informacje o HIV i o innych STIs, drogi zakażenia;
✔ bezpieczeństwo w kontakcie z krwią innej osoby, prawidłowe udzielanie pierwszej pomocy;
✔ bezpieczeństwo w kontaktach seksualnych, redukcja narażenia na zakażenie;
✔ testowanie w kierunku HIV.

Niektóre ćwiczenia mają dość ograniczony zakres treści, inne poruszają jednocześnie kilka zagadnień. Ćwiczenia można dowolnie modyfikować, aby dostosować je do własnych potrzeb.

3.3.1. Prawda – fałsz

Źródło: opracowanie własne.

Cele zajęć:
✔ podniesienie poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS/STIs,
✔ ograniczenie mitów i stereotypów związanych z STIs.

Liczba osób: optymalnie 15–20.
Czas trwania: w zależności od liczby uczestniczących osób – maks. 2 godz.
Potrzebne materiały: kartki z wydrukowanymi zdaniami (każde zdanie na osobnej kartce).

Przebieg: Dzielimy grupę na mniejsze podgrupy (liczące od trzech do pięciu osób) i każdej rozdajemy ten sam zestaw kartek z wydrukowanymi zdaniami. Prosimy grupy o posegregowanie kartek na kategorie: „Prawda" i „Fałsz" (ewentualnie – dodatkowo – „Nie wiem"). Każda grupa odczytuje jedno zdanie i następuje jego omówienie na forum. Pozostałe grupy sprawdzają, jak przypisały to samo zdanie. Następnie kolejna grupa odczytuje swoje zdanie. W ten sam sposób omawiamy wszystkie zdania.

Zdania (każde na osobnym pasku) do wydrukowania i rozdania każdej grupie.

Podpowiedź dla osoby prowadzącej

Stwierdzenia prawdziwe:
- Nie każdy kontakt seksualny z osobą żyjącą z HIV prowadzi do zakażenia.
- Kobiety są bardziej niż mężczyźni narażone na prawdopodobieństwo zakażenia HIV w czasie kontaktów seksualnych.
- Jedną z metod zmniejszania narażenia na zakażenie HIV w czasie kontaktów seksualnych jest używanie prezerwatyw.
- Wiedza na temat HIV jest podstawą prewencji.
- Niektóre formy aktywności seksualnej są bezpieczniejsze od innych.
- Okienko serologiczne to czas, jaki mija od momentu zakażenia do momentu pojawienia się we krwi przeciwciał anty-HIV.
- Jeżeli ma się wiedzę na temat HIV i się z niej korzysta, można uniknąć zakażenia.

- Wspólne mieszkanie z osobą żyjącą z HIV jest bezpieczne.
- Prezerwatywa chroni przed zakażeniem HIV.
- Posiadanie wielu partnerów zwiększa narażenie na zakażenie HIV/STIs.
- Testy w kierunku HIV są dostępne w aptekach.
- Większość osób żyjących z HIV nie wie o swoim zakażeniu.
- Większość nowych zakażeń HIV na świecie dotyczy osób heteroseksualnych między 15. a 24. rokiem życia.
- Z HIV można żyć bez leczenia nawet kilkanaście lat, zanim się zachoruje na AIDS.
- W Polsce każda osoba żyjąca z HIV ma dostęp do bezpłatnego leczenia.
- Zakażenie STIs przekłada się na znacznie większe narażenie na zakażenie HIV.
- Leczeniem zakażeń przenoszonych drogą płciową zajmują się dermatolodzy.
- Większość STIs można wyleczyć.

Stwierdzenia fałszywe:
- HIV to inaczej AIDS.
- Małżeństwo chroni przez zakażeniem HIV/STIs.
- W czasie inicjacji seksualnej nie można zakazić się HIV/STIs.
- Test w kierunku HIV należy wykonać jak najszybciej po narażeniu na zakażenie.
- Komary i pchły mogą przenosić HIV.
- Szczepionka chroniąca przed HIV jest już dostępna.
- HIV przenosi się przez pocałunek.
- HIV można zakazić się drogą kropelkową.
- HIV jest na tyle silny, że może długo przeżyć poza organizmem człowieka.
- Prezerwatywy mają pory, przez które mogą przenikać STIs, również HIV.
- Kobiety są w takim samym stopniu narażone na zakażenie HIV jak mężczyźni.
- Wszystkie dzieci urodzone z matek żyjących z HIV mają automatycznie HIV w swoim organizmie.
- AIDS dotyczy tylko narkomanów, gejów oraz osób pracujących seksualnie.
- Każda osoba żyjąca z HIV zachoruje w przyszłości na AIDS.
- Wszystkie STIs mają podobne objawy.
- Wszystkie STIs leczy się antybiotykami.
- Na wszystkie STIs są szczepionki.

Uwagi: W przygotowaniu do prowadzenia tego ćwiczenia pomocne są treści z rozdziału teoretycznego (1.8) niniejszej publikacji.

Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną należy znacząco uprościć język, zmniejszyć liczbę stwierdzeń oraz zastosować różnorodne strategie wizualne, np. rysunki i piktogramy.

3.3.2. HIV i AIDS – z czym mi się to kojarzy?

Źródło: opracowanie własne.

Cele zajęć:
✔ podniesienie poziomu wiedzy na temat HIV i AIDS,
✔ obalanie mitów i stereotypów z nimi związanych.

Liczba osób: optymalnie 15–20.
Czas trwania: w zależności od liczby uczestniczących osób – maks. 2 godziny

Potrzebne materiały:
✔ kartki z wydrukowanymi hasłami wymienionymi poniżej,
✔ małe karteczki do zapisywania skojarzeń,
✔ długopisy.

Uwagi: Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną należy mieć przygotowane różne gotowe hasła, aby je pogrupować. Można zastosować strategie wizualne.

Przebieg: Osoby uczestniczące otrzymują puste karteczki z prośbą o wypisanie swoich skojarzeń z tematem zakażenia HIV i choroby AIDS. Na każdej karteczce można zapisać tylko jedno skojarzenie. Osoba prowadząca zbiera wszystkie karteczki. Następnie na środku sali lub stołu układa kartki z wydrukowanymi hasłami:

MEDYCZNE, LECZENIE

EMOCJE

ZACHOWANIA, DROGI ZAKAŻENIA, STYL ŻYCIA

JĘZYK, KULTURA, HISTORIA

TESTOWANIE

PROFILAKTYKA

Na forum po kolei odczytywane są skojarzenia, a osoby uczestniczące decydują, przy którym haśle ułożyć dane skojarzenie. Za każdym razem odbywa się krótkie wspólne omówienie skojarzenia i przekazanie aktualnych informacji.

W podsumowaniu zwracamy uwagę, których skojarzeń jest najwięcej i z czego to może wynikać.

Uwagi: To ćwiczenie pozwala zobaczyć, jaki jest poziom wiedzy grupy i jak się przedstawia ogólne nastawienie do tematu. Jeśli obserwujemy wiele skojarzeń lękowych, może nam to wskazać dalszy kierunek pracy z grupą. To ćwiczenie wymaga swobodnego poruszania się osoby prowadzącej w tematyce zakażeń HIV, gdyż skojarzenia, które pojawią się na kartkach, mogą wymagać bardzo dobrego, wielokierunkowego przygotowania merytorycznego – nie ma możliwości przygotowania sobie wcześniej odpowiedzi na konkretne zagadnienia.

Opcjonalnie można nie przygotowywać kartek z wydrukowanymi hasłami, a zamiast tego samodzielnie tworzyć kategorie i zapisać je na tablicy lub flipcharcie – w zależności od skojarzeń, które pojawią się w grupie.

3.3.3. Co jest, a co nie jest bezpieczne?

Źródło: opracowanie własne.

Cele zajęć:
✔ edukacja na temat zachowań bezpiecznych i mogących prowadzić do narażenia na zakażenie HIV i innych STIs,
✔ profilaktyka zakażeń przenoszonych przez krew.

Liczba osób: optymalnie 15–20.
Czas: ok. 25–30 minut.

Uwagi: Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną można zastosować strategie wizualne – rysunki, ilustracje, zdjęcia. Dla ułatwienia warto wprowadzić kolorystykę: bezpieczne = zielony, niebezpieczne = czerwony. Można zastosować odwołanie do koloru świateł: czerwony = stop, pomarańczowy = uważaj, zielony = bezpiecznie.

Przebieg: praca w kilkuosobowych grupach. Ćwiczenie ma na celu opracowanie listy realnych sytuacji mogących się wydarzyć w życiu każdego człowieka, w czasie których możliwe staje się zakażenie się HIV i innych STIs (oprócz zachowań seksualnych i używania niesterylnych igieł i strzykawek). Grupy analizują każdą z tych sytuacji przez pryzmat narażenia na zakażenie (co musiałoby się stać, aby wystąpiło prawdopodobieństwo zakażenia) oraz działań mających je eliminować, ewentualnie – zmniejszać. Należy zwrócić uwagę na ogólne zasady profilaktyki zakażeń wirusowych, głównie WZW B i C. HBV przenosi się podobnie jak HIV, ale można się na niego zaszczepić. HCV przenosi się głównie przez kontakt z krwią (więcej na: www.gov.pl/web/aids/zakazenia-przenoszone-droga-plciowa-stis).

Przykładowe sytuacje:
✔ wspólny wyjazd na szkolną wycieczkę,
✔ pływanie w basenie,
✔ lekcja wychowania fizycznego,
✔ korzystanie z siłowni,
✔ mecz piłkarski (osoba żyjąca z HIV jest w jednej z drużyn).
✔ szkolna dyskoteka.

3.3.4. Szacowanie narażenia na zakażenie HIV

Źródło: opracowanie własne.

Cele zajęć:
✔ ugruntowanie wiedzy o drogach przenoszenia zakażenia i o sposobach ograniczania ekspozycji na zakażenie
✔ ćwiczenie umiejętności szacowania możliwości zakażenia w kontaktach seksualnych i pozaseksualnych,
✔ oswajanie ze słownictwem z zakresu edukacji seksualnej.

Liczba osób: od 10 do 20.
Czas trwania: 45 min do 1 godziny.

Potrzebne materiały:
✔ plansze z sytuacjami (każda sytuacja osobno na jednej planszy),
✔ dwie kartki z napisami „BRAK NARAŻENIA”, „WYSTĘPUJE NARAŻENIE”.

Uwagi: Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną można zastosować strategie wizualne – rysunki, ilustracje, zdjęcia. Dla ułatwienia warto wprowadzić kolorystykę: brak narażenia – zielony, występuje narażenie – czerwony. Można też zastosować odwołanie do koloru świateł: czerwony = stop, pomarańczowy = uważaj, zielony = bezpiecznie. Konieczne jest używanie prostych pojęć oraz wyjaśnianie wprowadzanych, np. *fellatio* – pieszczota penisa ustami.

Przebieg:

1. Osoba prowadząca rozdaje wszystkim po jednej (lub więcej, w zależności od liczby osób uczestniczących) planszy z sytuacją. Kładzie na podłodze kartki z napisem „brak narażenia" i kartki z napisem „występuje narażenie" jako dwa skrajne punkty jednego kontinuum. Zadanie polega na tym, że każda osoba kładzie swoją kartkę z sytuacją na tym kontinuum. Może też komentować, dlaczego kartka leży akurat w tym miejscu. Im więcej kartek się pojawi, tym wyraźniejsza stanie się mapa zachowań: od bezpiecznych do mogących prowadzić do narażenia na zakażenie.
2. Drugim etapem – po ułożeniu wszystkich kartek – jest wspólne zastanowienie się, w jaki sposób sytuacje zidentyfikowane jako związane z możliwością narażenia na zakażenie przeformułować na bezpieczniejsze – w ten sposób powtarzamy i utrwalamy zasady profilaktyki.

Uwagi: W opisie ćwiczenia (poniżej) podano dwa przykłady haseł możliwych do wykorzystania – określono je jako wersję „dziecięco-młodzieżową" i wersję „dla starszej młodzieży i dorosłych". Osoba realizująca ćwiczenie może dowolnie wybierać (i mieszać) poszczególne hasła z tych dwóch wersji w zależności od tego, do jakiej grupy kieruje działania. Przed przystąpieniem do realizacji warsztatu warto najpierw samodzielnie ułożyć swoje kontinuum, aby sprawdzić swoją wiedzę oraz na co zwracać uwagę. Aktywnościami związanymi z największym narażeniem na zakażenie są te związane z penetracją, gdy pojawia się płyn (sperma) mający kontakt z błoną śluzową. Prawdopodobieństwo transmisji HIV rośnie wraz z czasem kontaktu, z ilością płynu oraz z uszkodzeniem błony śluzowej. Więcej informacji na ten temat zawarto w podrozdziale 1.2.4 (*Drogi zakażenia*).

Do decyzji osoby prowadzącej: Hasła mogą być rozdane z definicją lub bez niej – wówczas dodatkowe zadanie dla każdej uczestniczącej osoby polega na podaniu definicji samego zachowania. Można także zaproponować, aby osoby uczestniczące same zaproponowały kilka innych form aktywności.

PLANSZE:

PROPOZYCJA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY (HASŁA DO WYBORU):

- picie z jednego kubka
- używanie wspólnych ręczników
- wspólna zabawa (bez kontaktu fizycznego)
- opatrywanie skaleczenia bez rękawiczek
- opatrywanie skaleczenia w rękawiczkach
- „braterstwo krwi"
- używanie wspólnych igieł do zastrzyków
- gra w piłkę
- sporty kontaktowe
- wspólna kąpiel w basenie

PROPOZYCJA DLA OSÓB DOROSŁYCH (DOTYCZĄCA ZACHOWAŃ I PRAKTYK SEKSUALNYCH):

Formy bezpieczne oraz takie, w trakcie których ryzyko zakażenia jest teoretyczne

- rozmowa erotyczna
- *sexting* (forma aktywności polegająca na przesyłaniu telefonem bądź przez internet swoich intymnych zdjęć lub filmów)
- *necking* (ang. *neck* – szyja, praktyka seksualna obejmująca pieszczoty ciała od pasa w górę)
- masaż erotyczny (technika masażu mająca na celu stymulację seksualną poprzez dotyk całego ciała, zwłaszcza stref erogennych)

- *fingering* (ang. *finger* – palec, stymulacja genitaliów palcami; wprowadzanie palca/palców do pochwy i/lub do odbytu)
- *fisting* (ang. *fist* – pięść, praktyka seksualna polegająca na wprowadzeniu dłoni do odbytu lub do pochwy)
- głęboki pocałunek (tzw. pocałunek erotyczny – polega na intensywnym całowaniu, w którym język jest wprowadzany do jamy ustnej partnera/partnerki)
- masaż rosyjski (technika masażu polegająca na rozcieraniu spermy na ciele drugiej osoby i/lub na wytrysku na jej plecy)
- wzajemna masturbacja
- *pearl necklace* (z ang. naszyjnik z pereł; praktyka seksualna, w której wytrysk spermy następuje na ciało drugiej osoby, zwykle na szyję lub klatkę piersiową)
- seks hiszpański (praktyka seksualna polegająca na przesuwaniu penisa pomiędzy ściśniętymi kobiecymi piersiami)
- *rimming* (inaczej: technika płatka róży, stymulacja/pieszczoty odbytu językiem)
- *cunnilingus* (technika seksu oralnego polegająca na stymulowaniu/pieszczeniu kobiecych narządów płciowych, zwłaszcza łechtaczki ustami lub językiem) – narażenie dla osoby pasywnej
- *cunnilingus* – narażenie dla osoby aktywnej
- seks waginalny z prezerwatywą – narażenie dla mężczyzny (z łac. *vagina* – pochwa)
- seks waginalny z prezerwatywą – narażenie dla kobiety
- *fellatio* (stymulacja penisa lub moszny ustami lub językiem, wkładanie penisa do ust) bez wytrysku do ust – narażenie dla osoby pasywnej
- *fellatio* bez wytrysku do ust osoby niezakażonej HIV – narażenie dla osoby aktywnej
- *fellatio* bez wytrysku do ust osoby zakażonej HIV – narażenie dla osoby aktywnej
- *fellatio* z wytryskiem do ust osoby zakażonej HIV – narażenie dla osoby aktywnej

Formy bezpieczniejsze (ryzyko możliwe nie tylko teoretycznie, ale niewielkie)

- *fellatio* z wytryskiem do ust osoby niezakażonej HIV – narażenie dla osoby aktywnej
- *fellatio* z wytryskiem do ust – narażenie dla osoby aktywnej
- *docking* (praktyka seksualna, w której dwa penisy są złączone, często przez ich fizyczne ustawienie blisko siebie lub dotykanie ich wzajemnie żołędziami)
- seks waginalny bez wytrysku do pochwy (tzw. stosunek przerywany) – narażenie dla osoby penetrowanej
- seks waginalny bez wytrysku do pochwy (tzw. stosunek przerywany) – narażenie dla osoby penetrującej
- seks analny z prezerwatywą – narażenie dla osoby penetrującej (z łac. *anus* – odbyt)
- seks analny z prezerwatywą – narażenie dla osoby penetrowanej
- seks z użyciem dwóch męskich prezerwatyw – narażenie dla osoby penetrowanej
- seks z użyciem dwóch męskich prezerwatyw – narażenie dla osoby penetrującej
- seks analny bez prezerwatywy – narażenie dla osoby penetrującej

Formy o znacznym narażeniu na zakażenie

- *feltching* (praktyka seksualna polegająca na wylizywaniu/wysysaniu nasienia z odbytu lub z pochwy tuż po wytrysku)
- inicjacja seksualna bez prezerwatywy – narażenie dla mężczyzny (inicjacja seksualna, debiut seksualny – pierwszy kontakt seksualny związany z penetracją)
- inicjacja seksualna bez prezerwatywy – narażenie dla kobiety
- seks analny bez prezerwatywy – narażenie dla osoby penetrowanej
- seks waginalny bez prezerwatywy – narażenie dla osoby penetrującej

- seks waginalny bez prezerwatywy – narażenie dla osoby penetrowanej
- seks waginalny podczas miesiączki bez prezerwatywy – narażenie dla osoby penetrowanej
- seks waginalny podczas miesiączki bez prezerwatywy – ryzyko dla osoby penetrującej

Ryzyko zależne od tego, jakie formy aktywności są praktykowane

- BDSM (skrótowiec pochodzący od słów „związanie" i „dyscyplina" [ang. *bondage and discipline, B&D*], „dominacja" i „uległość" [ang. *domination and submission, D&S*], sadyzm i masochizm [ang. s*adism and masochism, S&M*])

Ważne: Należy podkreślić, że nie ma możliwości oszacowania potencjalnej ekspozycji na zakażenie po samym tym haśle, ponieważ pod nim może się kryć szerokie spektrum zachowań – w zależności od przebiegu kontaktu seksualnego, od kontaktu z płynami ustrojowymi itp. Różne zachowania określane jako BDSM mogą więc raz kwalifikować się jako niosące małe, innym razem – znaczne narażenie na zakażenie.

- seks grupowy
- używanie wspólnych zabawek erotycznych (zabawki erotyczne to np. dilda, wibratory, kulki analne bądź inne gadżety wykorzystywane w celach seksualnych).

3.3.5. Karuzela z pytaniami

Źródło: opracowanie własne.

Cele:

✔ podniesienie poziomu wiedzy,
✔ ćwiczenie umiejętności odpowiadania na „trudne" pytania,
✔ oswajanie słownictwa wykorzystywanego w edukacji seksualnej.

Liczba osób: najlepiej parzysta, maksymalnie 20.
Czas trwania: w zależności od liczby osób uczestniczących, maks. 1,5 godz.
Potrzebne materiały: wydrukowane pytania, każde pytanie osobno.

Uwagi: Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną należy uprościć pytania i zastosować strategie wizualne – rysunki, ilustracje, zdjęcia. To ćwiczenie wymaga od osoby prowadzącej sporej wiedzy pozwalającej na swobodne odpowiedzi (w sytuacji, gdy osoby uczestniczące potrzebują dodatkowego wyjaśnienia). Podczas przygotowywania się do tego ćwiczenia można tworzyć własne propozycje pytań.

Przebieg: Każdej osobie dajemy jedno wydrukowane pytanie. Uczestniczące osoby ustawiają się w dwóch okręgach: pierwszy krąg wewnątrz, drugi – na zewnątrz. Osoby w obu okręgach stają twarzami do siebie. Można też przygotować dwa okręgi z krzeseł stojących naprzeciwko siebie, a osoby biorące udział w zajęciach siadają na tych krzesłach. Najpierw swoje pytania zadają osoby z zewnętrznego kręgu osobie znajdującej się naprzeciw niej. Po uzyskaniu odpowiedzi przesuwają się na sygnał prowadzącego o krok w lewo i zadają to samo pytanie kolejnej osobie stojącej naprzeciwko. Czynności są powtarzane do momentu, aż dana osoba wróci do pierwszej osoby, której zadawała swoje pytanie. Następnie osoby z wewnętrznego okręgu zadają w ten sam sposób swoje pytania.

Po zakończeniu obu rund następuje omówienie ćwiczenia. Osoby dzielą się swoimi odczuciami: przedstawiają doświadczenia z obu kręgów (jako osoby pytające i jako osoby odpowiadające).

Z myślą o odpowiadających warto zawrócić uwagę na różne odpowiedzi i słownictwo używane przez kolejnych „odpowiadających". W przypadku pytających należy przyjrzeć się kwestiom swobody, trudnych momentów i przyczyn ich wystąpienia (brak wiedzy, skrępowanie, trudności w wyjaśnieniu, brak słownictwa itp.).

Proponowanie pytania:

- Czy osoba żyjąca z HIV może mieć dzieci bez narażania ich na zakażenie? Dlaczego?
- Co to jest HPV? Jak się objawia i czy można go wyleczyć?
- W jaki sposób można poznać, że jest się osobą zakażoną kiłą? Czy kiła jest nieuleczalna?
- Czy to prawda, że prezerwatywa chroni przed AIDS?
- Na ostatniej imprezie miałem kontakt seksualny z nieznaną mi osobą – jakie choroby „mogłem złapać"?
- Czy to prawda, że stosunek przerywany zmniejsza możliwość transmisji HIV?
- Jak rozpoznać, że ktoś żyje z HIV?
- Jak można uniknąć zakażenia HIV?
- Czy podczas pierwszego stosunku seksualnego można zakazić się HIV?
- Czy środki plemnikobójcze chronią przed HIV?
- Czy jeżeli dwie osoby żyją z HIV i mają ze sobą kontakty seksualne, to używanie prezerwatywy w ich przypadku ma jakieś znaczenie?
- Czy przez oddawanie krwi można zakazić się HIV?
- Skoro komary przenoszą malarię, to dlaczego mówi się, że nie przenoszą HIV?
- Miałem kontakt seksualny dwa tygodnie temu. Na co powinienem się zbadać i kiedy mogę zrobić testy?
- Jaka technika seksualna jest związana z największym prawdopodobieństwem zakażenia HIV i dlaczego?
- Myślę o tym, żeby wykonać test w kierunku HIV. Jak takie badanie wygląda i gdzie mogę je zrobić?
- Ostatnio na imprezę kolega przyniósł mefedron. Wciągaliśmy go wszyscy, a teraz bardzo się obawiam, że mogłem „coś złapać". Jakie badania powinienem wykonać? Czy jest możliwość wyleczenia, jeśli się czymś zakaziłem?
- Czy jeśli mam stałego partnera, to mogę mieć pewność, że nie muszę się martwić o infekcje przenoszone drogą płciową (STIs)?
- Co to jest „preejakulat" i czy od niego można zajść w ciążę albo zakazić się HIV?
- Co to są „kilaki"?
- Co to jest rzeżączka i czy da się ją jakoś wyleczyć?
- Czy to prawda, że chlamydią można zakazić się podczas seksu? Słyszałam, że nie ma żadnych objawów. To prawda? Czy może być groźna?
- Co to jest *fisting* i czy może prowadzić do zakażenia HIV?
- Co to są leki antyretrowirusowe? Jak działają?
- Ostatnio w internecie czytałem coś o jakiejś profilaktyce PrEP. Co to takiego?
- Czy można wykonać test w kierunku HIV samodzielnie, bez przychodzenia do przychodni czy laboratorium?

Ważne: Warto zostawić sobie trochę czasu na dokładne omówienie wszystkich pytań i odpowiedzi. Można też wspólnie wymyślać inne pytania i sposoby odpowiedzi.

3.3.6. Prawda – fałsz 2

Źródło: https://advocatesforyouth.org/wp-content/uploads/3rscurric/documents/5-Lesson-3-3R-s-LearningAboutHIV.pdf

Cele zajęć:
- ✔ utrwalenie wiedzy na temat HIV,
- ✔ rozwijanie umiejętności korzystania ze słownictwa dotyczącego seksualności człowieka.

Liczba osób: dowolna parzysta.
Czas trwania: 15–20 minut.

Potrzebne materiały:
- ✔ plansze dla grup,
- ✔ nagrody.

Uwagi:
- ✔ ćwiczenie rekomendowane dla młodszych grup wiekowych (szkolnych),
- ✔ z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną należy uprościć pytania, można zastosować strategie wizualne – rysunki, ilustracje, zdjęcia.

Przebieg: Prosimy grupę o dobranie się w pary, następnie każdej parze rozdajemy planszę ze zdaniami. Pary decydują, czy zdanie jest prawdziwe (P), czy fałszywe (F). Pozostawiamy około 5 minut na przygotowanie odpowiedzi. Następnie zbieramy arkusze od wszystkich grup i omawiamy osobno każde ze zdań.

PLANSZE:
1. Nie można zakazić się HIV, gdy przebywa się w tym samym pomieszczeniu co osoba żyjąca z HIV. (P/F)
2. Nie istnieje szczepionka chroniąca przed zakażeniem się HIV. (P/F)
3. HIV przenosi się przez kichanie. (P/F)
4. Nie można zakazić się HIV, jeżeli pije się z tego samego kubka co osoba żyjąca z HIV. (P/F)
5. HIV wpływa na działanie układu odpornościowego człowieka. (P/F)
6. HIV i AIDS to dwa różne pojęcia. (P/F)
7. Osoby zakażone HIV można rozpoznać po wyglądzie. (P/F)
8. Jeżeli używa się tych samych igieł do wstrzykiwania różnych substancji, których używa osoba żyjąca z HIV, nie można zakazić się HIV. (P/F)

KLUCZ: Stwierdzenia prawdziwe: 1, 2, 4, 5, 6. Stwierdzenia fałszywe: 3, 7, 8

3.3.7. Scenariusz z wykorzystaniem animacji – część 1 (decyzja o testowaniu)

Źródło: opracowanie własne

Cele zajęć:
- ✔ kształtowanie postaw związanych z praktyką testowania w kierunku HIV,
- ✔ poszerzenie wiedzy na temat możliwości testowania w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD),
- ✔ poszerzenie wiedzy na temat dróg zakażeń oraz życia z HIV.

Liczba osób: od 6 do 18.
Czas trwania: 45–60 minut.

Potrzebne materiały:
- ✔ plansze odpowiedzi,
- ✔ dostęp do internetu w celu wyświetlenia animacji, źródło: https://www.youtube.com/watch?v=ODLy-m2yerYs (animacje można znaleźć w serwisie YouTube na koncie stowarzyszenia „Jeden Świat": @jedenswiat7477).

Przebieg: Dzielimy osoby uczestniczące na 3 grupy. Każdej grupie rozdajemy planszę z pytaniami do filmu, prosimy o zapoznanie się z nimi (jeżeli liczba osób biorących udział w ćwiczeniu okazuje się większa, możemy podzielić grupę na 6 małych grup i powielić plansze: 2 grupy równolegle pracują na tej samej planszy). Następnie wyświetlamy animację (warto uprzednio pokazać, jak która postać ma na imię) i prosimy grupy o uzupełnienie plansz, ale pozostawiamy około 10–15 minut na pracę grupową. Po tym czasie grupy prezentują swoją pracę na forum. W trakcie prezentacji prowadzimy również dyskusję.

PLANSZE:

GRUPA 1 – FILIP
1. Jaka jest motywacja Filipa do udziału w warsztatach?
2. Jakie informacje, którymi dysponuje Filip, są prawdziwe, a jakie – fałszywe? Dlaczego?
3. Jaka może być motywacja Filipa do zrobienia testu?
4. Z jakich powodów ludzie robią testy w kierunku HIV?
5. Jakich argumentów można użyć, aby przekonać kolegę/koleżankę do zrobienia testu w kierunku HIV?
6. Gdzie można wykonać test w kierunku HIV?

GRUPA 2 – JULKA
1. Jaka jest motywacja Julki do udziału w warsztatach?
2. Jakie informacje, którymi dysponuje Julka, są prawdziwe, a jakie – fałszywe? Dlaczego?
3. Jaka może być motywacja Julki do zrobienia testu?
4. Z jakich powodów ludzie robią testy w kierunku HIV?
5. Jakich argumentów można użyć, aby przekonać kolegę/koleżankę do zrobienia testu w kierunku HIV?
6. Gdzie można wykonać test w kierunku HIV?

GRUPA 3 – MARCEL
1. Jaka jest motywacja Marcela do udziału w warsztatach?
2. Jakie informacje, którymi dysponuje Marcel, są prawdziwe, a jakie – fałszywe? Dlaczego?
3. Jaka może być motywacja Marcela do zrobienia testu?
4. Z jakich powodów ludzie robią testy w kierunku HIV?
5. Jakich argumentów można użyć, aby przekonać kolegę/koleżankę do zrobienia testu w kierunku HIV?
6. Gdzie można wykonać test w kierunku HIV?

Warto poruszyć w dyskusji kwestię możliwości wykonania testu w kierunku HIV, przekazać informację o punktach konsultacyjno-diagnostycznych (w PKD testy są anonimowe, bezpłatne i można je wykonać bez skierowania – więcej na ten temat można znaleźć w krótkim filmiku z kampanii Krajowego Centrum ds. AIDS https://www.youtube.com/watch?v=k4iwlyAlz9Y), o laboratoriach prywatnych (testy płatne, najczęściej nieanonimowe), o szpitalach (ze wskazaniem, testy nieanonimowe), o krwiodawstwie (dlaczego nie należy traktować krwiodawstwa jako miejsca testowania) lub o samodzielnym testowaniu.

Aby wyjaśnić mity pojawiające się w animacji, konieczne staje się odniesienie się do rzetelnych informacji na temat dróg zakażeń, leczenia, rodzicielstwa i postaw wobec osób żyjących z HIV (mity: całowanie jako droga zakażenia, „badanie na AIDS", ekspozycja na zakażenie po kontakcie z osobą żyjącą z HIV, planowanie rodzicielstwa przez kobietę żyjącą z HIV i możliwość zakażenia dziecka). Te informacje przedstawiono w pierwszym rozdziale publikacji.

Ważne jest przeprowadzenie dyskusji o tym, dlaczego i kiedy warto robić testy w kierunku HIV – każda osoba może żyć z HIV, dlatego jeśli w ciągu życia wystąpiła sytuacja narażenia na zakażenie HIV (patrz rozdział 1.), w tym – kontakt seksualny bez prezerwatywy z osobą, która nie ma aktualnego wyniku testu, zawsze należy wykonać taki test. Otrzymanie dodatniego wyniku pozwala na podjęcie skutecznego leczenia.

Uwaga: W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną konieczne może się stać wspólne omawianie wszystkich trzech grup zawierających pytania podane w uproszczonej formie. Ważne jest czytanie treści prezentowanych w animacjach. Warto sporządzić notatkę z użyciem strategii wizualnych, opartą na skrócie najważniejszych treści.

3.3.8. Scenariusz z wykorzystaniem animacji – część 2 (procedura testowania w PKD)

Źródło: opracowanie własne.

Cele zajęć:
- ✔ kształtowanie postaw akceptacji i normalizacja emocji związanych z testowaniem, odniesienie ekspozycji na zakażenie HIV do siebie,
- ✔ poszerzenie wiedzy o procedurze testowania w PKD.

Liczba osób: od 6 do 18.
Czas trwania: 45–60 minut

Potrzebne materiały:
- ✔ sprzęt z dostępem do internetu dla grup, strona z animacją: https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=6xTR4jE0ei4&fbclid=IwAR3g5DKWFytI-TnBAO_4v-2L0zviqEv2LRgxY6lhqqrmPaahafghETxq48w (animacje można znaleźć w serwisie YouTube na koncie stowarzyszenia „Jeden Świat": @jedenswiat7477),
- ✔ kartki z pytaniami do filmów,
- ✔ długopisy.

Przebieg: Przed prezentacją animacji rozdajemy grupie kartkę z pytaniami, z którymi uczestnicy powinni się zapoznać przed obejrzeniem filmów:
1. W jakich sytuacjach mogących prowadzić do ekspozycji na HIV uczestniczyły poszczególne osoby?
2. Jakie ważne informacje związane z testowaniem pojawiają się w animacji?
3. Jakie obawy związane z testowaniem miały poszczególne osoby rozmawiające ze sobą w animacji?

Po zakończeniu oglądania animacji pozostawiamy kilka minut na uzupełnienie odpowiedzi do pytań zadanych na kartce, a następnie prosimy osoby o dobranie się w pary lub w trójki. Prosimy, aby osoby porównały swoje notatki i stworzyły wspólne odpowiedzi na te pytania. Następnie prosimy, aby każda z par lub grup opracowała różne argumenty, które mogłyby się stać odpowiedzią

na obawy bohaterów animacji. Po zrealizowaniu zadania grupy dzielą się wynikiem swojej pracy na forum, a następnie prowadzimy dyskusję:

1. Jakie refleksje pojawiły się u osób uczestniczących?
2. Jakie obawy związane z wykonywaniem testów mogą mieć ludzie w ich wieku?
3. Jak można sobie pomóc w tej sytuacji (przykłady: pójść wspólnie z kimś/pójść samodzielnie/zaplanować coś przyjemnego po teście itp.)?

Ważne: W tym ćwiczeniu należy zwrócić uwagę na to, czemu służy rozmowa przed testem, w jaki sposób szacuje się narażenie na zakażenie HIV, a więc do czego potrzebne jest ustalenie dróg zakażeń. Warto nawiązać do tego, jakie mogą być wyniki testu i co one oznaczają, a także po co w rozmowie następuje ustalenie czynników mogących mieć wpływ na test (szczegółowe informacje – w rozdziale pierwszym). W odniesieniu do tej animacji ważnym aspektem staje się obalanie mitów dotyczących tzw. grup ryzyka. Marcel nie był eksponowany na zakażenie, za to okazuje się, że Filip, który uważał, że nie był narażony na zakażenie, niepokoi się, ponieważ podczas rozmowy odkrył, że jednak miał sytuację, w której mogło do niego dojść.

Szczególnie istotne, zgodnie z celem ćwiczenia, jest podkreślanie, że odczuwanie niepokoju, zawstydzenia czy niepewności w sytuacji testu może się pojawić i jest zupełnie naturalne. Czasem należy podejmować różne działania mimo odczuwanego dyskomfortu, obaw czy lęku – i jest to działanie odważne i godne naśladowania. Trzeba zaakceptować wszystkie emocje towarzyszące wykonaniu testu w kierunku HIV – ponieważ każdy inaczej może sobie radzić z tą sytuacją. Podczas prowadzenia ćwiczeń nie należy dążyć do eliminowania negatywnych emocji, takich jak strach, ponieważ są one naturalne.

Uwagi: W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną konieczne może się stać wspólne omawianie wszystkich treści w uproszczonej formie. Ważne jest czytanie treści prezentowanych w animacjach. Warto sporządzić notatkę z użyciem strategii wizualnych, opartą na skrócie najważniejszych treści.

3.3.9. Scenariusz z wykorzystaniem animacji – część 3 (możliwe wyniki)

Źródło: opracowanie własne.

Cele zajęć:

- ✔ przekazanie wiedzy na temat możliwych przyczyn wyników reaktywnych,
- ✔ kształtowanie wiedzy na temat stygmatyzacji osób żyjących z HIV i możliwych sposobów oferowania wsparcia,
- ✔ podniesienie wiedzy na temat dróg zakażenia,
- ✔ kształtowanie postaw akceptacji wobec osób żyjących z HIV,
- ✔ kształtowanie umiejętności selekcji źródeł internetowych w obszarze tematyki HIV.

Liczba osób: od 9 do 20.
Czas trwania: 45–60 minut.

Potrzebne materiały:

- ✔ sprzęt z dostępem do internetu dla grup, strona z animacją: https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=qduQCLg02q4&fbclid=IwAR1zmPBodQkYmbAoLzvc3IYOFLFhetacfayKXnyn-3jEv4gGZFzjGkVlH20A (animacje można znaleźć w serwisie YouTube na koncie stowarzyszenia „Jeden Świat": @jedenswiat7477),
- ✔ kartki do notowania,
- ✔ długopisy.

Przebieg: wyświetlamy animację, do której link znajduje się wyżej, a następnie dzielimy osoby na 3 podgrupy, pracujące nad otrzymanymi zadaniami:

GRUPA 1: wyszukuje na stronie www.aids.gov.pl informacje na temat algorytmu testowania oraz możliwych przyczyn reaktywnych wyników testów przesiewowych.

GRUPA 2: opracowuje zalecenia dotyczące tego, co warto, a czego nie należy robić, gdy oferuje się wsparcie osobie mającej dodatni wynik testu w kierunku HIV lub oczekującej na weryfikację reaktywnego testu przesiewowego.

GRUPA 3: z wykorzystaniem ze strony www.aids.gov.pl przygotowuje informację na temat dróg zakażenia HIV oraz odpowiedzi na pytania, nad którymi zastanawiają się bohaterowie i bohaterka animacji.

Po zakończonej pracy uczestniczące osoby dyskutują na forum nad opracowanymi zadaniami. Osoba prowadząca weryfikuje i uzupełnia informacje podawane przez grupy. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na konieczność korzystania wyłącznie z rzetelnych, aktualizowanych i zaufanych źródeł w zasobach internetowych. Można opisać, w jaki sposób weryfikować źródła, z jakich stron na temat zakażeń HIV warto korzystać w internecie, a także podkreślić, że inne źródła mogą się okazać niegodne zaufania i zawierać nieaktualne już, nierzetelne bądź nieprawdziwe informacje. W zakresie tematyki związanej z zakażeniem HIV stan wiedzy zmienia się szybko i ważne jest, żeby umieć ocenić, gdzie poszukiwać aktualnych informacji.

Ważne: Ćwiczenie wymaga od osoby prowadzącej wiedzy w obszarach, nad którymi pracują poszczególne grupy. Większość zagadnień opisano w pierwszej części publikacji.

Uwagi: W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną konieczne może się stać wspólne omawianie treści zaprezentowanych w uproszczonej formie. Ważne jest czytanie treści prezentowanych w animacjach. Warto sporządzić notatkę z użyciem strategii wizualnych, opartą na skrócie najważniejszych treści. Osoby z NI mogą potrzebować pomocy, np. podczas wyszukiwania informacji na stronach internetowych.

3.3.10. Scenariusz z wykorzystaniem animacji – część 4 (wsparcie i pomoc po rozpoznaniu zakażenia, edukacja na temat życia z HIV)

Źródło: opracowanie własne.

Cele zajęć:
- ✔ kształtowanie postaw zrozumienia wobec osób żyjących z HIV,
- ✔ poszerzenie wiedzy na temat życia z HIV.

Liczba osób: dowolna.
Czas trwania: 60–90 minut.

Potrzebne materiały:
- ✔ sprzęt z dostępem do internetu dla grup, strona z animacją: https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=MCutKygIGjQ&fbclid=IwAR2DagOd2g85f09zVRXBGD1g2OAajz2dyIE4ZSDe6XHK2nzgtsxQPB2bwkA (animacje można znaleźć w serwisie YouTube na koncie stowarzyszenia „Jeden Świat”: @jedenswiat7477),
- ✔ kartki do notowania,
- ✔ długopisy.

Przebieg: Dzielimy grupę na małe, 3-osobowe podgrupy. Prosimy, żeby każda z nich przeprowadziła dyskusję na temat tego, o jakie obszary życia przeciętna osoba w jej wieku i miejscu zamieszkania mogłaby się obawiać w razie otrzymania pozytywnego wyniku testu w kierunku HIV i jakie pytania mogłyby przyjść jej do głowy jako pierwsze. Wyniki dyskusji zapisujemy. Po tej części wyświetlamy animację, prosimy o zapisanie wszystkich pytań i wątpliwości Filipa oraz o porównanie ich ze swoją wcześniejszą pracą. Po zakończeniu dyskusji w grupach prosimy uczestniczące osoby o przedstawienie wyników obu etapów pracy i je podsumowujemy: wskazujemy na kluczowe obszary, które mogą być szczególnie ważne dla większości osób. Uzupełniamy dyskusję merytorycznymi informacjami w każdym z obszarów, np. dotyczącymi leczenia HIV, zabezpieczania się podczas aktywności seksualnej (prezerwatywa, N = N, PrEP), rodzicielstwa osób żyjących z HIV, pracy zawodowej itp.

Ważne: Większość informacji związanych z tematami, które mogą pojawić się w dyskusjach, zamieszczono w pierwszym rozdziale niniejszej publikacji. W odniesieniu do pracy zawodowej: osoba żyjąca z HIV może podjąć dowolną pracę zawodową, a pracodawca nie ma prawa wymagać testu w kierunku HIV ani przy przyjęciu do pracy, ani przy okazji badań okresowych. Wyjątkiem są służby mundurowe. Więcej na temat różnych obszarów życia z HIV, które mogą być dyskutowane podczas warsztatów, można znaleźć w broszurach wydanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS: www.gov.pl/web/aids/publikacje.

Uwagi: Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną konieczne może się stać wspólne omawianie treści zaprezentowanych w uproszczonej formie. Ważne jest czytanie treści prezentowanych w animacjach. Warto sporządzić notatkę z użyciem strategii wizualnych, opartą na skrócie najważniejszych treści.

3.3.11. Scenariusz z wykorzystaniem animacji – część 5 (wsparcie i pomoc po rozpoznaniu zakażenia)

Źródło: opracowanie własne.

Cele zajęć:
✔ kształtowanie postaw zrozumienia wobec osób żyjących z HIV,
✔ ćwiczenie umiejętności udzielania wsparcia.

Liczba osób: dowolna.
Czas trwania: 60–90 minut.

Potrzebne materiały:
✔ sprzęt z dostępem do internetu dla grup,
✔ karty pracy,
✔ karteczki samoprzylepne (typu post-it), w dwóch kolorach,
✔ flipchart lub tablica.

ANIMACJA 5: https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=IXFBmrHA_8Q&fbclid=IwAR1c-T32jBkdurwXgobvbXCeGbLiYe_yfv25fzvhPdhyncQ0IZ7eu560YLiU (animacje można znaleźć w serwisie YouTube na koncie stowarzyszenia „Jeden Świat": @jedenswiat7477)

ANIMACJA 6: https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=3piY4O8N1z0&fbclid=IwAR0wu-UYHPPkQlS8II8luZi1JnpU1RvWCQPBYyjGk46pixjlG-kbo6Spljr0 (animacje można znaleźć w serwisie YouTube na koncie stowarzyszenia „Jeden Świat": @jedenswiat7477)

Przebieg:

1. Rozdajemy każdej z osób uczestniczących karty pracy, zgodnie z załączonymi tabelami. Prosimy o ich uzupełnienie podczas wyświetlania poszczególnych animacji. Należy poinformować grupę, że pierwsza z nich dotyczy czasu tuż po otrzymaniu wyniku przez Filipa, a druga – pół roku po rozpoznaniu zakażenia.
2. Po uzupełnieniu indywidualnych kart pracy prosimy grupę o omówienie notatek w parach. Rozdajemy karteczki typu post-it w dwóch kolorach i prosimy, aby pary na jednym kolorze karteczek wypisały wszystkie pomysły na to, co może być pomocne dla osoby żyjącej z HIV ze strony przyjaciół (po jednym pomyśle na karteczkę), a na drugim – wszystkie pomysły na to, co mogłoby przyjść do głowy jako chęć wsparcia, ale byłoby mało pomocne, więc lepiej uważać na taki sposób wspierania.
3. Na flipcharcie lub na tablicy rysujemy dwa obszary – zielony i czerwony (opcjonalnie można wydrukować i przykleić wymyślone przez siebie piktogramy/obrazki symbolizujące to, co jest pożądane, i to, co niewłaściwe). Prosimy pary o przedstawienie swoich pomysłów na każdej z karteczek, a jednocześnie prowadzimy dyskusję, dlaczego dany sposób może być pożądany lub – nie (w razie zmiany zdania w toku dyskusji przez którąś z par można przepisać pomysł na karteczkę o innym kolorze).
4. Po dyskusji przyklejamy karteczki na odpowiednią stronę tablicy lub flipcharta.

KARTA PRACY 3.3.11.

	OD RAZU PO OTRZYMANIU WYNIKU	PÓŁ ROKU PO OTRZYMANIU WYNIKU
Sposób wspierania przez Julkę/ komunikaty Julki		
Sposób wspierania przez Marcela/ komunikaty Marcela		
Oczekiwania Filipa		
Co ja mógłbym/mogłabym powiedzieć/ zrobić w takiej sytuacji w stosunku do osoby, z którą się przyjaźnię?		

Uwagi: Aby przygotować się do prowadzenia tego ćwiczenia, warto przeczytać rozdział o stygmatyzacji osób żyjących z HIV (pierwszy w niniejszej publikacji). W trakcie zajęć warto podkreślić znaczenie zdobywania wiedzy, a także unikania postaw wskazujących na litość, nadmiernej, sztucznej uprzejmości, oceny zachowań czy dawania zbyt wielu rad.

Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną konieczne może być wspólne omawianie treści zaprezentowanych w uproszczonej formie. Ważne jest czytanie treści prezentowanych w animacjach. Warto sporządzić notatkę z użyciem strategii wizualnych, opartą na skrócie najważniejszych treści.

3.3.12. Historyjki – uzupełnianki

Źródło: opracowanie własne.

Cele zajęć:
✔ podniesienie poziomu wiedzy na temat HIV i innych STIs,
✔ przeciwdziałanie stygmatyzacji osób żyjących z HIV.

Liczba osób: dowolna.
Czas trwania: 60–180 minut.
Potrzebne materiały: wydrukowane plansze z historiami.

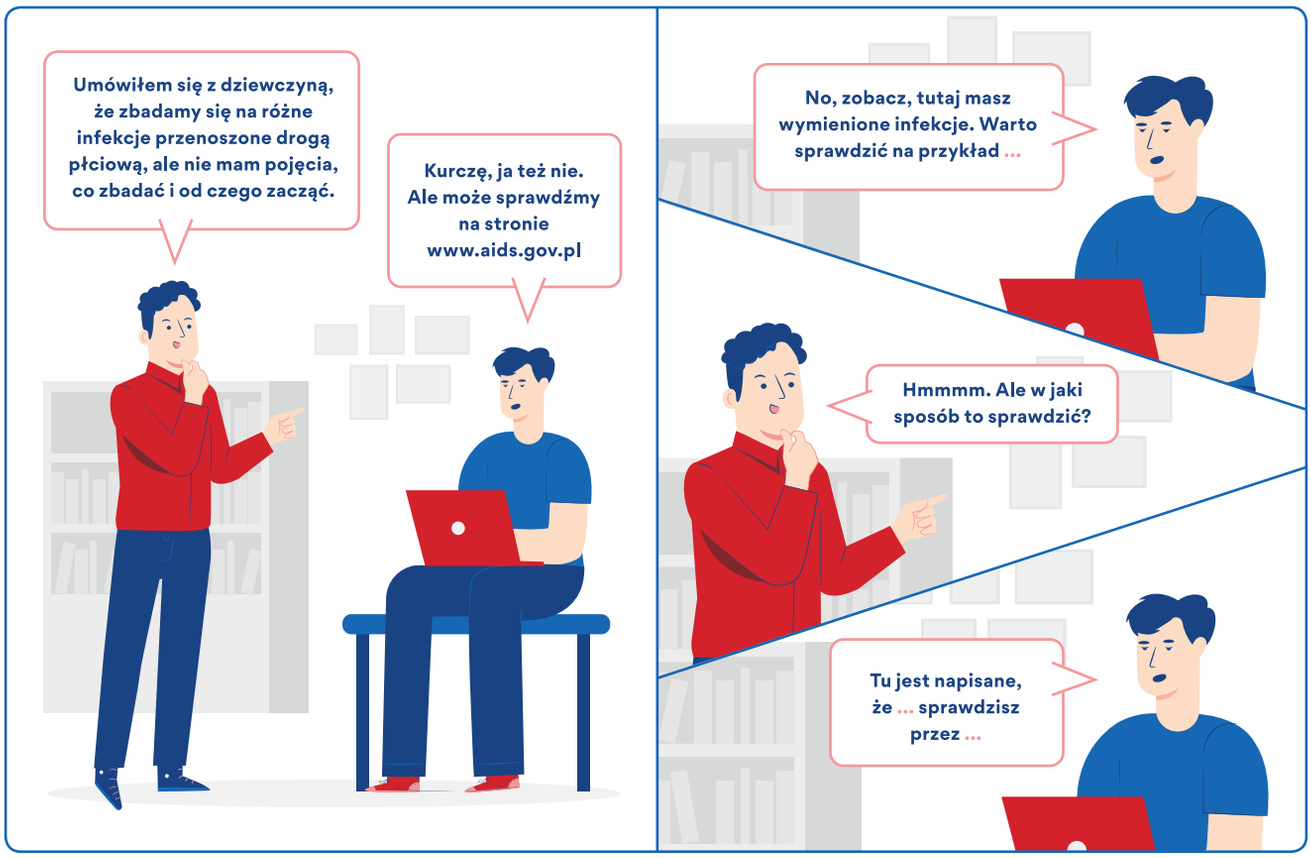
Przebieg: osoby uczestniczące dobierają się w grupy 3-osobowe. Każda z grup otrzymuje planszę z komiksami (każda grupa ma taki sam zestaw komiksów). W zależności od grupy wiekowej lub od dostępnego czasu można wybrać tylko określone plansze lub wszystkie. Zadanie grupy polega na uzupełnieniu dialogów w historyjkach zgodnie z tym, co grupa uzna za najwłaściwsze. Po zakończeniu zadania grupy porównują na forum swoje pomysły, odbywa się dyskusja, podczas której informacje merytoryczne są uzupełniane i porządkowane. Warto zwrócić szczególną uwagę, aby stosowane sformułowania nie były stygmatyzujące w stosunku do osób żyjących z HIV.

Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną należy przygotować uproszczone komiksy zawierające krótsze wypowiedzi. Osoby uczestniczące mogą także wybierać zapisane na kartkach propozycje odpowiedzi.

PLANSZE Z KOMIKSAMI:

1. TESTOWANIE W KIERUNKU HIV

2. TESTOWANIE NA INNE STIs

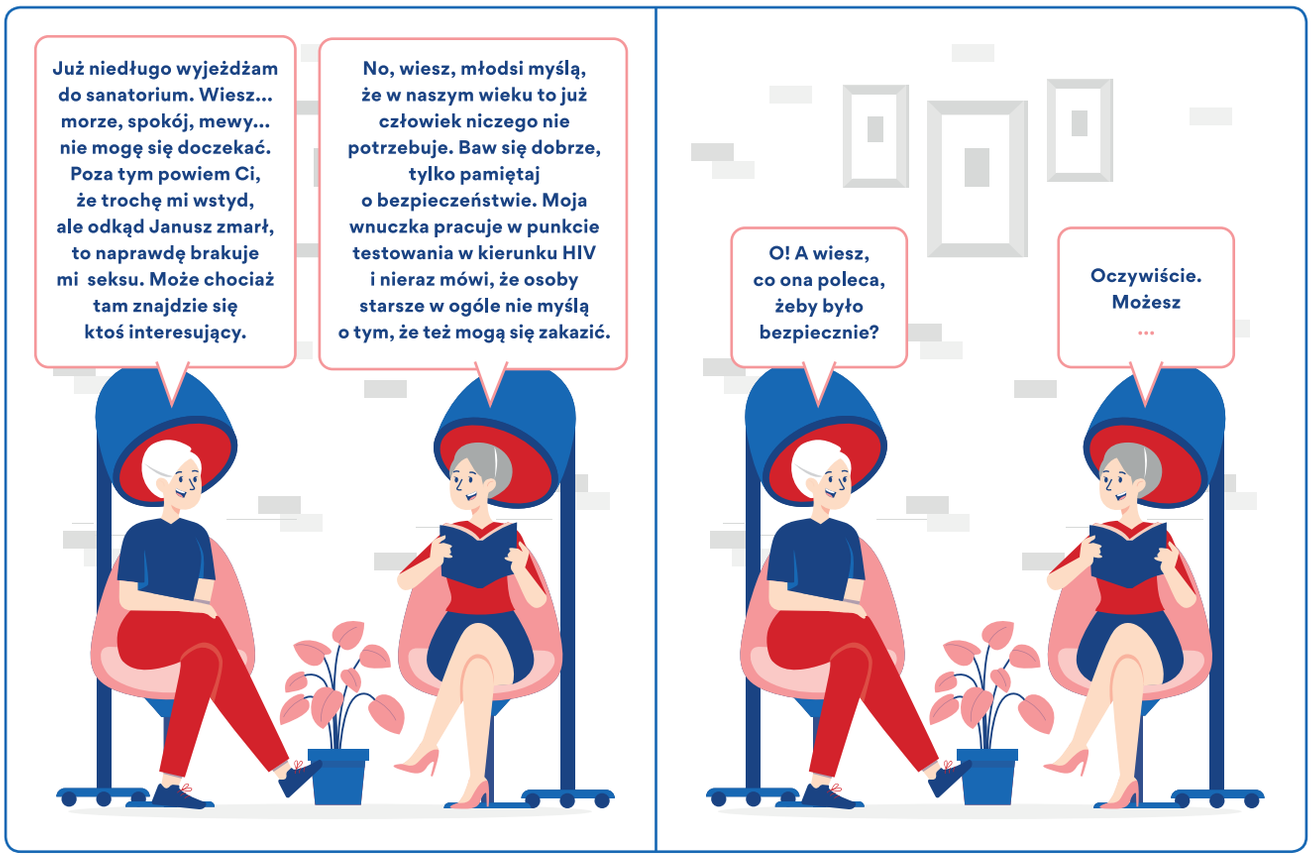


3. CIĄŻA A HIV

4a. ZAKAŻENIE HIV – KONTAKTY SEKSUALNE

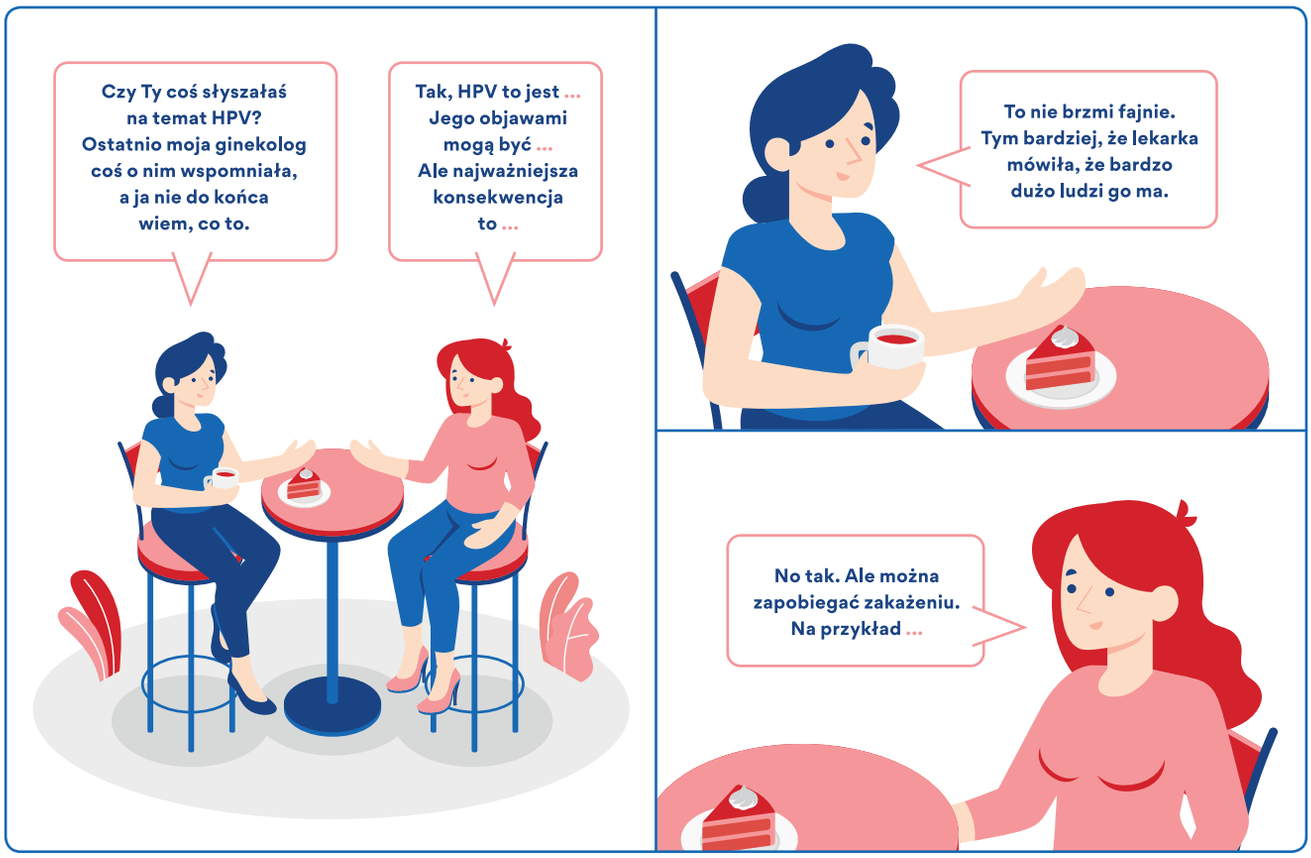
4b. ZAKAŻENIE HIV – KONTAKTY SEKSUALNE

4c. ZAKAŻENIE HIV – KONTAKTY SEKSUALNE

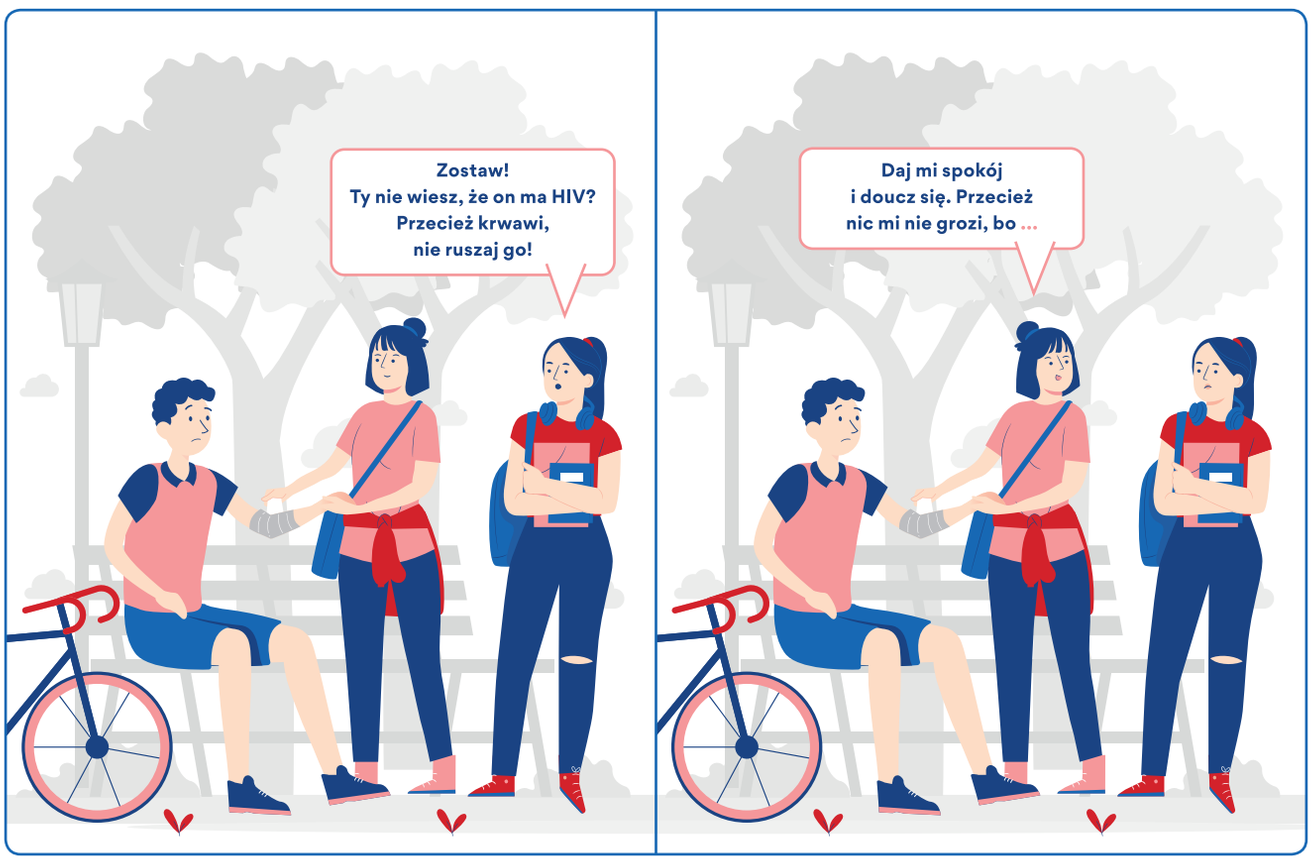


5. ZAKAŻENIE KIŁĄ – KONTAKTY SEKSUALNE

6. ZAKAŻENIE HPV/SZCZEPIENIE PRZECIW HPV



7. ZAKAŻENIE HIV – KREW



8. ZAKAŻENIE HIV I HCV – NARKOTYKI

9. LECZENIE HIV

Uwagi:

KOMIKS 1: Warto pokazać różne opcje testowania: prywatne laboratorium, szpital, akcja szybkiego testowania, testy do samodzielnego wykonania, punkty konsultacyjno-diagnostyczne (PKD) ze wskazaniem, że jest najlepszą opcją testowania w kierunku HIV. Aby przygotować się do prowadzenia warsztatu z wykorzystaniem tego komiksu, należy sprawdzić inne dostępne możliwości (np. wykonanie testu w ramach NFZ, zleconego przez lekarza rodzinnego).

KOMIKS 2: W przygotowaniu się do prowadzenia ćwiczenia może okazać się pomocny rozdział o STIs w części teoretycznej niniejszej książki.

KOMIKS 3: W przygotowaniu do prowadzenia ćwiczenia może okazać się pomocne przeczytanie poradnika znajdującego się pod linkiem: https://stowarzyszeniejedenswiat.org/wp-content/uploads/2023/10/Pozytywne-Macierzynstwo-Poradnik-dla-kobiet-PL.pdf

KOMIKS 4:

- ✔ Wersja a: warto pamiętać, aby zwrócić uwagę na: wykonanie testu w kierunku HIV w odpowiednim czasie (z uwzględnieniem okienka serologicznego), używanie prezerwatyw lub odroczenie decyzji o współżyciu – w zależności od potrzeb grupy wiekowej. Komiks jest także okazją do dyskusji i uzupełnienia wiadomości o tym, jak ważne są wykonywanie testów w razie decyzji o stałym związku oraz wiedza o tym, kiedy test jest wiarygodny. Może to być także punkt wyjścia do rozmowy o rozważeniu odroczenia decyzji o współżyciu, jak również o prezerwatywach i ich prawidłowym stosowaniu.
- ✔ Wersja b: wersja przeznaczona dla starszych grup wiekowych. Komiks może być okazją do przekazania wiedzy o prezerwatywach i ich prawidłowym używaniu, a także (ważne!) o PrEP. Warto podkreślić, że pomysły na dopytywanie o to, „czy ktoś jest zdrowy", nie są najlepsze: nasz rozmówca często i tak nie robił testu w kierunku HIV, a może odpowiedzieć, że jest zdrowy, bo przecież nic mu nie dolega. W razie podejmowania kontaktów seksualnych z różnymi osobami test nie ma też większego znaczenia – nigdy nie mamy pewności, czy został on wykonany w odpowiednim momencie ani czy do zakażenia nie doszło po wykonaniu testu. W uzupełnieniu do dyskusji, w zależności od grupy, można również zwrócić uwagę na to, jak dokładnie przenosi się HIV w kontaktach seksualnych oraz jakie techniki seksualne mogą powodować narażenie na zakażenie HIV, a jakie są bezpieczne.
- ✔ Wersja c: wersja przeznaczona do edukacji w grupie osób starszych. W dyskusji należy zwrócić uwagę na te same kwestie, które zostały opisane w uwagach do wersji b. Dodatkowo można w większym stopniu podkreślić wagę stosowania lubrykantów, gdyż – szczególnie w wieku senioralnym – naturalne nawilżenie może być mniejsze, co stwarza większe prawdopodobieństwo wystąpienia otarć czy uszkodzeń mechanicznych podczas używania prezerwatywy.

KOMIKS 5: Przygotowanie do prowadzenia zajęć z wykorzystaniem tego komiksu najlepiej rozpocząć od rozdziału na temat STIs w części teoretycznej tej publikacji. Warto tutaj w trakcie dyskusji zweryfikować wiedzę osób uczestniczących na temat sposobu przenoszenia kiły, o jej możliwych objawach, o testowaniu (jakie testy, gdzie można wykonać, w jakim czasie od potencjalnej ekspozycji na HIV powinien test być wykonany, aby dał wiarygodny wynik), a także o leczeniu tego zakażenia.

KOMIKS 6: Praktyczne informacje do wykorzystania podczas dyskusji w pracy nad tym komiksem znajdują się w rozdziale teoretycznym tej publikacji. Warto zwrócić uwagę na to, w jaki sposób przenosi się HPV, jakie mogą być objawy oraz konsekwencje w postaci nowotworów, jak można mu zapobiegać, a także – przede wszystkim – jak wygląda szczepienie na HPV i jakie są z niego korzyści.

KOMIKS 7: W dyskusji nad tą planszą warto zwrócić uwagę zwłaszcza na mechanizm przenoszenia zakażenia. Nie ma możliwości wniknięcia HIV do organizmu przez nieuszkodzoną skórę. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na zasady udzielania pierwszej pomocy – nie tylko ze względu na HIV, lecz także na inne wirusy (np. HCV lub HBV). Można także podkreślić, że skoro informacja o zakażeniu bohatera była dostępna (czyli on także zna swój wynik testu), to prawdopodobnie leczy się antyretrowirusowo. Osoby skutecznie leczone mają niewykrywalny poziom wiremii, zatem podczas kontaktu seksualnego z nimi nie może dojść do transmisji HIV (więcej o N = N w części teoretycznej niniejszej publikacji).

KOMIKS 8: W czasie dyskusji warto zwrócić uwagę, że w przypadku narkotyków można zakazić się HIV i/lub HCV nie tylko poprzez wstrzyknięcia. Po pierwsze – istnieje prawdopodobieństwo, że gdy używa się po kimś tej samej rurki lub zwijki przy donosowym używaniu narkotyków, na narzędziu może być krew, która następnie może mieć kontakt z naszą błoną śluzową (tutaj należy podkreślić także większe narażenie na zakażenie HCV). Ponadto w razie utraty kontroli lub przytomności na skutek użycia narkotyków można podjąć kontakty seksualne bez zabezpieczenia lub zostać wykorzystanym seksualnie, co – poza konsekwencjami emocjonalnymi – może się wiązać z narażeniem na zakażenie HIV i/lub innymi STIs.

KOMIKS 9: Dokładne informacje o leczeniu antyretrowirusowym, przydatne do omówienia tej planszy, znajdują się w części teoretycznej niniejszej publikacji. Należy ponadto zwrócić uwagę na fakt, że leczenie jest skuteczne, chociaż nie wyeliminuje zakażenia. Pozwala natomiast żyć normalnie. Przyjmuje się leki (najczęściej doustnie, chociaż obecnie dostępne są też długodziałające leki w zastrzykach), które są w Polsce bezpłatne. Poza skutecznym kontrolowaniem infekcji ich zaletą jest także wyeliminowanie możliwości transmisji zakażenia na partnerów seksualnych.

W przypadku tego ćwiczenia można dowolnie wybierać poszczególne plansze, w zależności od potrzeby grupy i tematyki zajęć, a także od czasu, w jakim konieczne okazuje się przeprowadzenie warsztatu. Oczywiście – im więcej plansz, tym ćwiczenie będzie dłuższe.

3.3.13. Infekcje przenoszone drogą płciową (STIs) – wielka rozgrywka

Źródło: opracowanie własne.

Cel zajęć: podniesienie i ugruntowanie wiedzy na temat różnych STIs.
Liczba osób: od 8 do 16.
Czas trwania: 60–90 minut.

Potrzebne materiały:
✔ pytania testowe,
✔ stoper,
✔ flipchart,
✔ flamastry.

Uwagi: Z myślą o osobach z niepełnosprawnością należy wybrać najważniejsze treści, jak również umożliwić wybór spośród zapisanych lub wyświetlanych odpowiedzi.

Przebieg: Dzielimy osoby uczestniczące na dwie grupy, które są zespołami. Ćwiczenie składa się z rund, z których każda będzie zawierała po jednym pytaniu dla każdego zespołu. Przed każdym pytaniem zespół wyznacza osobę, która tym razem będzie odpowiadała na pytania zadane przez

osobę prowadzącą zajęcia. W trakcie trwania rozgrywki (jeśli osoba wyznaczona przez zespół nie będzie znała odpowiedzi na pytanie) każdy zespół może jednorazowo wykorzystać szansę, jaką jest:
1. konsultacja z całym zespołem,
2. podmiana osoby odpowiadającej po usłyszeniu pytania,
3. pozostawienie tylko 2 z 3 możliwych odpowiedzi do wyboru.

Punktacja dla każdego zespołu jest na bieżąco zapisywana na flipcharcie. Pytania są jednokrotnego wyboru. Wygrywa zespół, który zgromadzi najwięcej punktów. Opcjonalnie można przygotować nagrody dla zwycięskiego zespołu.

KLUCZ ODPOWIEDZI: 1 b, 2 a, 3 c, 4 a, 5 a, 6 c, 7 c, 8 c, 9 b, 10 c, 11 a, 12 b, 13 c, 14 c, 15 a, 16 b, 17 c, 18 a, 19 b, 20 a

PROPONOWANY TEST:

1. Kiła należy do infekcji
a. wirusowych
b. bakteryjnych
c. pasożytniczych

2. Test w kierunku kiły najlepiej wykonać
a. z krwi
b. z moczu
c. ze śliny

3. Ile głównych tzw. stadiów klinicznych wyróżnia się w przebiegu kiły?
a. pięć
b. cztery
c. trzy

4. Czy rzeżączkę można leczyć?
a. tak, antybiotykami
b. tak, jonami srebra
c. nie, ta choroba nie może być leczona

5. Zakażenie rzeżączką następuje:
a. podczas kontaktu seksualnego oraz poprzez kontakt z wydzielinami (np. przeniesienie na błony śluzowe przy kontakcie ręki z zakażoną błoną śluzową)
b. wyłącznie podczas kontaktu seksualnego
c. drogą kropelkową

6. Rzeżączkę można wykryć za pomocą
a. testu z krwi
b. testu z moczu
c. testu z wymazu pobranego z miejsca podejrzenia zakażenia

7. W jakiej poradni należy szukać specjalistycznej pomocy w przypadku podejrzenia rzeżączki?
a. lekarza rodzinnego
b. chirurgicznej
c. dermatologicznej lub wenerologicznej

8. Chlamydia to:
a. wirus
b. pasożyt
c. bakteria

9. Najczęściej występującą infekcją przenoszoną drogą płciową (STI) jest:
a. kiła
b. chlamydia
c. HIV

10. Mięczak zakaźny to choroba, którą można się zakazić:
a. wyłącznie poprzez kontakt seksualny
b. drogą kropelkową
c. poprzez kontakt seksualny lub poprzez przedmioty (np. ręczniki, pościel, bieliznę)

11. Mięczaka zakaźnego
a. nie leczy się – ustępuje samoistnie
b. leczy się antybiotykami i lekami przeciwwirusowymi
c. leczy się antybiotykami

12. HPV może powodować
a. plamistą wysypkę
b. nieestetyczne brodawki
c. zapalenie gardła

13. Najbardziej niebezpiecznym powikłaniem HPV jest:
a. niepłodność
b. zapalenie opon mózgowych
c. nowotwór

14. Przed najbardziej niebezpiecznymi dla zdrowia szczepami HPV najskuteczniej chroni
a. prezerwatywa
b. środek plemnikobójczy
c. szczepionka

15. Zakażenie HPV jest możliwe:
a. w trakcie kontaktu seksualnego, ale także np. przez rękę, która miała kontakt ze zmianami
b. wyłącznie podczas kontaktów seksualnych
c. wyłącznie przez używanie wspólnych ręczników i bielizny

16. HSV to wirus:
a. brodawczaka
b. opryszczki
c. ospy

17. HSV (wirus opryszczki):
a. może być leczone antybiotykami
b. nie jest leczone – organizm pozbywa się go samoistnie
c. może być leczone preparatami przeciwwirusowymi

18. HSV (wirus opryszczki) może się przenosić:
a. podczas bezpośredniego kontaktu ze zmienioną chorobowo śluzówką (np. pocałunek)
b. drogą kropelkową (np. przez kichanie, kasłanie)
c. podczas korzystania z basenu

19. Najbardziej charakterystycznym objawem mpox jest:
a. depresja
b. zmiany skórne
c. nowotwór

20. Zakażenie mpox można jednoznacznie potwierdzić za pomocą:
a. wykonania testu z wymazu pobranego ze zmian skórnych
b. wykonania testu z krwi
c. dokładnego obejrzenia zmian skórnych

Uwagi: W przygotowaniu się do poprowadzenia ćwiczenia pomocne będą treści zawarte w rozdziale teoretycznym niniejszej publikacji.

3.3.14. Porozmawiajmy o infekcjach przenoszonych drogą płciową (STIs)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (Dwyer i in., 2019).

Cel zajęć: poszerzenie wiedzy na temat dróg zakażenia, objawów i leczenia najczęściej występujących STIs.
Liczba osób: 10–30 osób.
Czas trwania: 50 minut.

Potrzebne materiały:
✔ prezentacja na temat wybranych STIs,
✔ wydrukowane formularze – po jednym dla każdej uczestniczącej osoby,
✔ flipchart z arkuszami papieru i pisaki.

Uwaga: przed przeprowadzeniem ćwiczenia rozważ, które STIs chcesz omówić. Możesz ograniczyć się do najbardziej popularnych lub też wybrać z uwzględnieniem wiedzy o zachowaniach seksualnych, jakie podejmują (lub mogą podejmować) osoby uczestniczące w zajęciach. To ćwiczenie składa się z dwóch części: z krótkiego wprowadzenia (informacje do wykorzystania znajdziesz w tej publikacji) oraz z wykonania zadania i jego omówienia. Zamiast formularzy możesz wykorzystać narzędzia dostępne w internecie i przeprowadzić quiz online.

Przebieg:
1. Wyjaśniamy cel ćwiczenia i jego przebieg oraz informujemy, że składa się ono z dwóch części. Z wykorzystaniem wcześniej przygotowanej prezentacji omawiamy wybrane STIs, a przy każdej z infekcji wskazujemy, w jaki sposób jest ona powiązana z HIV.
2. Dzielimy osoby uczestniczące na 3–4-osobowe zespoły i rozdajemy każdemu z nich wcześniej wydrukowany formularz. Zadanie każdej grupy polega na zapoznaniu się z listą objawów i na zaznaczeniu tych, które zdaniem osób tworzących grupę mogą świadczyć o zakażeniu STIs. Konieczne jest zwrócenie uwagi, że jedna z kolumn w formularzu została wcześniej wypełniona, jako wzór sposobu, w jaki należy wykonać ćwiczenie. Na wykonanie tej części ćwiczenia przeznaczono 10 minut.

3. Zapraszamy uczestniczące osoby do zajęcia miejsc w okręgu i do podsumowania. Po kolei przeanalizujcie odpowiedzi odnośnie do każdej z infekcji. Jedna z grup może rozpocząć od przedstawienia objawów, które zaznaczyła, a rolą kolejnych będzie sprawdzanie, czy ich odpowiedzi są tożsame. Należy zwrócić uwagę, żeby nie pominąć żadnego z objawów oraz wyjaśnić możliwe wątpliwości. Kolejno następna grupa przedstawia zaznaczone objawy dotyczące innych infekcji itd.

KARTA PRACY 3.3.14. FORMULARZ DO WYKORZYSTANIA W TRAKCIE ĆWICZENIA

	RzeżączKA	Wszawica łonowa	Chlamydioza	HIV	WZW C (HCV)	WZW B (HBV)	WZW A (HAV)	Opryszczka narządów płciowych (HSV)	HPV/brodawczak	Nieswoiste zapalenie cewki moczowej (NGU)	Kiła	Świerzb
wydzielina z penisa lub pochwy												
ból podczas oddawania moczu												
owrzodzenie lub pęcherzyki na narządach płciowych lub wokół nich												
swędzenie wokół narządów płciowych												
niewielkie narośle/-a na narządach płciowych, wokół nich lub wokół odbytu												
wydzielina z odbytu												
świąd wokół odbytu lub w jego środku												
ból gardła												
ból lub pęcherzyki dookoła ust lub w jamie ustnej												
wysypka na znacznej części ciała												
obrzęk węzłów chłonnych												
objawy grypopodobne												
biegunka/mdłości												
utrata masy ciała												
poczucie ciągłego zmęczenia												
zażółcenie skóry i białkówek oczu												
bardzo jasny kał lub bardzo ciemny mocz												
swędzenie skóry												

FORMULARZ DO WYKORZYSTANIA W TRAKCIE ĆWICZENIA – Z ODPOWIEDZIAMI

	RzeżączKA	Wszawica łonowa	Chlamydioza	HIV	WZW C (HCV)	WZW B (HBV)	WZW A (HAV)	Opryszczka narządów płciowych (HSV)	HPV/brodawczak	Nieswoiste zapalenie cewki moczowej (NGU)	Kiła	Świerzb
wydzielina z penisa lub pochwy	X		X							X		
ból podczas oddawania moczu	X		X					X		X		
owrzodzenie lub pęcherzyki na narządach płciowych lub wokół nich								X			X	
swędzenie wokół narządów płciowych		X						X				
niewielkie narośle/-a na narządach płciowych, wokół nich lub wokół odbytu												
wydzielina z odbytu	X		X					X				
świąd wokół odbytu lub w jego środku	X	X						X				
ból gardła	X		X									
ból lub pęcherzyki dookoła ust lub w jamie ustnej								X			X	
wysypka na znacznej części ciała		X		X							X	
obrzęk węzłów chłonnych				X							X	X
objawy grypopodobne				X	X	X	X	X			X	
biegunka/mdłości				X	X	X	X					
utrata masy ciała				X	X	X	X					
poczucie ciągłego zmęczenia				X	X	X	X				X	
zażółcenie skóry i białkówek oczu					X	X	X					
bardzo jasny kał lub bardzo ciemny mocz					X	X	X					
swędzenie skóry		X			X	X	X					X

3.4. SCENARIUSZE ZAJĘĆ NA TEMAT POSTAW I PRZEKONAŃ

3.4.1. Decyzja należy do ciebie

Źródło: opracowanie własne

Cele zajęć:
- ✔ pokazanie różnych poglądów na tematy związane z zajęciami i refleksja nad ich źródłami,
- ✔ przemyślenie i ewentualne zweryfikowanie własnych poglądów,
- ✔ kształtowanie umiejętności kultury dyskusji na tematy trudne i kontrowersyjne.

Liczba osób: do 20.
Czas trwania: 1–2 godziny, w zależności od liczby osób.

Potrzebne materiały:
- ✔ kartki ze zdaniami do dyskusji (ewentualnie wyświetlanie ich na ścianie),
- ✔ duże kartki z napisami (każdy na osobnej): „nie zgadzam się", „raczej się nie zgadzam", „raczej się zgadzam", „zgadzam się".

Uwagi: Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną należy uprościć treść zasad.

Przebieg:
1. Osoba prowadząca zajęcia dzieli salę na cztery pola („nie zgadzam się", „zgadzam się", „raczej się nie zgadzam", „raczej się zgadzam").
2. Następnie pokazuje kolejne stwierdzenia (ważne, aby nie były sformułowane z wykorzystaniem podwójnych zaprzeczeń).
3. Po każdym stwierdzeniu uczestniczące osoby stają przy jednym określeniu, w zależności od tego, co o nim myślą.
4. Kiedy wszyscy staną przy kartce, która określa ich postawy, przedstawiają argumenty.

Zasady:
1. Nie można nie mieć zdania.
2. Uczestniczące osoby mają uczyć się słuchać innych argumentów – dlatego bardzo ważne jest wcześniejsze zawarcie kontraktu, a zwłaszcza zasada: „Nie oceniamy!".
3. W trakcie ćwiczenia uczestniczące osoby mogą zmieniać zdanie i przejść do innej grupy.
4. Raczej nie należy dopuszczać do dyskusji i do przerzucania się kontrargumentami.
5. Odkrywcze może być to, że osoby używające tych samych argumentów stoją po przeciwnych stronach. Pilnujemy, aby w związku z tym poszczególne osoby nie namawiały innych do zmiany miejsca, które wcześniej zajęły.
6. Prowadzący nie ocenia, czy dana postawa jest właściwa, czy – nie. Stoi na straży szacunku i praw innych ludzi (nie ma mowy o obrażaniu osób z grup mniejszościowych, np. homoseksualnych czy pracujących seksualnie).

PRZYKŁADOWE ZDANIA DO DYSKUSJI I KOMENTARZ:

- ***Wśród osób żyjących z HIV są te winne i niewinne tego, że doszło do zakażenia.***

Obiektywnie patrząc – ludzie są odpowiedzialni za swoje zdrowie: to styl życia w znaczący sposób (w przybliżeniu 50%) determinuje nasze choroby i każde z nas niejako zapracowuje sobie na

nie, skoro żyje w określony sposób (dieta, nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna bądź jej brak, używki, sposoby radzenia sobie ze stresem itp.). Jednak tylko w przypadku AIDS podkreśla się ten fakt dobitnie – że to konkretne zachowanie skończyło się zakażeniem: zachowanie, na jakie w zdecydowanej większości przypadków ludzie mieli wpływ, zachowanie, które z różnych względów jest naganne społecznie (współżycie przed ślubem, używanie narkotyków, kontakty seksualne między mężczyznami). To przekonanie jest odzwierciedleniem stosunku wielu ludzi i wielu społeczności do osób żyjących z HIV i chorych na AIDS, którzy są odrzucani i traktowani jako „sami sobie winni".

- ***Osoba żyjąca z HIV powinna o tym fakcie informować innych ludzi.***

Nie wszyscy o tym wiedzą, ale karalne jest już samo świadome narażanie na zakażenie HIV, nie musi dojść do zakażenia drugiej osoby (kodeks karny, art. 161. §1. Kto, wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV, naraża bezpośrednio inną osobę na takie zarażenie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. [...]). O swoim zakażeniu na pewno należy poinformować partnera seksualnego – ta sytuacja nie budzi wątpliwości. Inne to np. sytuacja, gdy ktoś udziela pierwszej pomocy osobie żyjącej z HIV, a ta krwawi, jest przytomna i może powiedzieć o swoim zakażeniu. Jednak warto podkreślić, że w każdej sytuacji, gdy mamy kontakt z czyjąś krwią bądź z innymi płynami ustrojowymi, pamiętajmy o własnej ochronie – osoba żyjąca z HIV nie musi wiedzieć o swojej infekcji, a więc nie powie nam o tym. Ta ochrona to unikanie kontaktu z krwią, stosowanie rękawiczek bądź innych materiałów chroniących skórę (np. szalik, chusteczka itp.), zabezpieczenie zranień i skaleczeń. Osoba żyjąca z HIV nie ma obowiązku informowania o zakażeniu wszystkich wokół: rodziny, przyjaciół, sąsiadów, kolegów z pracy itp. Byłoby dobrze dla niej samej, aby to zrobiła – mogłaby liczyć na wsparcie i pomoc większej liczby osób. Jednak często nie robi tego ze strachu przed odrzuceniem, potępieniem czy izolacją społeczną.

- ***Powinny istnieć specjalne placówki medyczne, w których osoby z HIV mogłyby się leczyć (np. gabinety stomatologiczne, ginekologiczne itp.).***

Nie ma takiej potrzeby. We wszystkich tych miejscach pracujący tam specjaliści powinni traktować każdego pacjenta jak źródło zakażenia rozmaitymi drobnoustrojami chorobotwórczymi. Dlatego personel medyczny powinien stosować metody zabezpieczające przed ekspozycją na zakażenie, takie jak: rękawiczki jednorazowe, maski ochronne, sprzęt jednorazowego użytku oraz dbanie o dezynfekcję oraz sterylizację sprzętu i pomieszczeń. Człowiek żyjący z HIV nie ma obowiązku poinformowania o tym fakcie placówki, w której przebywa i leczy się z chorób niezwiązanych z HIV.

- ***Osoby żyjące z HIV, ze względu na bezpieczeństwo innych, powinny unikać korzystania z miejsc takich jak basen czy siłownia.***

Codzienne życie, kontakty społeczne i przebywanie z osobami żyjącymi z HIV lub chorymi na AIDS w żadnym wypadku nie powodują narażenia na zakażenie HIV. Drogi zakażenia są jasno określone i opisane. Należą do nich wszystkie sytuacje, gdy błona śluzowa (w jamie ustnej, w oku, w nosie, w pochwie, w odbycie, na czubku penisa, na zranieniach i skaleczeniach) ma kontakt z potencjalnie zakaźnymi płynami ustrojowymi (przede wszystkim z krwią i ze spermą, a także z wydzieliną pochwy). Na basenie, na plaży, w saunie, na placu zabaw czy w dyskotece takie sytuacje są raczej trudne do wyobrażenia (chyba że w tych miejscach dochodzi do niezabezpieczonych kontaktów seksualnych). Osoby żyjące z HIV mogą korzystać z takich miejsc bez ograniczeń i bez potrzeby informowania o tym innych osób.

- ***Jeżeli w szkole jest uczeń żyjący z HIV, klasa powinna wiedzieć o tym fakcie.***

Jeśli w szkole jest uczeń żyjący z HIV, warto, aby o tym fakcie wiedzieli dyrektor szkoły i wychowawca, ale przede wszystkim ze względu na bezpieczeństwo tego właśnie ucznia. Niedopuszczalne jest,

aby taka informacja dotarła do wszystkich uczniów i nauczycieli. Przede wszystkim nie ma takiej potrzeby. Codzienne przebywanie z kimś żyjącym z HIV jest zupełnie bezpieczne. To ta osoba ma pełne prawo zadecydować, komu i w jakim momencie powiedzieć o zakażeniu. Byłoby znakomicie, gdyby poziom bezpieczeństwa takiej osoby był na tyle wysoki, aby mogła ona bez przeszkód i oporów powiedzieć o tym kolegom i koleżankom z klasy.

Ważne: W podsumowaniu należy zwrócić uwagę na różnorodność ludzkich postaw i przekonań oraz ich źródła.

3.4.2. Pigułka

Źródło: Ćwiczenie zostało opracowane w pierwszej dekadzie XXI wieku przez osoby zajmujące się edukacją rówieśniczą w ramach Stowarzyszenia IFMSA-Poland.

Cel zajęć: identyfikacja własnych postaw i przekonań wobec osób żyjących z HIV.
Czas trwania: 20–45 minut.
Liczba osób: od 6 do 20.

Potrzebne materiały:
- ✔ po 4 karteczki dla każdej osoby,
- ✔ wydrukowane plansze załączone do opisu ćwiczenia (mogą być w różnych kolorach – w zależności od rundy, ale nie jest to konieczne).

Uwagi: Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną należy uprościć ćwiczenie.

Przebieg: Uczestniczące osoby otrzymują karteczki do głosowania. Następnie zostają poinformowane, że tworzą bardzo ważną komisję, która posiada jedną jedyną na świecie pigułkę, dzięki której można zupełnie wyleczyć HIV. Osoba prowadząca kładzie na podłodze plansze z rundy 1. i prosi uczestniczące osoby o zagłosowanie, komu – według nich – należałoby przekazać pigułkę. Jeżeli nie oddadzą głosu, pigułka po prostu przepadnie i nikt jej nie otrzyma. Po głosowaniu grupa omawia, co kierowało nimi podczas głosowania. Dlaczego położyły kartkę akurat obok tej osoby? Po dyskusji prowadzący kładzie kartki z kolejnej rundy i ponownie prosi o zagłosowanie. Nową kartkę można położyć też przy innej osobie niż wcześniej. Po głosowaniu należy ponownie przeprowadzić dyskusję. Cały proces powtarza się przy okazji każdej kolejnej rundy – aż do wyczerpania plansz.

PLANSZE:

RUNDA 1:
1. 47-letni mężczyzna
2. 6-miesięczne dziecko
3. 32-letnia kobieta
4. 23-letni mężczyzna
5. 40-letnia kobieta

Runda 2:
1. ma dyplom ukończenia studiów magisterskich z ekonomii
2. mieszka w Afryce
3. jest matką 3 dzieci
4. studiuje medycynę
5. jest pielęgniarką

Runda 3:
1. nie ma gdzie mieszkać
2. jest sierotą
3. lubi seks grupowy
4. jest gejem
5. mieszka z chorą matką

Runda 4:
1. zakaził się w wyniku używania narkotyków
2. zakaziło się podczas karmienia piersią
3. zakaziła się od męża
4. zakłuł się igłą na praktykach
5. zakaziła się na jednej z imprez seksualnych, ale nie wie na której

Uwagi: Każda osoba ma jakieś bardziej lub mniej świadome postawy, które wpływają na to, jak oceniamy innych ludzi. Czasami nasze postawy mogą realnie wpływać na ich życie. HIV to zakażenie, a nie – kara za jakiś rodzaj zachowania. Dlatego najważniejsze w tym ćwiczeniu jest podkreślenie w podsumowaniu, że nie ma ludzi winnych i niewinnych tego, że są zakażeni. Warto sobie także zdawać sprawę ze swoich przekonań i stereotypów, które niekiedy powielamy.

3.4.3. Krok do przodu

Źródło: Ćwiczenie pochodzi z podręcznika „Kompas. Edukacja o prawach człowieka w pracy z młodzieżą”[54].

Cele zajęć:
✔ wzrost świadomości dotyczącej sytuacji życiowej osób żyjących z HIV, z grup marginalizowanych,
✔ kształtowanie postaw antydyskryminacyjnych.

Liczba osób: 15–20 osób.
Czas trwania: 1 godzina.
Potrzebne materiały: kartki z przygotowanymi rolami.

Uwaga: Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną ćwiczenie należy uprościć.

PRZYKŁADOWE ROLE:
- kobieta z niepełnosprawnością ruchową, 32 lata, wykształcenie średnie;
- homoseksualny mężczyzna, 36 lat, wykształcenie wyższe, muzułmanin;
- wychowanka domu dziecka, 19 lat, wykształcenie zawodowe;
- partnerka mężczyzny żyjącego z HIV, 27 lat, wykształcenie wyższe;
- kobieta żyjąca z HIV, 34 lata, wykształcenie średnie, mająca partnera;
- mężczyzna żyjący z HIV, 33 lata, wykształcenie średnie, niepozostający w związku;
- uzależniona kobieta, 38 lat, wykształcenie podstawowe;
- uzależniony mężczyzna, żyje z HIV, 42 lata, wykształcenie średnie;
- homoseksualny mężczyzna, żyjący z HIV, 24 lata, wykształcenie średnie;
- ksiądz proboszcz, 45 lat;
- 16-letnia dziewczyna, w nieplanowanej ciąży, szkoła średnia;
- dyrektor banku, 54 lata, bez partnerki/partnera;
- kobieta żyjąca z HIV, 29 lat, wykształcenie wyższe, bez partnera
- licealistka, 17 lat, niewidoma
- sprzedawczyni w sklepie spożywczym, 43 lata, rozwiedziona;
- bezrobotna kobieta, 53 lata, w związku;
- uchodźca z Afganistanu, brak wykształcenia, 50 lat, w związku z Polką;
- nastolatka (17 lat) będąca w związku ze starszym mężczyzną, właśnie się dowiedziała, że jej partner żyje z HIV;
- kobieta w ciąży, 22 lata, właśnie zostawił ją partner, nie pracuje;
- Ukrainka, 48 lat, w Polsce z czworgiem dzieci, pielęgniarka, poszukuje pracy.

54. Brander P. i in., Kompas. *Edukacja o prawach człowieka w pracy z młodzieżą*, Stowarzyszenie dla Dzieci i Młodzieży SZANSA w Głogowie, 2005, http://bc.ore.edu.pl/dlibra/docmetadata?id=189&from=publication [dostęp: 12.08.2024].

Następnie osoba prowadząca wprowadza uczestniczące osoby w klimat życia osoby, którą mają one się poczuć: *Wyobraź sobie siebie jako małe dziecko. Jakie było Twoje dzieciństwo? Kim byli Twoi rodzice? Jaki miałeś/miałaś z nimi kontakt? Chwalili Cię często? Czy często krytykowali? Gdzie mieszkałeś/mieszkałaś? Czy było to duże miasto? Czy może – małe miasteczko lub wieś? Jak wyglądałeś/wyglądałaś jako dziecko? Ilu było w Twoim życiu przyjaciół? Jaka była szkoła? Jak Ci szło w szkole? Byłeś/byłaś najlepszy/najlepsza w klasie? A może szło Ci średnio? Jak wyglądało Twoje Boże Narodzenie w dzieciństwie? Kim jesteś teraz? Gdzie pracujesz? Gdzie się uczysz? Jesteś szczęśliwy/szczęśliwa? Otwórz oczy. Przeczytam teraz kilka zdań. Jeśli czujesz, że się z którymś z nich zgadzasz, zrób krok do przodu, po tym jak je przeczytam.* W tym momencie prowadzący odczytuje po kolei następujące stwierdzenia:

1. Jestem zadowolony/zadowolona ze swojego życia.
2. Mogę chodzić za rękę ze swoim partnerem po ulicy.
3. Mogę swobodnie wyznawać/praktykować swoją religię.
4. Mogę wziąć kredyt na mieszkanie.
5. Mogę pracować tam, gdzie zechcę.
6. Mogę przedstawić swojego partnera/swoją partnerkę rodzicom.
7. Mogę mieć dzieci.
8. Mogę kupić samochód.
9. Mogę iść na studia, jeżeli zechcę.
10. Mogę iść do sklepu na zakupy.
11. Osiągam w życiu zawodowym dokładnie to, czego chcę.
12. Mogę głośno mówić o swoich poglądach politycznych.
13. Mogę głosować w wyborach, jeśli chcę.
14. Czuję się kochany/kochana.
15. Wiem, że bardzo kogoś kocham.
16. Mogę mieszkać ze swoim partnerem/swoją partnerką.
17. Czuję się równy/równa wobec prawa.
18. Wiem, że moi rodzice mnie kochają i że mogę zawsze zwrócić się do nich po pomoc.

Następnie prosi osoby uczestniczące, aby rozejrzały się wokół i sprawdziły, gdzie się znajdują w porównaniu do innych. Następnie każda z nich przedstawia swoją rolę.

Uwagi: Warto omówić te wystąpienia i odpowiedzieć wspólnie na pytania:

1. Jak się czułem/czułam w wylosowanej roli?
2. Co powstrzymywało mnie przed wykonaniem kolejnego kroku?
3. Co decydowało o wykonaniu przeze mnie kroku naprzód?
4. Czy wszystkie kroki były stawiane z pełnym przekonaniem?
5. Jakie były moje emocje, kiedy ktoś mnie wyprzedzał?
6. Jakie były emocje podczas wyprzedzania innych?
7. Jak się czuję w tym miejscu, w którym właśnie stoję?
8. Czego najbardziej zabrakło mi w życiu?
9. Czego najczęściej dotyczyły stwierdzenia powodujące wykonanie przeze mnie kroku naprzód?

3.4.4. Kakofonia

Źródło ćwiczenia nie jest znane, jednak było ono wykorzystywane już w latach 90. ubiegłego wieku, także przez osoby zajmujące się edukacją na temat zakażenia HIV w Krakowskim Towarzystwie Pomocy Uzależnionym.

Cele zajęć:
- ✔ ukazanie możliwych stereotypów i uprzedzeń, z którymi może mieć do czynienia osoba żyjąca z HIV,
- ✔ zwiększenie zrozumienia dla osób żyjących z HIV poprzez zwrócenie uwagi na samopoczucie osoby w sytuacji mierzenia się ze stygmatyzacją.

Liczba osób: do 21.
Czas trwania: do 45 minut.
Potrzebne materiały: małe plansze z rolami.

Przebieg: Jedna z osób siada na środku, pozostałe – w kręgu. Osoby w kręgu losują role, a osoba w środku otrzymuje rolę Joli. Prowadzący czyta historię:

Zamknijcie oczy. Żyjecie w małym miasteczku, w którym każdy dzień podobny jest do poprzedniego. Śluby, pogrzeby, chrzciny – to najbardziej zajmuje uwagę mieszkańców. Wszyscy się znają, wszyscy wiedzą o sobie wszystko.

ROLE:

Matka	Ojciec
Siostra	Brat
Chłopak/Partner	Przyjaciółka
Ksiądz	Burmistrz/Burmistrzyni
Lekarz/Lekarka z przychodni	Pracownik socjalny
Nauczyciel/Nauczycielka	Pan/Pani ze sklepu
Sąsiadka I	Sąsiad
Dyrektor/Dyrektorka szkoły	Policjant/Policjantka
Pracownik biblioteki publicznej	Pielęgniarz/Pielęgniarka
Dealer/Dealerka	Sąsiadka II

PYTANIA:
- Kim jesteś w tym miasteczku? Ile masz lat?
- Jakie jest twoje codzienne życie?
- Jak wyglądają twoje relacje z sąsiadami? Obok kogo mieszkasz?

HISTORIA:

Pewnego dnia do miasteczka powraca z wakacji w Londynie córka powszechnie szanowanej rodziny – Jola. Oczywiście, wieść rozchodzi się szybko i wszyscy chcą wiedzieć, jak Jola spędziła wakacje w Anglii. Tymczasem dziewczyna niewiele o wakacjach opowiada, jest bardzo zamknięta w sobie. Po powrocie do szkoły okazuje się, że jej wyniki w nauce bardzo się pogorszyły, chociaż do tej pory

była wzorową uczennicą jedynego liceum w miasteczku. Dziewczyna często wagaruje, wyjeżdża poza miasteczko. Sąsiadka zauważyła nawet kiedyś, jak wracała z większego miasta pierwszym porannym autobusem. Wszystko to wzbudziło niepokój psychologa szkolnego.

Pewnego dnia, kiedy psycholog rozmawiał z dziewczyną, powiedziała mu, co wydarzyło się w Londynie. Podczas pobytu u kuzynki poszła na swoją pierwszą imprezę do klubu nocnego. Był tam również pewien chłopak, który bardzo jej się podobał. Szczęśliwa, że będzie mogła zainteresować go swoją osobą, pięknie się ubrała i umalowała. Niestety, on podczas tej imprezy wybrał jej koleżankę, tańczył tylko z nią. Zrozpaczona Jola zwierzyła się innemu koledze ze swojego problemu, a ten podał jej kolorową pigułkę i powiedział, że rozwiąże to jej wszystkie problemy. Dziewczyna wzięła pigułkę, po czym, aby wzbudzić zazdrość obiektu swoich uczuć, zaczęła podrywać zupełnie obcego chłopaka. Ostatecznie – chociaż sama nie wiedziała dlaczego – podjęła z nim kontakt seksualny. Po imprezie Jola miała duże wyrzuty sumienia, ale wkrótce zapomniała o całej sprawie. Dopiero dłuższy czas po tym opowiedziała o wszystkim kuzynce, która poradziła jej, aby w takim razie zrobiła test w kierunku HIV. Dziewczyna uśmiechnęła się na to, stwierdziła, że na pewno nie ma po co. Jednak kuzynka nalegała, więc test został wykonany. Niestety, okazało się, że jest on dodatni. Po powrocie do miasteczka Jola nie była w stanie patrzeć na uśmiechnięte koleżanki w szkole, dlatego zaczęła opuszczać lekcje. Na wagarach często się upijała, a także zaczęła sięgać po narkotyki, chociaż okazało się również, że jest w ciąży.

Psycholog już tego samego wieczoru, ponieważ nie mógł spokojnie zasnąć, podzielił się usłyszaną historią ze swoją żoną. Coś podobnego nigdy się w tym miasteczku nie zdarzyło. Ba, nawet nikt nie przypuszczał, że kiedykolwiek może się zdarzyć. Następnego dnia miasteczko huczało od plotek. Wieść o Joli stała się ważniejsza od ślubu Sylwii i Rafała, przyćmiła również splendor pogrzebu rubasznej pani Leokadii...

W ciągu najbliższego tygodnia każde z Was – w swojej roli – spotyka Jolę. Każde z Was coś jej powie. Pomyślcie przez chwilę, co byście powiedzieli dziewczynie, która tak bardzo zakłóciła spokój waszego miasteczka i tak bardzo nie przystaje do jego obrazu.

Podejdźcie teraz po kolei do Joli i powiedzcie jej to, co uważacie za stosowne, jednak zapamiętajcie dokładnie, co jej powiedzieliście, gdzie staliście i jakie wykonaliście gesty. Zadaniem Joli jest słuchać...

OMÓWIENIE I CZĘŚCI:
- Jak czuła się Jola?
- Jak każdy z nas czuł się w swojej roli?
- Do kogo Jola zwróciłaby się o pomoc?
- Czy czuła, że może do kogoś pójść?
- Czy kogoś szczególnie zapamiętała? Ktoś wywarł na niej wrażenie?
- Czy czuła, że ktoś ją rozumie?
- Czy jest coś, co Jola chciałaby powiedzieć któremuś z mieszkańców miasteczka?

Podejdźcie teraz wszyscy razem do Joli i powiedzcie jej tę samą kwestię, ale tak samo się przy tym poruszajcie, tyle że wszyscy jednocześnie i kilka razy, coraz głośniej.

OMÓWIENIE II CZĘŚCI:
- Jak czuła się Jola?
- Jak każdy z was czuł się w swojej roli?
- Czy Jola kogoś słyszała?
- Czy mieszkańcy słyszeli siebie wzajemnie?

3.4.5. Co HIV może zmienić w życiu?

Źródło ćwiczenia nie jest znane, jednak było ono wykorzystywane już w latach 90. ubiegłego wieku, także przez osoby zajmujące się edukacją na temat zakażenia HIV w Krakowskim Towarzystwie Pomocy Uzależnionym.

Cele zajęć:
- ✔ kształtowanie postaw zrozumienia wobec osób żyjących z HIV poprzez próbę dostrzeżenia, co rozpoznanie zakażenia HIV może zmienić w życiu,
- ✔ edukowanie na temat etapów radzenia sobie z informacją o zakażeniu.

Liczba osób: do 20 osób.
Czas trwania: 45–60 minut.
Potrzebne materiały: plansze.

Uwagi: Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną należy uprościć ćwiczenie.

Przebieg: Dzielimy grupę na 4 zespoły, z których każdy otrzymuje planszę do pracy z tabelą zamieszczoną poniżej. Plansze każdego zespołu różnią się jedynie sylwetką osoby będącej bohaterem albo bohaterką ćwiczenia. Zadanie grup polega na przedyskutowaniu, co może się z tą osobą dziać po otrzymaniu dodatniego wyniku testu, oraz na wypełnieniu tabeli. Po zakończonym zadaniu grupy prezentują wyniki swojej pracy. Dobrze, aby grupy opisały także, w jaki sposób wyobraziły sobie daną osobę (jak poniżej, w uwagach do ćwiczenia). W dyskusji warto zwrócić uwagę, że chociaż rozpoznanie choroby przewlekłej jest zawsze trudnym momentem, to sposób radzenia sobie z nią może być różny w zależności od historii osoby, od jej zasobów i od sytuacji życiowej. Omówienie ćwiczenia może być pretekstem do dyskusji o tym, co HIV może zmienić w życiu w zakresie relacji, pracy, życia towarzyskiego czy rodzinnego i innych.

Uwagi: Alternatywnie można każdej podgrupie wyznaczyć taką samą osobę i porównać różnice w pracy grupowej z myślą o ustaleniu ich źródła. Ważne jest wówczas, aby grupy otrzymały dodatkowo w instrukcji wyraźną informację, że ich zadaniem – przed przystąpieniem do wypełniania tabeli – jest wymyślenie lub ustalenie między sobą historii tej osoby: kim ona jest, co lubi, gdzie się wychowała, jakie ma relacje z rodziną, z której pochodzi, jaka jest aktualnie jej sytuacja życiowa (rodzinna, ekonomiczna itp.).

PLANSZE:
- Właściciel prywatnej firmy gastronomicznej, lat 48, żonaty, 1 dziecko
- Studentka, lat 22, nie ma stałego partnera
- Psycholog, terapeuta, mający partnera, 36 lat
- 46-letnia rozwódka z dwójką dzieci, pracuje jako policjantka

KARTA PRACY 3.4.5.

Np. Właściciel prywatnej firmy, lat 48, żonaty, 1 dziecko **(plansze każdego zespołu różnią się jedynie sylwetką osoby, nad którą zespół będzie pracować)**			
Czas, jaki minął od otrzymania wyniku	**Co myśli?**	**Co robi?**	**Z kim rozmawia?**
w dniu otrzymania			

po 1 miesiącu			
po 6 miesiącach			
po roku			

3.4.6. Warsztat o języku i stereotypach

Źródło: opracowanie własne.

Cele zajęć:
✔ wskazanie związku między językiem, jakiego używamy, a wzmacnianiem lub osłabianiem stereotypów,
✔ kształtowanie słownictwa niestygmatyzującego.

Liczba osób: od 10 do 18.
Czas trwania: 45–60 minut (w zależności od liczby osób).
Potrzebne materiały: plansze z poszczególnymi określeniami (każde na innej planszy).

Uwagi: Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną należy uprościć ćwiczenie.

Przebieg: Osoby dzielą się na kilka grup (po 3–5 osób), mają za zadanie podzielić podane określenia na dwie kategorie: niezalecane i zalecane do stosowania w edukacji. Po zakończeniu pracy grupy dzielą się swoimi podziałami, wspólnie z osobą prowadzącą dyskutują nad powodem takich, a nie innych podziałów, argumentują, dlaczego niektórych określeń lepiej w edukacji nie używać. Plansze ze wskazanymi pojęciami można powiesić na tablicy, a z niewskazanymi – zmiąć i wyrzucić do kosza.

Uwagi: Można zrobić burzę mózgów i wymyślić inne przykłady słownictwa. Prowadzący, w celu lepszego przygotowania się do tego ćwiczenia, mogą skorzystać z publikacji *Język, media, HIV* oraz z propozycji językowych zawartych w niniejszej publikacji.

KARTA PRACY 3.4.6. – PLANSZE

NIEZALECANE	ZALECANE
zarazić się HIV	żyjący z HIV
zarażony HIV	seropozytywny
cierpiący na AIDS	osoba z HIV
chory na HIV	chory na AIDS
wirus AIDS, wirus HIV	HIV
test na AIDS	test w kierunku HIV
zarazić się AIDS	zakazić się HIV
nosiciel HIV, ofiara AIDS	żyjący z HIV
profilaktyka AIDS	profilaktyka zakażeń HIV

grupy ryzyka	populacje kluczowe
dożylne używanie narkotyków	używanie narkotyków w iniekcjach
skażony sprzęt do iniekcji	niesterylny sprzęt do iniekcji
walka z HIV	przeciwdziałanie zakażeniom HIV
tragedia HIV	zakazić kogoś HIV
śmiertelna choroba	zakazić się od kogoś
zabójczy mikrob	niezakażony
czysty	infekcje przenoszone drogą płciową
trafiony	osoba pracująca seksualnie
niepewny partner	praca seksualna
choroby przenoszone drogą płciową	gej
prostytutka, prostytucja	lesbijka
homoseksualista, homoseksualistka	osoba nieheteronormatywna

3.4.7. Język i biografia

Źródło: opracowanie własne.

Cel zajęć: uświadomienie na temat konsekwencji stereotypów, zwłaszcza w kontekście realnego wpływu, jaki na życie danej osoby może mieć etykietowanie.

Liczba osób: parzysta, maksymalnie 12.
Czas trwania: 45–90 minut.
Potrzebne materiały: role do losowania, karty pracy.

Uwagi: Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną należy znacząco uprościć ćwiczenie.

Przebieg: Uczestniczące osoby losują role, które mają za zadanie sobie wyobrazić. Po losowaniu zapoznają się z rolą i zamykają oczy. Osoba prowadząca wprowadza do ćwiczenia (po każdym pytaniu niezbędna jest chwila przerwy, aby pozwolić osobom na wyobrażenie sobie wszystkiego):

Przykładowe role:
- osoba żyjąca z HIV vs. nosiciel HIV
- chorujący na AIDS vs. cierpiący na AIDS
- nastolatka żyjąca z HIV od urodzenia vs. użytkowniczka substancji psychoaktywnych, która zakaziła się HIV na skutek ich przyjmowania
- osoba pracująca seksualnie vs. prostytutka
- osoba używająca narkotyków vs. narkoman
- osoba nadużywająca alkoholu vs. alkoholik
- gej vs. homoseksualista
- osoba odbywająca karę pozbawienia wolności vs. przestępca

Zamknij oczy i wyobraź sobie siebie w swojej roli.
- Ile lat obecnie ma osoba wylosowana przez Ciebie?
- Jak ma na imię?
- Co obecnie robi w swoim życiu?
- Gdzie mieszka?
- Jak wygląda jej codzienność?
- Jakie ma plany na przyszłość i jak widzi swoje perspektywy na realizację tych planów?
- Jakie ma relacje z innymi ludźmi?
- Na kogo może liczyć?
- Jak wyglądają jej relacje z rodziną?
- Jaki jest jej status związku lub rodziny?
- Gdzie się urodziła?
- Gdzie dorastała?
- Kim byli jej rodzice, z kim mieszkała?
- Jaka była jej dalsza rodzina?
- Jak uczyła się w szkole?
- Jakie były jej relacje z rówieśnikami?
- Czy ktoś ją wspierał?
- Jeśli – tak, kto to był?

Po chwili prosimy o otworzenie oczu, ale bez wymiany swoich spostrzeżeń. Rozdajemy karty pracy według poniższych punktów lub dyktujemy z prośbą o zapisanie i spisanie odpowiedzi na te pytania.

PLANSZE – BIOGRAFIA:
1. Opisz dzieciństwo osoby wylosowanej przez siebie.
2. Opisz, jak obecnie wygląda jej życie.
3. Opisz, jak wydaje Ci się, że będzie wyglądała jej przyszłość.

Prosimy, aby opis był jak najbardziej wyczerpujący. Zostawiamy około 15 minut na pracę indywidualną, a następnie prosimy o dobranie się w pary (role następujące po sobie w spisie). Prosimy o porównanie zapisanych biografii i o krótką dyskusję w parze, jak również o zapisanie powstających refleksji: Co jest podobne, a co – inne? Dlaczego? Co mogło wpłynąć na fakt, że dana biografia potoczyła się tak, a nie inaczej? Po pracy w podgrupach prosimy, aby każda para odczytała swoje biografie i refleksje wynikające z dyskusji. Dyskutujemy na forum całej grupy:
1. Jakie znaczenie dla tożsamości mają język i etykietki?
2. Czy nazywanie może mieć konsekwencje dla czyjegoś życia? Jeśli – tak, to jakie?
3. Czym są stereotypy i jaki związek może mieć z nimi język?
4. Jakiego języka lepiej jest używać w odniesieniu do osób, które występowały w parach?

3.4.8. Zegar stereotypów

Źródło: nieustalone

Cele zajęć:
✔ zapoznanie z koncepcją stereotypów i uprzedzeń; świadomość stereotypów,
✔ refleksja nad rolą stereotypów i nad konsekwencją posługiwania się nimi,
✔ refleksja nad własnymi stereotypami i nad uprzedzeniami.

Liczba osób: dowolna.
Czas: 45 minut.
Materiały: papier, pisaki, zegar na baterie, taśma samoprzylepna.

Uwagi: Z myślą o osobach z niepełnosprawnością intelektualną należy uprościć ćwiczenie.

Przebieg:

1. Grupa siada na krzesłach w kręgu. Jeśli jest zbyt liczna, można ją podzielić na dwie podgrupy. Za pomocą taśmy mocujemy w środku kręgu duży zegar na baterię – będzie on miał za zadanie zmotywować uczestniczące osoby do udzielania szybkich odpowiedzi oraz wpłynąć na dynamikę i rytm ćwiczenia. Przygotowujemy tyle kartek formatu A4, ile jest osób biorących udział w ćwiczeniu. Każdy z arkuszy ma inny tytuł (podajemy je poniżej).
2. Uczestniczące osoby zajmują swoje miejsca w kręgu, każda osoba otrzymuje jeden arkusz i na samym dole zapisuje pierwsze skojarzenie, jakie ma z danym pojęciem albo z daną osobą. Po zapisaniu określenia należy zagiąć kartkę w taki sposób, aby udzielona odpowiedź nie była widoczna, i przekazać ją osobie obok, zgodnie z ruchem wskazówek zegara. Kolejny arkusz – kolejne pojęcie i znów zapisuje się pierwsze skojarzenie na samym dole, a potem zagina się kolejny fragment kartki. Osoba prowadząca stoi w środku i odlicza czas, aż ogłosi moment, w którym należy przekazać kartki następnej osobie.
3. Ćwiczenie się kończy, kiedy zapisane arkusze wrócą do osób, które rozpoczęły na nich zapisywanie swoich odpowiedzi. Osoba prowadząca zbiera wypełnione arkusze, a następnie odczytuje głośno zapisane skojarzenia dotyczące każdej z osób bądź danego pojęcia.

Ważną częścią tej zabawy okazuje się podsumowanie. Można wtedy zastanowić się głębiej nad następującymi kwestiami:

✔ Co znalazło się na tych kartkach?
✔ Czym są stereotypy? Czym są uprzedzenia?
✔ Czy stereotypy są złe? Czy możemy ich uniknąć?
✔ Skąd się biorą stereotypy, czy mogą być przekazywane?

Osobom, które wcześniej nie miały do czynienia z powyższą tematyką, możemy rozdać poniższy materiał, aby uporządkować podstawowe pojęcia i zachęcić do głębszej refleksji na temat stereotypów i uprzedzeń.

Stereotypy i uprzedzenia: nasza tożsamość jest definiowana nie tylko przez to, jak postrzegamy siebie, lecz także przez to, jak inni postrzegają nas. Aby łatwiej zrozumieć rzeczywistość, używamy często mechanizmu kategoryzacji, dzięki czemu przyporządkowujemy różne doświadczenia do grup według jakiejś określonej cechy. W ten sposób rodzą się wyobrażenia. Porządkowanie/kategoryzacja to kompetencja poznawcza, która umożliwia nam przyswajanie wielu informacji i zrozumienie rzeczywistości. Jak wszystkie inne doświadczenia, także doświadczenie spotkania nowych osób podlega kategoryzacji.

Przyporządkowujemy różne osoby do grup według jakichś określonych cech. Te uproszczone obrazy możemy nazwać stereotypami. Jednak już przez sam fakt, że są uproszczeniem, mogą być mniej lub bardziej niezgodne z rzeczywistością, ale nadal pomagają nam uporządkować świat i czynią łatwiejszymi nasze zmagania z rzeczywistością. Ważne, abyśmy zdawali sobie sprawę, że stereotypy są zawsze uproszczeniem, jednak wpływają na nasze działania. Zazwyczaj również umacniają nas w przekonaniu, że MY jesteśmy lepsi niż ONI – dlatego bardzo trudno je zmienić.

Stereotypy mogą zostać zdefiniowane jako uproszczone wyobrażenia lub generalizacje. Należy jednak pamiętać, że stereotypy mogą być negatywne lub pozytywne. **Uprzedzeniami można**

nazwać stereotypy połączone z emocjami. One także okazują się pozytywne lub negatywne, ale zazwyczaj tym mianem określa się negatywne emocje w stosunku do jakiejś grupy ludzi.

Stereotypy i uprzedzenia są częścią socjalizacji. Nabywamy ich od bardzo wczesnego okresu naszego życia, często nieświadomie, poprzez wpływ rodziny, przyjaciół, mediów itp.

Przykładowe tytuły: *Artysta, Gej HIV+, Polityk, Pedofil, Młoda prostytutka żyjąca z HIV, Ksiądz, Narkoman HIV+, Bezdomny HIV+, Lekarz HIV+, Pielęgniarka, Lesbijka, Dziecko żyjące z HIV, Kobieta chora na AIDS.*

3.4.9 Dla młodzieży: o decyzji i wyborach

Źródło: opracowanie własne.

Cele zajęć:
- ✔ nauka umiejętności podejmowania świadomych decyzji,
- ✔ rozwijanie ich zdolności do analizy sytuacji, do oceny opcji i skutków oraz do przełamywania trudności związanych z wyborami.

Liczba osób: od 10 do 20.
Czas trwania: 60–90 minut.
Potrzebne materiały: kartki i długopisy dla uczestniczących osób, tablica lub flipchart, mazaki.

Przebieg:
1. Wprowadzenie: otwarcie zajęć pytaniem o doświadczenia związane z podejmowaniem różnych decyzji, omówienie celu zajęć.
2. Przedstawienie zadań decyzyjnych, które uczestniczące osoby mają rozwiązać: jedno – proste (np. zakup telefonu), a drugie – bardziej złożone (np. wybór dalszej ścieżki edukacyjnej). Poprowadzenie dyskusji na temat czynników wpływających na podejmowanie decyzji i zapisanie ich na tablicy.
3. Ocenianie opcji:
   - Omówienie kolejnych kroków w procesie podejmowania decyzji (zbieranie informacji, rozważanie opcji, ocena skutków i konsekwencji danego wyboru itp.).
   - Opracowanie w małych grupach listy zalet i wad różnych opcji w podanych dwóch sytuacjach.
   - Omówienie list na forum i wypisanie (najważniejszych – zdaniem całej grupy) opcji.
   - Omówienie znaczenia odpowiedzialności za podejmowane decyzje.
4. Podsumowanie i refleksja: poproszenie uczestniczących osób o podzielenie się wnioskami z zajęć.

Uwagi: Należy zadbać o interaktywność i zaangażowanie uczestniczących osób, zachęcanie ich do dzielenia się swoimi przemyśleniami i doświadczeniami.

3.4.10. Dla młodzieży: o inicjacji seksualnej „Czy to naprawdę moja decyzja?”

Źródło: A. Walendzik-Ostrowska, REMEDIUM nr 1 (191), Styczeń 2009.

Cele zajęć:
- ✔ umożliwienie otwartego dyskutowania o decyzjach dotyczących inicjacji seksualnej,
- ✔ wzrost świadomości dotyczącej odpowiedzialności za siebie i partnera/partnerkę,
- ✔ przekazanie wiedzy dotyczącej motywów rozpoczynania życia seksualnego,
- ✔ ćwiczenie umiejętności wyrażania swoich opinii i poglądów.

Liczba osób: do 20 osób.
Czas trwania: 2 x 60 minut.

Potrzebne materiały:
- ✔ karteczki samoprzylepne,
- ✔ flipchart lub tablica,
- ✔ mazaki, kartki, długopisy.

Przebieg:

1. Wprowadzenie: osoba prowadząca przedstawia temat zajęć i omawia program. Przypomina zasady kontraktu, jeżeli był już zawarty na wcześniejszych zajęciach lub opracowuje go wraz z grupą.
2. „Moja – nie moja decyzja" – czas: 60 minut.
   Ćwiczenie ma na celu uświadomienie młodym ludziom, że na decyzje dotyczące startu w dorosłe życie ma wpływ wiele czynników i że często zdarza się, iż decyzje te nie są świadomym i jednostkowym wyborem. Dotyczy to również podjęcia decyzji o inicjacji seksualnej. Ćwiczenie to ma także na celu umożliwienie otwartej dyskusji o tym, z jakich powodów młodzi ludzie rozpoczynają życie seksualne. Ćwiczenie ma dwa etapy. Kilka grup (nie więcej niż 3–4 osoby w grupie) dostaje krótkie historie. W pierwszej części uczestniczące osoby mają za zadanie na początku samodzielnie przeczytać jedną historię i zastanowić się nad motywami postępowania bohaterów. Następnie wspólnie układają listę powodów zachowań bohaterów poszczególnych historii. Drugi element tego ćwiczenia to ułożenie listy argumentów, które będą miały na celu przekonanie bohaterów historii do niezdecydowania się na inicjację. Argumenty również należy spisać na planszy. Grupy po kolei prezentują najpierw motywy, a następnie argumenty. Osoba prowadząca zapisuje na tablicy wszystkie propozycje, omawia je, dopytuje autorów poszczególnych pomysłów.
   Przykładowe historie:
   I. Marta (16 lat) spotyka się od kilku tygodni z Pawłem (17 lat). Myśli poważnie o tym, żeby wreszcie „to się stało". Większość jej koleżanek jest już po inicjacji – ciągle o tym mówią. Więc Marta też chce mieć to już za sobą. Chce pojechać z Pawłem na wakacje i tam zdecydować się na inicjację.
   II. Ania (15 lat) bardzo potrzebuje bliskiej osoby. W jej domu rodzinnym jest dużo problemów i rodzice nie mają dla niej czasu. Ania ostatnio trochę przytyła i jest tym załamana. Kolega z klasy jej starszego brata, Michał (18 lat) jest dla niej bardzo miły i ostatnio powiedział jej kilka komplementów. Zaprosił Anię na imprezę urodzinową. Brat Ani uprzedził ją, że Michał jest znany z tego, że często zmienia dziewczyny.
   III. Darek (15 lat) chodzi z Radkiem (16 lat), kolegą z klasy. Radek jest o rok starszy i często to podkreśla. Mówi też o tym, że Darek tak naprawdę jest bardziej dojrzały niż jego koledzy. Zaprosił go do domu, mówiąc, że nie będzie rodziców i że będą sami. Z jednej strony Darkowi bardzo to imponuje. Ale z drugiej – nie jest pewien, czy chce już rozpocząć życie seksualne. Wstydzi się tego – sądzi, że każdy chłopak w jego wieku powinien już być po inicjacji.
3. Krótka prezentacja – około 20 minut.
   Omówienie motywów rozpoczynania życia seksualnego. Prowadzący zwraca uwagę na to, że ludzie decydują się na zachowania seksualne z wielu różnych powodów. Zdrowe i najbardziej wskazane jest rozpoczynanie życia seksualnego, które daje szansę na spełnienie przynajmniej dwóch funkcji: psychologicznej (przyjemności i okazywania uczuć) i społecznej (tworzenie więzi). Funkcja trzecia – prokreacyjna – powinna być spełniona wtedy, gdy para jest gotowa na rodzicielstwo i chce mieć potomstwo. W związku z tym podstawowym powodem rozpoczynania życia seksualnego powinno być tworzenie bliskiego, emocjonalnego związku przez dwie dorosłe osoby, odpowiedzialne za siebie nawzajem. Seks jest (albo przynajmniej: powinien być) przede wszystkim wyrazem wzajemnej miłości partnerów. Gdy ludzie się kochają, pragną się nawzajem i chcą ze sobą współżyć.

W okresie dorastania często zdarza się jednak, że to nie miłość, a inne powody sprawiają, że młodzi ludzie godzą się na seks, mimo że tak naprawdę go nie chcą: szukają akceptacji i uznania, chcą poczuć przyjemność i rozładować napięcie seksualne. Czasem, mimo braku ochoty, zgadzają się na współżycie, aby zdobyć doświadczenie.

Warto podkreślić, że dojrzałość polega na tym, że nie robimy rzeczy, których tak naprawdę nie chcemy – ponieważ wtedy krzywdzimy przede wszystkim siebie.

4. „Za i przeciw" – czas: ok. 30 minut.

Prowadzący inicjuje dyskusję na temat rozpoczynania życia seksualnego w wieku 16–17 lat: spisuje wszystkie argumenty za i przeciw. Poszczególne pomysły są zapisywane na planszach, następnie uczestniczące osoby prezentują je na forum. Praca powinna się odbywać w małych grupach, jeśli to możliwe – koedukacyjnych. Najczęstsze argumenty, jakie mogą się pojawić, to:

- **przeciw**: ciąża i jej konsekwencje, poczucie winy – konflikty wewnętrzne, większe prawdopodobieństwo wyboru nieodpowiedniego partnera, obawy przed restrykcjami, problemy w późniejszym życiu seksualnym, urazy, narażenie na zakażenie różnymi STIs;
- **za:** zaspokojenie potrzeb: fizycznej, psychologicznej oraz społecznej, większa możliwość dopasowania emocjonalnego i seksualnego (wiek). W tym ostatnim można zwrócić uwagę na mit mówiący o potrzebie „wypróbowania się".

Ważne jest skomentowanie wszystkich argumentów, także tych przemawiających za wcześniejszą inicjacją.

Przykładowe omówienia:

Ciąża – rodzicielstwo może być bardzo wartościowym doświadczeniem, jednak pod warunkiem, że oboje partnerzy są do niego przygotowani i chcą być rodzicami. Okres dorastania z pewnością nie jest dobrym momentem na ciążę, przy czym zdecydowanie większe konsekwencje wczesnego rodzicielstwa z reguły dotyczą dziewcząt.

Poczucie winy – wynika z łamania zasad wyznawanych w życiu, np. religijnych (zasada dotycząca życia seksualnego, która rezerwuje współżycie seksualne dla związku małżeńskiego).

Większe prawdopodobieństwo wyboru nieodpowiedniego partnera – brak doświadczeń, młodzieńcza naiwność i lekkomyślność oraz wyidealizowany obraz życia partnerskiego znacznie zwiększają prawdopodobieństwo wyboru nieodpowiedniego partnera albo partnerki w inicjacji, co może mieć konsekwencje w późniejszym życiu. Ponieważ inicjacja jest jednym z ważniejszych doświadczeń życiowych, warto zadbać o to, aby odbyła się w możliwie optymalnych warunkach.

5. Podsumowanie zajęć i odpowiedzi na pojawiające się pytania.

Uwagi: Więcej na ten temat – zob. W. Sokoluk, *Wychowanie do życia w rodzinie. Poradnik metodyczny dla nauczycieli*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2002.

3.4.11. Dla młodzieży: o warunkach inicjacji seksualnej i świadomej zgody

Źródło: opracowanie własne.

Cele zajęć:

✔ wzrost wiedzy nt. inicjacji seksualnej i jej warunków,
✔ przekazanie wiedzy dotyczącej motywów rozpoczynania życia seksualnego,
✔ przekaznie informacji nt. świadomej zgody,
✔ wzrost świadomości dotyczącej odpowiedzialności za siebie i za partnera lub partnerkę.

Liczba osób: do 20 osób.
Czas trwania: 45–60 minut.

Potrzebne materiały:
✔ karteczki samoprzylepne,
✔ flipchart lub tablica,
✔ mazaki, kartki, długopisy.

Przebieg: Należy podkreślić prawo do swobodnej wypowiedzi oraz do poszanowania opinii wszystkich uczestniczących osób, przy jednoczesnym zachowaniu dyskrecji. Na początku należy podać definicję **inicjacji seksualnej**[55]. Następnie prowadzący prosi każdą z osób uczestniczących o wypisanie na karteczkach powodów, dla których młodzi ludzie rozpoczynają życie seksualne (można nawiązać do ćwiczenia z poprzedniej części, zwłaszcza jeśli chodzi o motywy związane z presją). Wyjaśnia przy tym, że zapisane treści są anonimowe. Następnie zbiera od wszystkich karteczki i przedstawia zapisane na nich treści. W formie dyskusji uczestniczące osoby mają zdecydować o uszeregowaniu każdego z wymyślonych powodów inicjacji seksualnej (od najważniejszego do najmniej ważnego). Istotne jest, aby osoba prowadząca sporządziła podsumowanie tej listy i wskazała, że właściwie każdy z motywów może być ważny dla każdej płci. Ponadto osoba prowadząca kieruje burzą mózgów dotyczącą warunków bezpiecznej inicjacji seksualnej i moderuje dyskusję. Uczestniczące osoby podają swoje propozycje, które są zapisywane na tablicy. Każdą z nich warto szczegółowo omówić na forum.

Proponowana lista warunków bezpiecznej inicjacji seksualnej:
1. Czy to moja decyzja?
2. Czy znam partnera/partnerkę i mu/jej ufam?
3. Czy wzajemnie szanujemy siebie i swoje zdanie?
4. Czy oboje/obie/obaj wyrażamy zgodę na dane zachowanie i aktywność seksualną?
5. Czy wspólnie podjęliśmy decyzję o skutecznym zabezpieczeniu (nie tylko przed niepożądaną ciążą, lecz także przed HIV oraz innymi STIs)?
6. Czy znamy swój status serologiczny?
7. Czy jest to zgodne z moim systemem wartości?

W podsumowaniu należy zwrócić szczególną uwagę na kwestię **świadomej zgody (ang. *consent*)** w odniesieniu do podjęcia decyzji o aktywności seksualnej i o jej formie. Można na zakończenie pokazać film ze strony: http://www.consentiseverything.com/ [dostęp: 21.11.2024].

Uwagi: Zachodzi pewna różnica między płciami, na którą wskazują badania: decyzja o inicjacji w przypadku chłopców częściej wynika z potrzeb seksualnych, natomiast u dziewcząt jest częściej związana z potrzebami emocjonalnymi. Warto podyskutować na temat źródeł tych różnic, ale podkreślać, że nie zawsze tak jest.

3.4.12. Z dzieciństwa wiem, że…

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (Dwyer i in., 2019).

Cel zajęć: Zwiększenie świadomości na temat wpływu kultury, w tym – wychowania, na przekonania dotyczące seksualności.
Liczba osób: od 10 do 30 osób.
Czas trwania: 60 minut.

55. Inicjacja seksualna, inaczej debiut seksualny – pierwszy kontakt seksualny związany z penetracją.

Potrzebne materiały:
- ✔ wydrukowane formularze do wypełnienia – po jednym dla każdej osoby,
- ✔ pisaki – dla każdej osoby uczestniczącej w ćwiczeniu,
- ✔ duże arkusze papieru (np. z flipcharta) i taśma klejąca lub masa mocująca do umieszczenia ich na ścianie.

Przebieg: W trakcie ćwiczenia mogą się pojawić tematy lub obserwacje trudne dla niektórych osób. Jego zadaniem jest przede wszystkim zachęcenie osób uczestniczących do refleksji, a nie – ocenianie kogokolwiek. Przed rozpoczęciem ćwiczenia należy się zastanowić, w jaki sposób zareagować na ewentualne sytuacje kryzysowe, a także – jak wesprzeć osoby, które mogą tego potrzebować po przeżyciu takiego doświadczenia. Jeżeli nawet dla części z nich udział w tym ćwiczeniu będzie trudny, nie ma potrzeby go skracać. Przeżycia, które ono oferuje, będą stanowić ważny wstęp do dalszej części zajęć.

1. Przed rozpoczęciem ćwiczenia należy umieścić na ścianie duże arkusze papieru zatytułowane „Mężczyźni powinni…”, „Mężczyźni nigdy…”, „Kobiety powinny…”, „Kobiety nigdy…”.
2. Należy poprosić osoby uczestniczące o zajęcie miejsca w kole. Wyjaśnij, że celem tego ćwiczenia jest wspólne rozważenie, w jaki sposób kultura wpływa na nasze przekonania odnośnie do seksualności i płci.
3. W kolejnym kroku należy przekazać każdej osobie wcześniej przygotowany formularz. Jego propozycję znajdziesz pod opisem ćwiczenia. Zaznacz, że w trakcie tej części ćwiczenia ważna jest próba odtworzenia komunikatów, które uczestniczące osoby otrzymywały w dzieciństwie i w okresie małoletnim, a nie komunikatów, które chciałyby usłyszeć wtedy lub teraz.
4. Następnie należy poprosić każdą osobę o samodzielne przeczytanie formularza i o zapisanie swoich odpowiedzi. Warto zachęcać do niezastanawiania się nad nimi zbyt długo i do zapisania ich w kilku słowach. W przypadku niektórych pytań osobom uczestniczącym może być trudno przypomnieć sobie, jakie komunikaty one otrzymały. W takiej sytuacji należy przejść do kolejnego pytania. Zakończ tę część ćwiczenia po upływie 15 minut lub gdy wszystkie osoby zdążyły już ją wykonać.
5. Należy rozdać pisaki i poprosić o podejście do arkuszy papieru umieszczonych wcześniej na ścianie i o zapisanie na nich swoich odpowiedzi. Po wykonaniu tego zadania osoby uczestniczące zapoznają się z informacjami zawartymi na tych arkuszach.
6. Na koniec wszyscy ponownie zajmują miejsca i następuje podsumowanie ćwiczenia. Pomocne w tym mogą być następujące pytania:
   - Co sądzicie o treściach zapisanych na arkuszach papieru?
   - Czy któreś odpowiedzi się powtarzały? Dlaczego?
   - Czy któreś z odpowiedzi były sprzeczne? Jakie?
   - Co Was zaskoczyło?
   - Co sądzicie o komunikatach zapisanych na arkuszach papieru?
   - Jaki wpływ mogą mieć lub mają te komunikaty na codzienne funkcjonowanie ludzi?
   - Jak mogą one wpływać na ludzką seksualność, np. na przekonania dotyczące seksualności, tworzenie relacji romantycznych i seksualnych, na ich przebieg, na wyrażanie zgody na kontakt seksualny lub na sposób, w jaki ludzie realizują swoje potrzeby seksualne?
   - W jaki sposób chcecie zareagować w przyszłości, kiedy usłyszycie podobny komunikat w odniesieniu do innych osób?
   - W jaki sposób zareagujecie, gdy usłyszycie podobny komunikat w odniesieniu do siebie?

KARTA PRACY 3.4.12. FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA

Kiedy byłem mały, dowiedziałem się, że...

Kiedy byłam mała, dowiedziałam się, że...

Mężczyźni powinni...	
Mężczyźni nigdy...	
Mężczyźni zawsze...	
Rolą mężczyzny w relacji romantycznej jest...	
Mężczyzna będący w relacji romantycznej może...	
Mężczyzna będący w relacji romantycznej nie powinien...	
Seksualność i potrzeby seksualne mężczyzn są...	
Kobiety powinny...	
Kobiety nigdy...	
Kobiety zawsze...	
Rolą kobiety w relacji romantycznej jest...	
Kobieta będąca w relacji romantycznej może...	
Kobieta będąca w relacji romantycznej nie powinna...	
Seksualność i potrzeby seksualne kobiet są...	
Najważniejszym źródłem tych informacji był/była...	

3.4.13. Co wiemy o tych, których nie znamy?

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Dwyer i in., 2019).

Cel zajęć: zwiększenie świadomości wpływu kultury, w tym – wychowania, na przekonania dotyczące osób należących do populacji kluczowych HIV i ich życia.

Liczba osób: od 10 do 30.
Czas trwania: od 60 do 75 minut.

Potrzebne materiały:
- ✔ wydrukowane formularze do wypełnienia – po jednym dla każdej osoby, z pytaniami dotyczącymi grup(y), które będą analizowane podczas ćwiczenia,
- ✔ pisaki dla każdej osoby,
- ✔ duże arkusze papieru (np. z flipcharta) i taśma klejąca albo masa mocująca do umieszczenia ich na ścianie.

Uwagi: To ćwiczenie stanowi modyfikację ćwiczenia „Z dzieciństwa wiem, że…". Podobnie więc jak w tamtym ćwiczeniu, jego zadaniem jest przede wszystkim zachęcenie uczestniczących osób do refleksji, a nie – oceny kogokolwiek. W trakcie ćwiczenia mogą się pojawić tematy lub obserwacje trudne dla niektórych osób. Przed rozpoczęciem ćwiczenia zastanów się, w jaki sposób chcesz zareagować na ewentualne sytuacje kryzysowe, a także – jak wesprzeć osoby, które mogą tego potrzebować po przeżyciu tego doświadczenia. Jeżeli nawet dla części uczestniczących osób udział w tym ćwiczeniu będzie trudny, to go nie skracaj. Przeżycia, które ono oferuje, będą stanowić ważny wstęp do dalszej części zajęć. Tematyka tego ćwiczenia może wywoływać dyskusje dotyczące wartości. Celem ćwiczenia nie jest jednak ani doprowadzenie do ustalenia między uczestniczącymi osobami wspólnego stanowiska, ani wzajemne ich przekonywanie do określonych poglądów. Jeżeli takie sytuacje zajdą, to należy zareagować, a przy tym wyjaśnić od razu, że ćwiczenie służy refleksji, a osoby z różnych grup – bez względu na istniejące opinie – funkcjonują w społeczeństwie. W trakcie ćwiczenia możesz zaproponować osobom biorącym w nim udział refleksję nad sytuacją jednej lub kilku grup (takich jak osoby świadczące usługi seksualne, osoby używające narkotyków w iniekcjach, mężczyźni, którzy podejmują kontakty seksualne z innymi mężczyznami). Przed rozpoczęciem ćwiczenia wyjaśnij, kto należy do tych grup, a także – dlaczego są one w większym stopniu narażone na zakażenie HIV. Więcej informacji na ten temat znajdziesz w części podręcznika dotyczącego populacji kluczowych HIV. Zwróć także uwagę na to, w jaki sposób język i używane określenia mogą wpływać na postrzeganie osób należących do tych grup.

Przebieg:
1. Przed rozpoczęciem ćwiczenia umieść na ścianie duże arkusze papieru zatytułowane (w zależności od grup, które – wspólnie z uczestniczącymi osobami – chcesz przeanalizować): „Kobiety świadczące usługi seksualne są…", „Kobiety świadczące usługi seksualne powinny…", „Kobiety świadczące usługi seksualne nigdy…", „Mężczyźni świadczący usługi seksualne są…", „Mężczyźni świadczący usługi seksualne powinni…", „Mężczyźni świadczący usługi seksualne nigdy…", „Ludzie używający narkotyków w iniekcjach są…", „Ludzie używający narkotyków w iniekcjach powinni…", „Ludzie używający narkotyków w iniekcjach nigdy…", „Geje i biseksualni mężczyźni są…", „Geje i biseksualni mężczyźni powinni…", „Geje i biseksualni mężczyźni nigdy…".
2. Poproś uczestniczące osoby o zajęcie miejsca w kole. Wyjaśnij, że celem tego ćwiczenia jest wspólne rozważenie, w jaki sposób kultura i wychowanie wpływają na nasze myślenie o osobach należących do różnych grup, które z powodu złożonych czynników są bardziej narażone na zaka-

żenie HIV. Krótko wyjaśnij te czynniki, ale skup się na faktach. Zaznacz, że celem tego ćwiczenia nie jest ocenianie postępowania ludzi i wyborów przez nich podejmowanych, ale rozważenie, w jaki sposób kultura i wychowanie mają wpływ na postrzeganie innych osób.

3. Rozdaj każdej osobie formularz przygotowany wcześniej. Jego propozycję znajdziesz pod opisem ćwiczenia. Zaznacz, że w trakcie tej części ćwiczenia ważna jest próba odtworzenia komunikatów, które osoby uczestniczące otrzymywały w dzieciństwie i w okresie nastoletnim, a nie – przedstawienie tego, co chciałyby usłyszeć wtedy lub teraz.
4. Poproś każdą osobę o samodzielne przeczytanie formularza i zapisanie swoich odpowiedzi. Zachęć do niezastanawiania się nad nimi zbyt długo i do zapisania ich w kilku słowach. W przypadku niektórych pytań osobom uczestniczącym może być trudno przypomnieć sobie, jakie komunikaty one otrzymały. W takiej sytuacji należy przejść do kolejnego pytania. Na tę część ćwiczenia przeznacz około 15 minut w przypadku analizowania informacji o jednej grupie, ale dodaj 5 minut na każdą dodatkowo analizowaną grupę.
5. Rozdaj wszystkim pisaki. Poproś o podejście do arkuszy papieru umieszczonych wcześniej na ścianie i o zapisanie na nich swoich odpowiedzi. Po wykonaniu tego zadania zaproś osoby uczestniczące do zapoznania się z informacjami zawartymi na tych arkuszach.
6. Zaproś wszystkich do ponownego zajęcia miejsc w okręgu i podsumuj ćwiczenie. Pomocne w tym mogą być następujące pytania:
   - Co sądzicie o treściach zapisanych na arkuszach papieru?
   - Czy któreś odpowiedzi się powtarzały? Dlaczego?
   - Czy któreś z odpowiedzi były sprzeczne? Które?
   - Co was zaskoczyło?
   - Co sądzicie o komunikatach zapisanych na arkuszach papieru?
   - Jaki wpływ mogą mieć lub mają te komunikaty na codzienne funkcjonowanie ludzi z każdej z tych grup?
   - W jaki sposób mogą one wpływać na ich relacje rodzinne, na dostęp do ochrony zdrowia, do mieszkań, na możliwości kształcenia i na pracę zawodową?
   - Jak określenia używane do opisywania osób należących do tych grup mogą wpływać na ich postrzeganie?
   - W jaki sposób te określenia mogą zwiększać czyjąś podatność na zakażenie HIV i innymi STIs? Dlaczego tak się dzieje?
   - W jaki sposób zareagujecie w przyszłości, kiedy usłyszycie podobny komunikat w odniesieniu do innych osób? Dlaczego?

KARTA PRACY 3.4.13. FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA

Czego dowiedziałem (-am) się o tych, których nie znam?

Osoby świadczące usługi seksualne są…	.....
Osoby świadczące usługi seksualne powinny…	.....
Osoby świadczące usługi seksualne nigdy…	.....

Osoby świadczące usługi seksualne nie mają prawa do…	
Osoby świadczące usługi seksualne podejmują taką pracę, ponieważ…	
Do opisywania osób świadczących usługi seksualne najczęściej używa się takich słów jak…	
Osoby używające narkotyków w iniekcjach są…	
Osoby używające narkotyków w iniekcjach powinni…	
Osoby używające narkotyków w iniekcjach nigdy…	
Osoby używają narkotyków w iniekcjach, ponieważ…	
Do opisywania osób używających narkotyków w iniekcjach najczęściej używa się takich określeń jak…	
Geje są…	
Geje powinni…	
Geje nigdy…	
Geje podejmują kontakty seksualne, ponieważ…	
Związki między gejami są…	
Seks między mężczyznami jest…	
Do opisywania gejów najczęściej używa się takich określeń jak…	
Najważniejszym źródłem tych informacji był/była/było…	

Załączniki

ZAŁĄCZNIK 1. SKRÓTY UŻYWANE W TEKŚCIE

ACTG 076 – ang. *AIDS Clinical Trial Group*, dosłownie: grupa badań klinicznych nad AIDS, umowne określenie międzynarodowego standardu zapobiegania zakażeniom wertykalnym HIV (z matki na dziecko)

AIDS – ang. *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, zespół nabytego niedoboru odporności

ART – ang. *Antiretroviral Therapy*, terapia antyretrowirusowa

AZT – ang. *Azidothymidine*, azytodymidyna, Retrovir®

cART – ang. *Combination Antiretroviral Therapy*, kombinowana terapia antyretrowirusowa

CD4 – ang. *Cluster of Differentiation 4 (receptor on immune cells)*, receptor na komórce odpornościowej limfocytu T

CDC – ang. *Centers for Disease Control and Prevention*, amerykańskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (z siedzibą w Atlancie)

DNA – ang. *Deoxyribonucleic Acid*, kwas deoksyrybonukleinowy

EBV – ang. *Epstein Barr Virus*, wirus Epsteina – Barr

ECDC – ang. *European Centers for Disease Control and Prevention*, Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (z siedzibą w Sztokholmie)

FI – ang. *Fusion inhibitors*, inhibitory fuzji

GALT – ang. *gut-associated lymphoid tissue*, tkanka limfatyczna jelit

GPA – ang. *Global Programme on AIDS*, Globalny Program ds. AIDS (poprzednik UNAIDS)

GNP+ – ang. *Global Network of People Living with HIV*, Światowa Sieć Osób Żyjących z HIV

HAART – ang. *Highly Active Antiretroviral Therapy*, wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa

HAV – ang. *Hepatitis A Virus*, wirus zapalenia wątroby typu A

HBIG – ang. *Hepatitis B Immune Globulin*, immunoglobulina przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B

HBV – ang. *Hepatitis B Virus*, wirus zapalenia wątroby typu B

HCV – ang. *Hepatitis C Virus*, wirus zapalenia wątroby typu C

HIV – ang. *Human Immunodeficiency Virus*, ludzki wirus niedoboru odporności (HIV-1 – *Human Immunodeficiency Virus Type 1*, HIV-2 – *Human Immunodeficiency Virus Type 2)*

HPV – ang. *Human Papilloma Virus*, wirus brodawczaka ludzkiego

HSV – ang. *Herpes Simplex Virus*, wirus opryszczki zwykłej (HSV-1 – *Herpes Simplex Virus Type 1*, HSV-2 – *Herpes Simplex Virus Type 2*)

HTLV-III/LAV – ang. *Human T-Lymphotropic Virus type III/Lymphadenopathy-Associated Virus*, ludzki wirus limfotropowy typu III (HTLV-III)/wirus związany z limfadenopatią

IDU – ang. *Injecting Drugs Users*, użytkownicy środków odurzających w iniekcjach

InSTI – ang. *Integrase Inhibitors*, inhibitory integrazy

IPPF – ang. *International Planned Parenthood Federation*, Międzynarodowa Federacja Planowanego Rodzicielstwa

KC ds. AIDS – Krajowe Centrum ds. AIDS

LARP – ang. L*ive Action Role-Playing*, teatralne gry fabularne

LGBTI – ang. *Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex people*, lesbijki, geje, osoby biseksualne, transpłciowe i interpłciowe

LGV – ang. *Lymphogranuloma Venereum*, ziarnica weneryczna

MAB – ang. *Monoclonal antibodies*, przeciwciała monoklonalne

MMWR – ang. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, cotygodniowy raport zachorowalności i śmiertelności, wydawany przez CDC

MSM – *ang. men who have sex with men*, mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami

MZ – Ministerstwo Zdrowia

N = N – Niewykrywalny = Niezakażający

NAAT – ang. *Nucleic Acid Amplification Test*, test molekularny

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NGOs – ang. *Non-Governmental Organizations*, organizacje pozarządowe

NGU – ang. *Non-Gonococcal Urethritis*, niespecyficzne (nierzeżączkowe) zapalenia cewki moczowej

NI – niepełnosprawność intelektualna

NIZP PZH–PIB – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

NNRTI – ang. *Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors*, nienukleozydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy

NRTI – ang. *Nucleos(t)ide Reverse Transcriptase Inhibitors*, nukleoz(t)ydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy

OChR – ostra choroba retrowirusowa

ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych

OzNI – osoby z niepełnosprawnością intelektualną

PEP – ang. *Post-Exposure Prophylaxis*, profilaktyka poekspozycyjna

PI – ang. *Protease inhibitors*, inhibitory proteazy

PKD – punkty konsultacyjno-diagnostyczne

PLHIV – ang. *People Living with HIV,* osoby żyjące z HIV

PMTCT – ang. *Prevention Of Mother-To-Child Transmission*, profilaktyka zakażeń wertykalnych (odmatczynych)

POC – ang. *point-of-care*, szybkie testy

Populacje kluczowe – konkretnie: mężczyźni utrzymujący kontakty seksualne z mężczyznami, osoby stosujące środki psychoaktywne (obecnie lub w przeszłości), osoby pozbawione wolności, osoby świadczące usługi seksualne oraz osoby korzystające z tych usług, osoby transpłciowe

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

PrEP – ang. *Pre-Exposure Prophylaxis*, profilaktyka przedekspozycyjna

PSSE – powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne

PTN AIDS – Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS

PWID – ang. *People Who Inject Drugs*, osoby używające narkotyków iniekcyjnie

RNA – ang. *Ribonucleic Acid*, kwas rybonukleinowy

RPG – ang. *Role-Playing Games*, gry fabularne

RPPZ – Rządowy Program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia pn. „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022–2026"

RT-PCR – ang. *Reverse-Transcription Polymeraze Chain Reaction*, reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym

SCT – ang. *Social Cognitive Theory*, teoria społecznego uczenia się

STIs – ang. *Sexually Transmitted Infections*, zakażenia (infekcje) przenoszone drogą płciową

TasP – ang. *Treatment as Prevention*, leczenie jako profilaktyka

U = U – ang. *Undetectable = Untransmittable,* pol. N = N – Niewykrywalny = Niezakażający

UE – Unia Europejska

UNAIDS – ang. *The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS*, Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV i AIDS

UNDP – ang. *United Nations Development Programme*, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju

UNESCO – ang. *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*, Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Edukacji, Nauki i Kultury

UNICEF – ang. *United Nations International Children's Emergency Fund*, Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci

VCT – ang. *Voluntary Counseling and Testing*, dobrowolne testowanie połączone z poradnictwem

WHO – ang. *World Health Organization*, Światowa Organizacja Zdrowia

WSSE – wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne

WSW – ang. *Women who have Sex with Women*, kobiety mające seks z kobietami

WZW A – wirusowe zapalenie wątroby typu A

WZW B – wirusowe zapalenie wątroby typu B

WZW C – wirusowe zapalenie wątroby typu C

ZAŁĄCZNIK 2. PROPONOWANA LITERATURA

- Biuletyny Krajowego Centrum ds. AIDS „KONTRA" dostępne na stronie www.aids.gov.pl oraz inne materiały znajdujące się na tej stronie – zakładki „Publikacje" oraz „Badania społeczne"
- Brodzikowska M., *Artykuł 161 KK – zabezpieczenie czy niebezpieczeństwo?* https://www.researchgate.net/publication/307210479_Artykul_161_KK_-_zabezpieczenie_czy_niebezpieczenstwo
- Brodzikowska M., *Młodzi, HIV i stygmatyzacja – wprowadzenie do problematyki*, [w:] *Społeczne i podmiotowe uwarunkowania rozwoju młodzieży/* red. Agnieszka Cybal-Michalska, Małgorzata Orłowska, Waldemar Segiet, Wydawnictwo Naukowe Akademii WSB, Dąbrowa Górnicza 2018.
- Brodzikowska M., *Potrzeby i rozwiązania w zakresie holistycznej profilaktyki HIV/AIDS wśród młodzieży gimnazjalnej, na przykładzie programów Fundacji „Motywacja i Działanie", [w:] Profilaktyka społeczna. Kontekst teoretyczny i dobre praktyk*i, red. Karolina Kmiecik-Jusięga, Edyta Laurman-Jarząbek, WAM, Kraków 2016, https://wydawnictwo.ignatianum.edu.pl/sites/wydawnictwo/files/publikacje_pdf/profilaktyka_spoleczna._kontekst_teoretyczny_i_dobre_praktyki.pdf
- Brodzikowska M., Żołądek S., *Eros i Tanatos w dobie HIV, czyli możliwość tworzenia skryptów seksualnych łączących aktywność seksualną ze śmiercią i/lub chorobą w wybranych spotach profilaktycznych z zakresu HIV/AIDS*, [w:] *Współczesne spojrzenie na seksualność człowieka/* red. Jonasz Wethacz, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2016.
- Brodzikowska M., Żona, mąż i HIV, czyli wybrane aspekty radzenia sobie z seropozytywnością w związku, [w:] *Doświadczenie niepełnosprawności i choroby przewlekłej w perspektywie jednostki i rodziny,* red. W. Wójcik, J. Golonka-Legut, A. Wąsiński, Wydawnictwo WSP im. Janusza Korczaka, Warszawa 2016.
- Chmura-Rutkowska I., Duda M., Mazurek M., Sołtysiak-Łuczak A. (red.) *Gender w podręcznikach. Projekt badawczy. Raport,* wyd. Fundacja Feminoteka, Warszawa 2015, https://feminoteka.pl/raport-gender-w-podrecznikach-tom-1-3-publikacja-do-pobrania/
- Diagnoza stanu wiedzy Polaków na temat HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (STIs). Zachowania seksualne. Badanie na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS, 2020 r.
- Edukacja Bez Tabu, https://www.advocatesforyouth.org/wp-content/uploads/storage/advfy/documents/life%20planning%20education%20polish.pdf
- Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV opracowany na lata 2022–2026, https://aids.gov.pl/publikacje/109/
- Janiszewski J., *Kto w Polsce ma HIV. Epidemia i jej mistyfikacje*, Krytyka Polityczna, Warszawa 2013.
- K*ompas. Edukacja o prawach człowieka w pracy z młodzieżą* http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/docmetadata?id=189&from=publication
- *Kompasik. Edukacja na rzecz praw człowieka w pracy z dziećmi* http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/docmetadata?id=185&from=&dirids=1&ver_id=&lp=1&QI=

- Mijas M., Dora M., Brodzikowska M., Żołądek S. (red.) *Język, media, HIV*, wyd. Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w Zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat", Kraków 2016, https://stowarzyszeniejedenswiat.org/wp-content/uploads/2016/07/Jezyk_HIV_Media_do-pobrania.pdf
- *Opinie i oczekiwania młodych dorosłych (osiemnastolatków) oraz rodziców dzieci w wieku szkolnym wobec edukacji dotyczącej rozwoju psychoseksualnego i seksualności,* Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2015, http://eduentuzjasci.pl/images/stories/publikacje/IBE-raport-EKD.pdf
- Walendzik-Ostrowska A., Dec J., *Pozytywne życie. O profilaktyce HIV/AIDS dla edukatorów,* Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2012.
- Walendzik-Ostrowska A., *Słabości profilaktyki HIV* – cz. I, „Remedium" 2011, nr 10; Słabości profilaktyki HIV – cz. II, „Remedium" 2011, nr 12.
- WHO, *Standardy edukacji seksualnej w Europie*, Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej w Kolonii (BZgA), Kolonia 2012, https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_Standards_Polish.pdf
- Żurawiecki B., *Ojczyzna moralnie czysta. Początki HIV w Polsce,* Wydawnictwo Czarne, Warszawa 2023.

ZAŁĄCZNIK 3. POLSKIE ORGANIZACJE ZAJMUJĄCE SIĘ DZIAŁANIAMI W ZAKRESIE PROFILAKTYKI HIV I WSPARCIA OSÓB Z HIV

Białystok: Stowarzyszenie Faros

Bydgoszcz/Toruń: Fundacja HelpNowHub

Człuchów (woj. pomorskie): Stowarzyszenie SOLIDARNI „PLUS”

Gdańsk: Pomorski Dom Nadziei

Gdańsk/Warszawa: Fundacja Polityki Społecznej PREKURSOR

Katowice: Fundacja Trzy Końce

Kraków: Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden Świat”

Lublin: AIDS Healthcare Foundation Polska (AHF Poland)

Lublin: Katolickie Stowarzyszenie Pomocy Osobom Potrzebującym AGAPE

Łomża: Stowarzyszenie Youth Human Impact

Łódź: Fundacja Edukacji Zdrowotnej Lepsze Jutro

Poznań: Stowarzyszenie Grupa Stonewall

Szczecin: Stowarzyszenie Wolontariuszy „DA DU”

Toruń/Bydgoszcz: Fundacja Parasol

Warszawa: Fundacja Edukacji Społecznej

Warszawa: Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Warszawa: Kolektyw „Kamelia” (d. Sex Work Polska)

Warszawa: Krajowe Centrum ds. AIDS

Warszawa: Społeczny Komitet ds. AIDS

Warszawa: Stowarzyszenie Lambda-Warszawa

Warszawa: Stowarzyszenie My, Rodzice

Warszawa: Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS „Bądź z Nami”

Warszawa: Zjednoczenie „Pozytywni w tęczy”

Wrocław: Stowarzyszenie na rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem”

Zielona Góra: Towarzystwo Rozwoju Rodziny

Obszar całego kraju: Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland

ZAŁĄCZNIK 4. INSTRUKCJA UŻYCIA PREZERWATYW

1. Upewnij się, że prezerwatywa posiada aktualną datę ważności i że opakowanie nie jest uszkodzone. Przed rozerwaniem opakowania sprawdź, czy jest w nim powietrze.
2. Sprawdź, czy na opakowaniu umieszczono znak CE, który oznacza, że wyrób został zbadany przez producenta i spełnia wymogi UE dotyczące zdrowia, bezpieczeństwa i ochrony środowiska.
3. Rozerwij ostrożnie opakowanie, uważając, aby nie uszkodzić samej prezerwatywy (uwaga na paznokcie).
4. Sprawdź, w którą stronę rozwija się prezerwatywa, ale nie rozwijaj jej za mocno.
5. Przytrzymując palcami końcówkę prezerwatywy (tak, aby nie było w niej powietrza), nałóż ją na członka w stanie wzwodu i wciągnij prezerwatywę na całą jego długość, przytrzymując ciągle jej koniec.
6. Bezpośrednio po wytrysku nasienia, zanim członek zwiotczeje, wyciągnij go z pochwy, z odbytu bądź z ust.
7. Ściągnij ostrożnie prezerwatywę, uważając, aby jej zawartość się nie wylała.
8. Zawiąż prezerwatywę na supełek, zawiń w opakowanie lub papier toaletowy i wyrzuć do pojemnika na śmieci (nie – do toalety).

Inne ważne kwestie:

- ✔ Prezerwatywa może być użyta tylko jeden raz.
- ✔ Prezerwatywę nakładaj na członka w stanie wzwodu.
- ✔ Prezerwatywę nakładaj na członka, zanim nastąpi kontakt penisa z pochwą, z odbytem lub z ustami.
- ✔ Do nawilżania prezerwatywy nigdy nie używaj kremów, wazeliny, oliwki dziecięcej – tłuszcze rozpuszczają gumę i mogą spowodować jej pęknięcie. Stosuj specjalne żele (lubrykanty) wyprodukowane na bazie wody i/lub kwasu hialuronowego.
- ✔ Większość prezerwatyw jest nawilżana środkami nawilżającymi. Używaj tych prezerwatyw, które nie zawierają nonoksynolu-9. Badania laboratoryjne wykazały, że ten środek może powodować podrażnienia błony śluzowej, przez co zwiększa narażenie na zakażenia różnymi STIs, w tym – HIV.
- ✔ Prezerwatywy stosuj przy każdym rodzaju stosunku (oralnym, dopochwowym czy doodbytniczym).
- ✔ Każdy stosunek wymaga użycia nowej prezerwatywy.
- ✔ Używanie dwóch prezerwatyw naraz przekłada się na zwiększone ryzyko ich uszkodzenia i w rezultacie skutkuje zwiększonym narażeniem na zakażenie.

O gronie autorskim

dr Maria Brodzikowska – doktor nauk społecznych, pedagożka resocjalizacyjna, kierowniczka Zakładu Pedagogiki w Instytucie Nauk Społecznych AKF w Krakowie, psychoterapeutka systemowa, terapeutka EMDR, doradczyni okołotestowa w Punkcie Konsultacyjno-Diagnostycznym w Krakowie. Od roku 2002 pracuje w zakresie problematyki HIV – wcześniej w ramach współpracy z Krakowskim Towarzystwem Pomocy Uzależnionym, a obecnie ze Stowarzyszeniem Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden Świat" (najpierw jako jego prezeska, a obecnie jako członkini rady). Laureatka ogólnopolskiej nagrody „Czerwona Kokardka"*. Poza działalnością praktyczną zajmuje się także pracą naukową w obszarze problematyki HIV oraz chemsex. Współautorka pierwszej w Polsce bajki psychoedukacyjnej dla dzieci żyjących z HIV i/lub dzieci rodziców żyjących z HIV.

dr Agnieszka Walendzik-Ostrowska – doktor nauk humanistycznych, pedagożka, nauczycielka akademicka, badaczka, psychoterapeutka, seksuolożka, edukatorka seksualna, doradczyni w zakresie HIV i AIDS, od 30 lat pracuje w obszarze profilaktyki HIV, od 25 lat jest doradczynią w punkcie badań w kierunku HIV. Pracuje jako adiunktka w Katedrze Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii na Wydziale Pedagogicznym w Uniwersytecie Warszawskim i w Instytucie Pedagogiki w Akademii Humanitas w Sosnowcu. Jest zaangażowana w pracę wielu organizacji pozarządowych: jako wiceprzewodnicząca Zarządu Głównego Towarzystwa Rozwoju Rodziny, jako wiceprezeska Zarządu Stowarzyszenia Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden Świat" oraz jako członkini honorowa Zjednoczenia „Pozytywni w Tęczy". W 2003 roku otrzymała nagrodę „Czerwona Kokardka"*; w 2004 roku była nominowana do nagrody „Człowieka Tęczy" przyznawanej przez środowiska LGBT za działania na rzecz równych praw i przeciwdziałania dyskryminacji.

dr Joanna Dec-Pietrowska – doktor nauk humanistycznych, absolwentka pedagogiki terapeutycznej WSP w Zielonej Górze oraz Podyplomowych Studiów Wychowania Seksualnego Uniwersytetu Warszawskiego. Pracuje jako adiunktka w Katedrze Humanizacji Medycyny i Seksuologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego. Naukowo, teoretycznie i praktycznie zajmuje się edukacją seksualną, outreachworkingiem, profilaktyką HIV/STIs oraz poradnictwem dla osób z grup marginalizowanych. Uhonorowana w 2006 roku „Czerwoną Kokardką"*. W latach 2011–2014 roku piastowała urząd Prezydenta Rejonu Europejskiego IPPF. W 2024 roku była laureatką Listy 100 Forbes i #sexedpl osób mających wpływ na edukację seksualną w Polsce. Aktywnie działa w organizacjach pozarządowych, m.in. w Towarzystwie Rozwoju Rodziny.

Michał Pawlęga – seksuolog, terapeuta poznawczo-behawioralny oraz ekspert w dziedzinie zdrowia seksualnego. Od wielu lat tworzy i realizuje kampanie społeczne, działania edukacyjne i projekty redukcji szkód oraz popularyzuje tematykę przeciwdziałania zakażeniom HIV i STIs w populacjach kluczowych. Odznaczony nagrodą „Czerwona Kokardka"*, jest także laureatem Listy 100 Forbes i #sexedpl osób mających wpływ na edukację seksualną w Polsce. Obecnie pracuje w AIDS Health Foundation, gdzie zarządza programami profilaktyki i testowania w kierunku HIV w Europie. Jest także konsultantem merytorycznym inicjatywy sexedpl, konsultantem ogólnopolskiego programu wsparcia rówieśniczego dla osób z nowo zdiagnozowanym zakażeniem HIV pn. „Buddy Polska" oraz członkiem Komitetu Sterującego AIDS Action Europe.

*Wyróżnienie „Czerwoną Kokardką” otrzymują osoby, które w szczególny sposób przyczyniły się do poprawy jakości życia osób żyjących z HIV, chorych na AIDS bądź też wniosły istotny wkład w działania profilaktyczne w dziedzinie HIV i AIDS w Polsce. Ta czerwona kokardka to symbol solidarności z osobami żyjącymi z HIV i AIDS, ich rodzinami i przyjaciółmi.

O OSOBACH KONSULTUJĄCYCH

dr hab. n. med. Monika Bociąga-Jasik
Prof. UJ, specjalistka chorób zakaźnych, wykładowczyni akademicka, zastępczyni kierownika Oddziału Klinicznego Chorób Zakaźnych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, prezeska Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS.

Włodzimierz Paszyński
Absolwent Uniwersytetu Warszawskiego, Wydział Polonistyki, pełnił funkcję stołecznego kuratora oświaty, wykładowcy, wiceministra edukacji w Ministerstwie Edukacji Narodowej i Sportu, zastępcy prezydenta m.st. Warszawy ds. edukacji, polityki społecznej, sportu i rekreacji oraz ochrony konserwatorskiej zabytków. Autor publikacji, odznaczony Medalem Komisji Edukacji Narodowej.

dr Izabela Fornalik
Pedagożka specjalna i edukatorka seksualna, doktor nauk humanistycznych, certyfikowana seksuolożka kliniczna i psychoterapeutka, członkini Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, wykładowczyni, autorka licznych publikacji.

Magdalena Glewicz
Osoba żyjąca z HIV od urodzenia, aktywnie działa na rzecz osób zakażonych i budowania świadomości społecznej dotyczącej HIV, ambasadorka kampanii, liderka grupy wsparcia emocjonalnego, wolontariuszka.

Spis tabel

Tabela 1. Czynniki zwiększające i zmniejszające ryzyko infekcji HIV 26

Tabela 2. Typ ekspozycji a prawdopodobieństwo zakażenia w pojedynczej sytuacji 30

Tabela 3. Charakterystyka modeli profilaktycznych 88

Tabela 4. Terminy przestarzałe i zalecane wg wytycznych UNAIDS (2024c) 97

Tabela 5. Działania edukacyjne podejmowane w stosunku do populacji osób dorosłych przez polskie organizacje pozarządowe. 129

Tabela 6. Działania polskich organizacji pozarządowych kierowane do osób w wieku senioralnym 136

Spis rysunków

Rysunek 1. Naturalny przebieg zakażenia HIV 17

Rysunek 2. Nowo wykryte zakażenia HIV, kiłą, chlamydią i rzeżączką w latach 2015–2024 w Polsce 21

Rysunek 3. Rodzaje testów diagnostycznych 31

Rysunek 4. Schemat testowania w kierunku HIV obowiązujący w Polsce w 2024 roku 32

Rysunek 5. Biologiczne czynniki narażenia na zakażenie HIV u kobiet – prezentacja z wykorzystaniem kubeczków 39

Rysunek 6. Prezerwatywa wewnętrzna (tzw. prezerwatywa dla kobiet) 83

Rysunek 7. Kampania niemieckiej organizacji Regenbogen z 2009 roku 89

Rysunek 8. Kampania „Araignée et scorpion” francuskiej organizacji AIDES z 2005 roku 90

Rysunek 9. Plakat kampanii organizacji Act Against AIDS, rok nieznany 90

Rysunek 10. Plakat z kampanii Krajowego Centrum ds. AIDS z 2001 roku 91

Rysunek 11. Plakaty z kampanii Krajowego Centrum ds. AIDS z 2020 i 2021 roku 92

Rysunek 12. Kampania internetowa stowarzyszenia „Jeden Świat” we współpracy z Herzyk, 2023 93

Rysunek 13. Aplikacja PTN AIDS 94

Bibliografia

- *90-90-90. An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. (2014). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf
- Abel, E. L. (1985). *Psychoactive Drugs and Sex* (1985th edition). Springer.
- About. (b.d.). *Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity.* World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean (WHO EMRO). Retrieved 17 May 2024, http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html
- Aggleton, P. (1996). Global priorities for HIV/AIDS intervention research. *International Journal of STD & AIDS, 7*(2_suppl), 13–16, https://doi.org/10.1258/0956462961917726
- Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions. A Theory of Planned Behavior, [w:] J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action Control: From Cognition to Behavior* (s. 11–39), Springer, https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2
- Ajzen, I. (1987). Attitudes, Traits, and Actions. Dispositional Prediction of Behavior in Personality and Social Psychology, [w:] L. Berkowitz (red.), *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 20, s. 1–63), Academic Press, https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60411-6
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior* (Pbk. ed), Prentice-Hall.
- Aksak-Wąs, B., Firląg-Burkacka, E. (2023). Choroby przenoszone drogą płciową, [w:] M. Parczewski, M. Witak-Jędra, B. Aksak-Wąs (red.), *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2023* (s. 246–271), Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, https://www.ptnaids.pl/images/pliki/aids_2023-zakladki.pdf
- Ankiersztejn-Bartczak, M. (2011). Międzynarodowy projekt STIGMA INDEX i jego realizacja w Polsce. „Kontra. Biuletyn Informacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS", nr 47 (1).
- Antonenko, Z., Martsynovska, V. (2022). *HIV infection in Ukraine. Information bulletin* [53], https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_53_2022_EN.pdf
- Bancroft, J., Lew-Starowicz, Z., Robacha, A., Śmietana, R. (2019). *Seksualność człowieka* (wydanie 1, dodruk). Edra Urban & Partner.
- Bandura, A. (1976). *Social Learning Theory* (faksymile), Pearson.
- Bandura, A. (1994), *Social Cognitive Theory and Exercise of Control over HIV Infection,* [w:] R.J. DiClemente, J.L. Peterson (red.), *Preventing AIDS. Theories and Methods of Behavioral Interventions* (s. 25–59), Springer US, https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1193-3_3
- Bavinton, B. R., Pinto, A. N., Phanuphak, N., Grinsztejn, B., Prestage, G.P., Zablotska-Manos, I.B., Jin, F., Fairley, C.K., Moore, R., Roth, N., Bloch, M., Pell, C., McNulty, A.M., Baker, D., Hoy, J., Tee, B.K., Templeton, D.J., Cooper, D.A., Emery, S., … Opposites Attract Study Group. (2018), *Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples. An international, prospective, observational, cohort study*, „The Lancet. HIV" 5(8), e438–e447. https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30132-2

- Beaumont, K., Maguire, M. (2013), *Policies for sexuality education in the European Union. Note | Health and Education Resource Centre*, European Union, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM_NT(2013)462515_EN.pdf
- Becelewska, D. (2006), *Repetytorium z rozwoju człowieka,* Kolegium Karkonoskie Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Jelenia Góra.
- Beisert, M. (red.) (2007), *Seksualność w cyklu życia człowieka* (wyd. II zmienione), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Beisert, M. (2023), *Rozwój seksualny w okresie dzieciństwa,* [t.] 1, *Praktyczna analiza teoretyczna* (wyd. I), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, https://doi.org/10.53271/2023.149
- Bishop, G.D. (2000), *Psychologia zdrowia,* A. Śliwa, L. Śliwa (tłum.), Wydawnictwo Astrum Sp. z o.o., Wrocław.
- *Biuletyny, meldunki, informacje epidemiologiczne* (b.d.), *Meldunki o Zachorowaniach Na Choroby Zakaźne, Zakażeniach i Zatruciach w Polsce (Dwutygodniowe) z Lat 2015–2023*, https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html#01
- Błachnio, A., Kuryś-Szyncel, K., Martynowicz, E., Molesztak, A. (red.) (2017), *Psychologia starzenia się i strategie dobrego życia*, Difin, Warszawa.
- Bonavitacola, J. (2024, February 19), *Adults With Intellectual, Developmental Disabilities at Risk for Disparities in HIV*, AJMC, https://www.ajmc.com/view/adults-with-intellectual-developmental-disabilities-at-risk-for-disparities-in-hiv
- Brodzikowska, M. (2013), *Artykuł 161 KK – zabezpieczenie czy niebezpieczeństwo?*, https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15783.55200
- Brodzikowska, M. (2016a), *Potrzeby i rozwiązania w zakresie holistycznej profilaktyki HIV/AIDS wśród młodzieży gimnazjalnej, na przykładzie programów Fundacji „Motywacja i Działanie"*, [w:] K. Kmiecik-Jusięga, E. Laurman-Jarząbek (red.), *Profilaktyka społeczna. Kontekst teoretyczny i dobre praktyki*, s. 171–198, Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM, Poznań, https://wydawnictwo.ignatianum.edu.pl/sites/wydawnictwo/files/publikacje_pdf/profilaktyka_spoleczna._kontekst_teoretyczny_i_dobre_praktyki.pdf
- Brodzikowska, M. (2016b), *Żona, mąż i HIV, czyli wybrane aspekty radzenia sobie z seropozytywnością w związku*, [w:] J. Golonka-Legut, A. Wąsiński, W. Wójcik (red.), *Doświadczenie niepełnosprawności i choroby przewlekłej w perspektywie jednostki i rodziny,* s. 234–250, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Janusza Korczaka, Warszawa.
- Brodzikowska, M. (2018), *Młodzi, HIV i stygmatyzacja – Wprowadzenie do problematyki,* [w:] M. Orłowska, M. Piorunek, A. Cybal-Michalska (red.), *Młodzież: Meandry życia ku dorosłości*. Wydawnictwo Naukowe Akademii WSB, Dąbrowa Górnicza.
- Brzezińska, A. (2007), *Społeczna psychologia rozwoju* (wyd. III), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Brzezińska, A., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2016), *Psychologia rozwoju człowieka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Brzózka, P. (2024, January 15), *Prezerwatywy bez lateksu – Z czego są wykonane? Skuteczność,* https://www.medme.pl/artykuly/prezerwatywy-bez-lateksu-z-czego-sa-wykonane-skutecznosc,72542.html
- Bulkowski, K., Fedorowicz, M., Grajkowski, W., Kaczan, R., Malinowska, K., Marszał, D., Męziński, M., Poziomek, U., Rycielski, P., Walczak, D., Wichrowski, A. (2015), *Opinie i oczekiwania młodych*

dorosłych (osiemnastolatków) oraz rodziców dzieci w wieku szkolnym wobec edukacji dotyczącej rozwoju psychoseksualnego i seksualności, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa, http://edu-entuzjasci.pl/images/stories/publikacje/IBE-raport-EKD.pdf

- Carter, M. (2009, September 29), *Onset of depression means poorer adherence to HIV treatment,* Aidsmap.Com, https://www.aidsmap.com/news/sep-2009/onset-depression-means-poorer-adherence-hiv-treatment
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2011), *School health guidelines to promote healthy eating and physical activity,* „Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports" 60 (RR-5), s. 1–76.
- Centers for Disease Control (CDC) (1981), *Pneumocystis pneumonia – Los Angeles*, „Morbidity and Mortality Weekly Report" 30(21), s. 250–252.
- Chmura-Rutkowska, I., Mazurek, M., Duda, M., Sołtysiak=Łuczak, A. (2016), *Gender w podręcznikach. Projekt badawczy. Raport,* t. I, Wydawnictwo Feminoteka, Warszawa, https://www.academia.edu/22307533/Chmura_Rutkowska_I_Duda_M_Mazurek_M_So%C5%82tysiak_%C5%81uczak_A_red_Gender_w_podr%C4%99cznikach_Projekt_badawczy_Raport_tom_I_Wydawnictwo_Feminoteka_Warszawa_2016
- Co, M., Moreno-Agostino, D., Wu, Y.T., Couch, E., Posarac, A., Wi, T., Sadana, R., Carlisle, S., Prina, M. (2023), *Non-pharmacological interventions for the prevention of sexually transmitted infections (STIs) in older adults. A systematic review*, „PloS One" 18(5), e0284324, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284324
- Cohen, M., Deamant, C., Barkan, S., Richardson, J., Young, M., Holman, S., Anastos, K., Cohen, J., Melnick, S. (2000), *Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV,* „American Journal of Public Health" 90(4), 560, https://doi.org/10.2105/ajph.90.4.560
- Cohen, M.S., Chen, J.S. (2019), *Sexually transmitted infections and HIV in the era of antiretroviral treatment and prevention. The biologic basis for epidemiologic synergy,* „Journal of the International AIDS Society" 22(S6), e25355, https://doi.org/10.1002/jia2.25355
- *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations* (2022), World Health Organization (WHO), https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390
- Crandall, C.S. (2008), *Ideologia i potoczne teorie piętna. Usprawiedliwianie piętnowania*, [w:] T.F. Heatherton, R. Kleck, M. Hebl (red.), M. Szuster, T. Szustrowa (tłum.), *Społeczna psychologia piętna*, s. 126–146, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Crandall, C.S., Hebl, M., Kleck, R. (2008), *Społeczne konsekwencje niepełnosprawności fizycznej*, [w:] T.F. Heatherton, R. Kleck, M. Hebl (red.), M. Szuster, T. Szustrowa (tłum.), *Społeczna psychologia piętna*, s. 384–402, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Curtis, V., Cairncross, S. (2003), *Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community. A systematic review,* „The Lancet. Infectious Diseases" 3(5), s. 275–281, https://doi.org/10.1016/s1473-3099(03)00606-6
- Davis, T.E.K., Elder, M.A. (2020), *HIV Knowledge and Preferences for HIV Prevention Among Older Adults Living in the Community,* „Gerontology & Geriatric Medicine" 6, https://doi.org/10.1177/2333721420927948

- Dearing, J.W., Meyer, G., Rogers, E.M. (1994), *Diffusion Theory and HIV Risk Behavior Change,* [w:] R.J. DiClemente, J.L. Peterson (red.), *Preventing AIDS,* s. 79–93, Springer US, https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1193-3_5
- Dec-Pietrowska, J., Walendzik-Ostrowska, A. (2014), *Kobieta „upadła" – o stereotypowym postrzeganiu kobiet świadczących usługi seksualne. Analiza forów internetowych,* „Dyskursy Młodych Andragogów" 15, s. 295–309. https://doi.org/10.34768/dma.vi15.175
- Des Jarlais, D.C., Wish, E., Friedman, S.R., Stoneburner, R., Yancovitz, S.R., Mildvan, D., el-Sadr, W., Brady, E., Cuadrado, M. (1987), *Intravenous drug use and the heterosexual transmission of the human immunodeficiency virus. Current trends in New York City,* „New York State Journal of Medicine" 87(5), s. 283–286.
- Długołęcka, A. (2010), *Bariery w edukacji seksualnej w okresie dojrzewania*, „Kwartalnik Pedagogiczny", 220(2), s. 89–102.
- Długołęcka, A. (2017), *Edukacja do zdrowia seksualnego*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, s. 413–435, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Dwyer, B., Mukiwa, T., Kuske, M., Sander, D. (2019), *Training Programme for Community Health Workers (CHW) engaged in work with men who have sex with men (MSM) in Europe*, Terrence Higgins Trust, Deutsche AIDS Hilfe, https://www.aidsactioneurope.org/sites/default/files/Esticom%20Training%20Programme%20for%20CHW_singles_newlogo.pdf
- Dziechciaż, M., Rejman, B. (red.) (2023), *Starzenie się i starość. Wybrane aspekty jakości życia osób w starszym wieku* (wyd. I), Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków.
- Dziemianko, Z., Bury, P., & Walendzik-Ostrowska, A. (red.) (2011), *Women and AIDS,* [w:] *Wiele twarzy kobiety: „ona" w tekstach nie tylko medycznych.* Instytut Naukowo-Wydawniczy MAIUSCULA, Poznań.
- Erikson, E.H., Erikson, J.M. (2012), *Dopełniony cykl życia wersja rozszerzona o nowe rozdziały autorstwa Joan M. Erikson poświęcone dziewiątemu etapowi rozwoju osobowości człowieka,* Sensus, Gliwice.
- Ezhova, I., Savidge, L., Bonnett, C., Cassidy, J., Okwuokei, A., Dickinson, T. (2020), *Barriers to older adults seeking sexual health advice and treatment. A scoping review*, „International Journal of Nursing Studies" 107, 103566, https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103566
- *Female Genital Mutilation (FGM) Statistics* (b.d.), UNICEF Data, https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/
- Flowers, N., Kositorny, M., Koszewska, K. (red.) (2009), *Kompasik. Edukacja na rzecz praw człowieka w pracy z dziećmi* (wyd. II poprawione), Centralny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli, Stowarzyszenie dla Dzieci i Młodzieży Szansa, Warszawa.
- Fornalik, I. (2020), *Edukacja seksualna osób ze spektrum autyzmu i osób z niepełnosprawnością intelektualną*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka" 19(2), Article 2.
- Frescura, L., Godfrey-Faussett, P., Feizzadeh, A.A., El-Sadr, W., Syarif, O., Ghys, P.D., & on and behalf of the 2025 testing treatment target Working Group (2022), *Achieving the 95 95 95 targets for all. A pathway to ending AIDS,* „PloS One" 17(8), e0272405, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272405
- Gąsiorowski J. (2010). *Przebieg zakażenia HIV leczonego i nieleczonego,* [w:] J. Gąsiorowski, B. Knysz, Ł. Łapiński (red.), *Zakażenie HIV. Poradnictwo okołotestowe. Kompendium dla lekarzy i osób pracujących w punktach konsultacyjno-diagnostycznych,* MedPharm Polska.

- Gerrard, M., Gibbons, F.X., Bushman, B.J. (1996), Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior, „Psychological Bulletin" 119(3), s. 390–409, https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.3.390
- *Global AIDS Strategy 2021–2026. End Inequalities. End AIDS* (2021), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf
- *Global HIV & AIDS statistics—Fact sheet* (b.d.), UNAIDS Homepage, https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet
- Gnitecki, J. (1995), *Rozwój człowieka w ciągu całego życia w świetle uniwersalnych praw,* „Dydaktyka Literatury" 15, s. 5–29.
- Górnik-Durose, M., Mateusiak, J., Bielawska-Batorowicz, E. (red.) (2011), *Psychologia zdrowia a starzenie się*, [w:] *Psychologia zdrowia: Konteksty i pogranicza*, Wydawnictwa Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Haberland, N., Rogow, D. (2011), *It's All One Curriculum*, t. I, *Guidelines for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV, and Human Rights Education,* Population Council, https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1764&context=departments_sbsr-pgy
- Hecht, F.M., Grant, R.M., Petropoulos, C.J., Dillon, B., Chesney, M.A., Tian, H., Hellmann, N.S., Bandrapalli, N.I., Digilio, L., Branson, B., Kahn, J.O. (1998), *Sexual transmission of an HIV-1 variant resistant to multiple reverse-transcriptase and protease inhibitors,* „The New England Journal of Medicine" 339(5), s. 307–311, https://doi.org/10.1056/NEJM199807303390504
- *HIV Language Guide* (2024), *National Institute of Allergy and Infectious Diseases*, https://www.niaid.nih.gov/sites/default/files/niaid-hiv-language-guide.pdf
- *HIV prevention, treatment and care programming for people with disabilities (Report No. 7)* (2019), *Disability Inclusion Helpdesk,* https://asksource.info/resources/hiv-prevention-treatment-and-care-programming-people-disabilities-disability-inclusion
- *HIV Transmission. Guidelines for Assessing Risk* (b.d.), (wyd. V).
- Hodgson, I. (2009), *Piętno HIV. Istota problemu,* „Kontra. Biuletyn Informacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS" 39(1).
- Hunter-Geboy, C. (2009), *Edukacja Bez Tabu. Podręcznik do prowadzenia zajęć z młodzieżą na temat seksualności i relacji międzyludzkich,* K. Dułak, M. Kosińska (tłum.), Centrum Wspierania Partycypacji Społecznej, https://www.advocatesforyouth.org/wp-content/uploads/storage/advfy/documents/life%20planning%20education%20polish.pdf
- IUSTI Europe Position Statement on use of DoxyPEP (2024, czerwiec). IUSTRI Europe. https://iusti.org/wp-content/uploads/2024/06/DOXYPEP-Position-Statement-26_6_24-FINAL.pdf
- Ivanova, O., Ketting, E. (2018), *Sexuality education in Europe and Central Asia. State of the art and recent developments; an overview of 25 countries. Assessment report | Health and Education Resource Centre*, Federal Centrale for Health Education (BZgA), International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF), https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/379054/BZgA_IPPFEN_ComprehensiveStudyReport_Online.pdf
- Izdebska, A., Pieńkowska, E. (2008), *Praca z młodymi ludźmi z obniżoną sprawnością intelektualną w aspekcie ich seksualności,* „Dziecko Krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka", 7(1(22)), https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/320/209

- Izdebski, Z. (2020), *Zdrowie i życie seksualne Polek i Polaków w wieku 18–49 lat w 2017 roku. Studium badawcze na tle przemian od 1997 roku* (wyd. I), Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Izdebski, Z. (2021), *Zdrowie i życie seksualne Polek i Polaków w wieku 50–74 lat w 2017 roku. Perspektywa starzejącego się społeczeństwa = Sexual health and life of Poles aged 50–74 in 2017. A perspective of ageing society* (wyd. I.), Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Izdebski, Z., Walendzik-Ostrowska, A. (2000), *Psychospołeczne i medyczne aspekty epidemii HIV*, [w:] Z. Izdebski (red.), *Zachowania seksualne kobiet świadczących usługi seksualne, mężczyzn homoseksualnych i osób uzależnionych od narkotyków*, Organon, Zielona Góra.
- Izdebski, Z., Wąż, K., Dec-Pietrowska, J. (2020), *Wychowanie seksualne*, [w:] H. Liberska, J. Trempała (red.), *Psychologia wychowania. Wybrane problemy* (wyd. I), s. 431–444, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Jąderek, I. (2016), *Seksolatki. Jak rozmawiać z młodzieżą o seksie?* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- James, T.G., Argenyi, M.S., Gravino, A., Benevides, T.W. (2024), *Human immunodeficiency virus diagnosis and care among adults with intellectual and developmental disabilities who are publicly insured*, „Journal of Intellectual Disability Research" 68(2), s. 150–163, https://doi.org/10.1111/jir.13099
- Janiszewski, J. (2013), *Kto w Polsce ma HIV? Epidemia i jej mistyfikacje,* Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
- Johnstone, F.D., M.D, M. A. J., Huby, G., Teijlingen, E., Porter, A., Robertson, J. (red.) (1993), *Community care and community support for women*, [w:] *HIV Infection in Women*, Churchill Livingstone.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2018), *International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach,* United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770
- Jussim, C.S., Hebl, M., Kleck, R., Palumbo, P., Chatman, C., Madon, S., Smith, A. (2008), *Piętno a samospełniające się proroctwa,* [w:] T.F. Heatherton, R. Kleck, M. Hebl (red.), M. Szuster, T. Szustrowa (tłum.), *Społeczna psychologia piętna*, s. 342–383, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Kacprzak, K., Leppert, R. (2013). *Związki miłosne w sieci. Poszukiwanie partnera życiowego na portalach randkowych* (wyd. 2), Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków.
- Karpiak, S.E., Lunievicz, J.L. (2017), *Age Is Not a Condom. HIV and Sexual Health for Older Adults*, „Current Sexual Health Reports" 9(3), s. 109–115, https://doi.org/10.1007/s11930-017-0119-0
- Kawińska, M. (b.d.), *Aktywność społeczna seniorów – Oczekiwania, możliwości, wyzwania,* Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa, https://rob.uksw.edu.pl/wp-content/uploads/2022/05/Kawin%CC%81ska_M_1.pdf
- Kelly, J.A. (1995), *Changing HIV Risk Behavior. Practical Strategies* (wyd. I), The Guilford Press.
- Ketting, E., Ivanova, O. (2018), *Sexuality Education in the WHO European Region. Regional Overview of the status of Sexuality Education in 25 Countries of the WHO European Region,* https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_RegionalOverview_EN.pdf
- Kliszcz, J. (2019). *Psychologia potrzeb osób starszych. Potrzeby psychospołeczne po 65. roku życia* (wyd. I), Difin, Warszawa.

- Kostka, T., Koziarska-Rościszewska, M. (2009), *Choroby wieku podeszłego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Kozerska, A. (2013), *Obiektywne środowisko edukacyjne seniorów w Polsce,* „Edukacja Dorosłych" 2(69), http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-760d6ac6-9b21-4113-9b-fa-7e58489a9d47
- Kucz, E. A. (2012), *Biologiczne aspekty seksualności człowieka*, [w:] M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka* (wyd. II zmienione, s. 260), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Lameiras-Fernández, M., Martínez-Román, R., Carrera-Fernández, M.V., Rodríguez-Castro, Y. (2021), *Sex Education in the Spotlight. What Is Working? Systematic Review,* „International Journal of Environmental Research and Public Health", 18(5), Article 5, https://doi.org/10.3390/ijerph18052555
- Lapierre, D., Arustowicz, K. (1992), *Więksi niż miłość,* Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Leslie, K., Adolescent Health Committee (2008), *Harm reduction. An approach to reducing risky health behaviours in adolescents*, „Paediatrics & Child Health" 13(1), s. 53–56. https://doi.org/10.1093/pch/13.1.53
- Lew-Starowicz, M., Lew-Starowicz, Z., Skrzypulec-Plinta, V. (red.) (2017), *Seksuologia* (wyd. I), PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa.
- Lew-Starowicz, Z., Długołęcka, A. (2006), *Edukacja seksualna,* Świat Książki – Bertelsmann Media, Warszawa.
- Liberska, H. (2008), *Realizacja zadań rozwojowych a poczucie dobrostanu w średniej dorosłości,* [w:] E. Rydz, D. Musiał (red.), *Z zagadnień psychologii rozwoju człowieka*, vol. 2, s. 249–262, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin, https://repozytorium.ukw.edu.pl///handle/item/6410
- Lubrańska, A. (2018), *Psychospołeczne aspekty życia i pracy w kontekście różnic międzypokoleniowych i polityki organizacyjnej* (wyd. I), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Mandrzewska-Smól, I. (2017), *Edukacja seniorów w perspektywie optymalnego starzenia się,* „Edukacja Ustawiczna Dorosłych" 3, s. 43–55.
- Marcus, U., Nöstlinger, C., Rosińska, M., Sherriff, N., Gios, L., Dias, S.F., Gama, A.F., Toskin, I., Alexiev, I., Naseva, E., Schink, S.B., Mirandola, M., Mirandola, M., Gios, L., Benvenuti, S., Davis, R.J., Menichelli, S., Breveglieri, M., Vanden Berghe, W., … the Sialon II Network (2018), *Behavioural and demographic correlates of undiagnosed HIV infection in a MSM sample recruited in 13 European cities*, „BMC Infectious Diseases" 18(1), 368, https://doi.org/10.1186/s12879-018-3249-8
- Mårdh, O., & Plachouras, D. (2023). *Using doxycycline for prophylaxis of bacterial sexually transmitted infections: Considerations for the European Union and European Economic Area.* Eurosurveillance, 28(46), 2300621.
- https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.46.2300621
- Matejczuk, J. (2014). *Rozwój dziecka: Wiek przedszkolny: wiek: 2/3 – 5/6 lat*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa.
- Mathieson, A. (2018), *Sexuality education. Lessons Learned and Future Developments the WHO European Region*, Federal Centrale for Health Education (BZgA), https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_ConferenceReport_2017_EN.pdf
- McCracken, K., Márquez, S., Priest, S., FitzSimons, A., Torchia, K. (2016), *Sexual and reproductive health and rights. Study*, European Union, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571392/IPOL_STU(2016)571392_EN.pdf

- McGillivray, J.A. (1999), *Level of Knowledge and Risk of Contracting HIV/AIDS Amongst Young Adults with Mild/Moderate Intellectual Disability*, „Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities" 12(2), s. 113–126, https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.1999.tb00070.x
- Merrick, J., Talnir, R., Gross, S., Chemtob, D., Aspler, S., Kandel, I., Morad, M. (2010), *Human Immunodeficiency Virus (HIV) and persons with disability/intellectual disability. A review*, „International Public Health Journal" 2(3-Special Issue), s. 285–288.
- Mijas, M., Dora, M., Brodzikowska, M. (2016), *Język, media, HIV* (red. S. Żołądek), Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w Zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat", https://stowarzyszeniejedenswiat.org/wp-content/uploads/2016/07/Jezyk_HIV_Media_do-pobrania.pdf
- Mijatović, D. (2020), *Comprehensive sexuality education protects children and helps build a safer, inclusive society,* https://www.coe.int/en/web/commissioner/blog/2020/-/asset_publisher/aa3hyyf8wKBn/content/comprehensive-sexuality-education-protects-children-and-helps-build-a-safer-inclusive-society
- Minichiello, V., Rahman, S., Hawkes, G., Pitts, M. (2012), *STI epidemiology in the global older population. Emerging challenges*, „Perspectives in Public Health" 132(4), s. 178–181, https://doi.org/10.1177/1757913912445688
- Mirandola, M., Gios, L., Sherriff, N., Marcus, U., Toskin, I., Rosinska, M., Schink, S., Kühlmann-Berenzon, S., Suligoi, B., Folch, C., Nöstlinger, C., Dias, S., Stanekova, D., Klavs, I., Caplinskas, S., Rafila, A., Marin, C., Alexiev, I., Zohrabyan, L., … Network, on behalf of the S.I. (2018), *Quantifying unmet prevention needs among MSM in Europe through a multi-site bio-behavioural survey,* „Eurosurveillance" 23(49), 1800097. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.49.1800097
- Murray, L., Kerrigan, D., Paiva, V. (2018), *Sustaining a Rights-Based Response to HIV in Brazil*, w: D. Kerrigan, C. Barrington (red.), *Structural Dynamics of HIV. Risk, Resilience and Response*, s. 133–155, Springer International Publishing, https://doi.org/10.1007/978-3-319-63522-4_7
- Muskała, M., Pawlęga, M. (2019), *Chemsex – próba zdefiniowania zjawiska w Polsce*, „Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA" 1(85), https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/serwis-informacyjny-uzaleznienia-2019-1-85.pdf
- National Research Council (US) Committee on AIDS Research and the Behavioral, Social, and Statistical Sciences (1989), *AIDS. Sexual Behavior and Intravenous Drug Use* (red. C.F. Turner, H.G. Miller, L.E. Moses), National Academies Press (US), http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218615/
- Niemiec, T., Walendzik, A., Izdebski, Z. (red.) (2001), *Życie seksualne a zakażenia HIV,* [w:] *Kliniczne i psychospołeczne aspekty zakażenia HIV u kobiet,* Krajowe Centrum ds. Zapobiegania AIDS.
- Nowosad, I. (2014), *Uzależnienie od alkoholu – trudności na kolejnych etapach kontaktu z pacjentem*, „Psychiatria Po Dyplomie" 04, https://podyplomie.pl/psychiatria/16810,uzaleznienie-od-alkoholu-trudnosci-na-kolejnych-etapach-kontaktu-z-pacjentem
- Nutbeam, D., Harris, E., Wise, M. (2024), *Chapter 1: Theory,* [w:] *Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories*, (wyd. IV) (1–Book, Section), McGraw Hill Education, accessworldmed.mhmedical.com/content.aspx?aid=1202558677
- O'Leary, A., Jemmott, L.S. (red.) (1995), *Psychosocial Stress and Adaptation Processes for Women Coping with HIV/AIDS*, [w:]W*omen at risk. Issues in the primary prevention of AIDS,* Plenum.
- Osmond, D. (1997), *Sexual Transmission of HIV. The AIDS Knowledge Base. Part 1.*, https://web.archive.org/web/20000818025242/http://hivinsite.ucsf.edu/akb/1997/01sextx/index.html [dostęp 07.09.2024]

- Ostaszewski, K. (2010). *Kompendium wiedzy o profilaktyce,* [w:] J. Węgrzecka-Giluń (red.), *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki,* Etoh Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych.
- Padian, N.S., Shiboski, S.C., Glass, S.O., Vittinghoff, E. (1997), *Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in Northern California. Results from a Ten-year Study,* „American Journal of Epidemiology" 146(4), s. 350–357, https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009276
- Pancho, Abouaoun, E., Brander, P., Keen, E., Lemineur, M.L. (red.) (2005), *Kompas. Edukacja o prawach człowieka w pracy z młodzieżą* (tłum. D. Grzemny, K. Mazur, K. Narkiewicz, wyd. 1 w jęz. pol.), Centralny Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli, Stowarzyszenie dla Dzieci i Młodzieży Szansa.
- Parczewski, M., Witak-Jędra, M., Aksak-Wąs, B., Ciechanowski, P. (red.) (2024), *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2024*, Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, https://www.ptnaids.pl/images/pliki/zalecenie_2024-caloscZAKLADKI.pdf
- Pawlęga, M., Brodzikowska, M. (2024), *Od koncepcji dewiacji do kompulsywnego zaburzenia zachowań seksualnych*, „Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA", 216(2), s. 22–27, https://siu.praesterno.pl/artykul/836
- Peret-Drążewska, P. (2021), *Specyfika rozwojowa okresu adolescencji. Implikacje dla praktyki wychowawczej,* „Roczniki Pedagogiczne" 13(4), Article 4, https://doi.org/10.18290/rped21134.7
- Picken, N. (2020). *Sexuality education across the European Union – An overview*, European Commission, https://data.europa.eu/doi/10.2767/869234
- Piotrowska, K., Szwinta-Dyrda, A. (2020). *Rozwój seksualny dzieci* (wydanie 5, dodruk), NATULI dzieci są ważne.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992), *In search of how people change. Applications to addictive behaviors,* „American Psychologist" 47(9), s. 1102–1114, https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Racław, M., Rosochacka-Gmitrzak, M., Tokarz-Kamińska, B. (2012), *Aktywność społeczna i kulturalna osób starszych,* w: *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, s. 27–36, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- *Reaching the 95-95-95 targets. The importance of multi-stakeholder collaboration* (2023), International AIDS Clinical Society (IAS), https://www.iasociety.org/sites/default/files/CPP/IAS-CPP-Key-considerations.pdf
- Roberson, D.W. (2018), *Meeting the HIV Prevention Needs of Older Adults*, „The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. JANAC" 29(1), s. 126–129, https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.08.004
- Rodger, A.J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Degen, O., Corbelli, G.M., Estrada, V., Geretti, A.M., Beloukas, A., Raben, D., Coll, P., Antinori, A., Nwokolo, N., Rieger, A., Prins, J.M., Blaxhult, A., Weber, R., Van Eeden, A., PARTNER Study Group (2019), *Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy* (PARTNER). *Final results of a multicentre, prospective, observational study*, „Lancet" (London, England), 393(10189), s. 2428–2438. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0
- Rogowska-Szadkowska, D. (2009), *Kalendarium HIV/AIDS,* Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa. https://aids.gov.pl/hiv_aids/kalendarium-hiv-aids/
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., Becker, M.H. (1994), *The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change*, [w:] R.J. DiClemente, J.L. Peterson (red.), *Preventing AIDS. Theories and Methods of Behavioral Interventions*, s. 5–24, Springer US, https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1193-3_2

- Royce Rachel, A., Seña, A., Cates, W., Cohen, M.S. (1997), *Sexual Transmission of HIV*, „New England Journal of Medicine", 336(15), s. 1072–1078, https://doi.org/10.1056/NEJM199704103361507
- Rymer, W. (2023), *Wybrane doniesienia z Konferencji IAS – czy możliwe jest wyleczenie z zakażenia HIV po przeszczepieniu macierzystych komórek,* [w:] *Medycyna Praktyczna. AIDS. Przegląd badań,* http://www.mp.pl/social/article/329696
- *Sexually transmitted infections (STIs)* (b.d.), https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)
- *Sexually transmitted infections (STIs)* (2022), https://www.tht.org.uk/sexual-health/stis
- Sikorska, I. (2010), *Rozwój dziecka w przedszkolu. Stymulujące wartości wybranych systemów edukacyjnych,* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Singh, L.S. (2016), *Assessing Culturally Responsive Sexuality Education. Implications for Program Development and Practice* [UC Berkeley], https://escholarship.org/uc/item/6809787z
- Siwak, E., Jawień, M., Jabłonowska, E., Kalinowska-Nowak, A., Parczewski, M., Inglot, M., Mikuła, T., Szetela, B., Jakubowski, P., & Bociąga-Jasik, M. (Red.) (2025). *Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV: Zalecenia PTN AIDS 2025.* Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS; Agencja Wydawnicza EkoPress.
- Slinkard, M.S., Kazer, M.W. (2011), *Older adults and HIV and STI screening. The patient perspective,* „Geriatric Nursing" (New York, N.Y.), 32(5), s. 341–349, https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.05.002
- Smart, L., Wegner, D.M. (2008), *Ukryte koszty ukrytego piętna*, [w:] T.F. Heatherton, R. Kleck, M. Hebl (red.), M. Szuster, T. Szustrowa (tłum.), *Społeczna psychologia piętna*, s. 342–383, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- *STI Treatment Pocket. European Guidelines 2019* (2019), International Union Against Sexually Transmitted Infections (IUSTI), https://www.iusti-europe.eu/web/images/guidelines/Pocket-Guideline2019.pdf
- Stover, J., Bollinger, L., Izazola, J.A., Loures, L., DeLay, P., Ghys, P.D., Fast Track modeling working group (2016), *What Is Required to End the AIDS Epidemic as a Public Health Threat by 2030? The Cost and Impact of the Fast-Track Approach*, „PloS One", 11(5), e0154893, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154893
- Sweat, M.D., Denison, J.A. (1995), *Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions,* „AIDS" (London, England), 9 Suppl A, s. 251–257.
- Syme, M.L., Cohn, T.J., Barnack-Tavlaris, J. (2017), *A Comparison of Actual and Perceived Sexual Risk Among Older Adults,* „Journal of Sex Research", 54(2), s. 149–160, https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1124379
- Szetela, B., Najczęściej występujące zakażenia przenoszone drogą płciową [wideo] (2025). Krajowe Centrum ds. AIDS, z: https://www.hiv-aids.edu.pl/kompendium-wiedzy/najczesciej-wystepujace-zakazenia-przenoszone-droga-plciowa
- Szetela, B., Ankiersztejn-Bartczak, M., Łapiński, Ł. (2025), *Zasady testowania w kierunku zakażenia HIV*, [w:] M. Bociąga-Jasik, M. Inglot, E. Jabłonowska, P. Jakubowski, M. Jawień, A. Kalinowska-Nowak, T. Mikuła, M. Parczewski, E. Siwak, B. Szetela (red.), *Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia PTN AIDS 2025.* PTN AIDS, Warszawa-Kraków.
- Szetela, B., Knysz, B., Gąsiorowski J. (b.d.), *AIDS. Interna – mały podręcznik*, http://www.mp.pl/social/chapter/B16.II.18.2

- Szetela, B., Łapiński, Ł., Fleischer-Stępniewska, K. (2014), *Inne zakażenia przenoszone drogą kontaktów seksualnych występujące u osób żyjących z HIV,* [w:] A. Gładysz, B. Knysz (red.), *Zakażenia HIV i AIDS – poradnik dla lekarzy.* Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
- Szukalski, P. (2008), *Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek*, [w:] *Starzenie się ludności Polski – między demografią a gerontologią społeczną.* Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/3607
- Tawil, O., Verster, A., O'Reilly, K.R. (1995), *Enabling approaches for HIV/AIDS prevention. Can we modify the environment and minimize the risk?*, „AIDS" (London, England), 9(12), s. 1299–1306.
- *The making of HIV epidemics: What are the driving forces? – PubMed.* (b.d.), https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9416364/
- *The path that ends AIDS. UNAIDS Global AIDS Update 2023* (2023), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2023-unaids-global-aids-update-summary_en.pdf
- Tillman, J.L., Mark, H.D. (2015), *HIV and STI testing in older adults. An integrative review,* „Journal of Clinical Nursing" 24(15–16), s. 2074–2095, https://doi.org/10.1111/jocn.12797
- *UNAIDS – Key Population Atlas* (2024a), https://kpatlas.unaids.org/dashboard
- UNAIDS (2024b) Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet, https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet
- UNAIDS (2024c) *UNAIDS Terminology Guidelines*, https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/terminology_guidelines
- *UNAIDS Terminology Guidelines* (2015), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). https://hivlanguagecompendium.org/intergovernmental-evidence/2015-unaids-terminology-guidelines.html
- *Understanding Fast-Track. Accelerating Action to End the AIDS Epidemic by 2030* (2014), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf
- Van de Perre, P., Jacobs, D., Sprecher-Goldberger, S. (1987), *The latex condom, an efficient barrier against sexual transmission of AIDS-related viruses*, „AIDS" (London, England), 1(1), s. 49–52.
- Walendzik-Ostrowska, A. (2004), *Prostytucja jako zjawisko związane z marginalizacją kobiet,* [w:] G. Miłkowska (red.), *Następstwa wykluczenia społecznego dla kobiet, dzieci i rodzin. Wybrane zagadnienia*, Stowarzyszenie Penitencjarne „Patronat", Warszawa.
- Walendzik-Ostrowska, A. (2011a), *Słabości profilaktyki HIV – część I,* „Remedium" 10.
- Walendzik-Ostrowska, A. (2011b), *Słabości profilaktyki HIV – część II,* „Remedium" 12.
- Walendzik-Ostrowska, A. (2024a), *Chemsex – charakterystyka zjawiska,* kwartalnik „Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA" (1/2024), 105, s. 21–27.
- Walendzik-Ostrowska, A. (2024b), *Nowoczesna profilaktyka HIV – gdzie jesteśmy i czego potrzebujemy,* „Remedium" 5, s. 19–22.
- Walendzik-Ostrowska, A., Dec-Pietrowska, J. (2012), *Pozytywne życie. O profilaktyce HIV/AIDS dla edukatorów*, Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków.

- Walendzik-Ostrowska, A., Dec-Pietrowska, J. (2023), *O potrzebie edukacji seksualnej dorosłych,* „Dyskursy Młodych Andragogów" 24, s. 299–313.
- Watson, S. (2019), *The language of HIV. A guide for nurses*, „HIV Nursing" 19(2), BP1–BP4.
- Watstein, S., Chandler, K. (2001), *Słownik AIDS* (tłum. M. Dubrowski), Elma Books, Warszawa.
- Wethacz, J. (red.) (2016), *Eros i Tanatos w dobie HIV, czyli możliwość tworzenia skryptów seksualnych łączących aktywność seksualną ze śmiercią i/lub chorobą w wybranych spotach profilaktycznych z zakresu HIV/AIDS,* [w:] *Współczesne spojrzenie na seksualność człowieka,* Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- WHO (2010), *Standards for sexuality education in Europe. Guidance for implementation,* Federal Centrale for Health Education (BZgA), https://www.icmec.org/wp-content/uploads/2016/06/WHOStandards-for-Sexuality-Ed-in-Europe.pdf
- WHO (2012), *Standardy edukacji seksualnej w Europie,* Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej w Kolonii (BZgA), Kolonia, https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/BZgA_Standards_Polish.pdf
- WHO (2023), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2023. 2022 data*, European Centre for Disease Prevention and Control and World Health Organization (WHO), https://data.europa.eu/doi/10.2900/08930
- *Why Language Matters. Facing HIV Stigma in Our Own Words* (b.d.), *The Well Project* https://www.thewellproject.org/hiv-information/why-language-matters-facing-hiv-stigma-our-own-words
- Wodak, A. (1999), *What is this thing called harm reduction,* „International Journal of Drug Policy" 10(3), s. 169–171.
- Wofsy, C.B., Cohen, J.B., Hauer, L.B., Padian, N.S., Michaelis, B.A., Evans, L.A., Levy, J.A. (1986), *Isolation of AIDS-associated retrovirus from genital secretions of women with antibodies to the virus*, „Lancet" (London, England) 1(8480), s. 527–529. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(86)90885-8
- Wojciechowska, J. (2004). Stygmat i dyskryminacja osób żyjących z HIV/AIDS. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy, z. nr 4,* 415–423.
- *Young people and HIV.* (2021). UNAIDS. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/young-people-and-hiv_en.pdf
- Zakrzewska, K., Szmulik, K., Rosińska, M. (2018), *Stan zdrowia osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciach w zakresie chorób zakaźnych przenoszonych poprzez naruszenie ciągłości tkanek oraz kontakty seksualne. Rozpowszechnienie. Wiedza. Zachowania. Raport końcowy,* Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy.
- Zhu, T., Korber, B.T., Nahmias, A.J., Hooper, E., Sharp, P.M., Ho, D.D. (1998), *An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic,* „Nature", 391(6667), s. 594–597, https://doi.org/10.1038/35400
- Zielona-Jenek, M., Chodecka, A. (2010), *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem. Rozwój seksualny dziecka,* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Żurawiecki, B. (2023). *Ojczyzna moralnie czysta. Początki HIV w Polsce* (wyd. I), Wydawnictwo Czarne, Warszawa.

Poradnia Internetowa HIV/AIDS: **aids.gov.pl/pi**

Telefon Zaufania HIV/AIDS: **800 888 448**
(połączenie bezpłatne)

Publikacja sfinansowana przez Krajowe Centrum ds. AIDS
ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Ministerstwo
Zdrowia

Krajowe Centrum ds. AIDS

Agenda Ministra Zdrowia