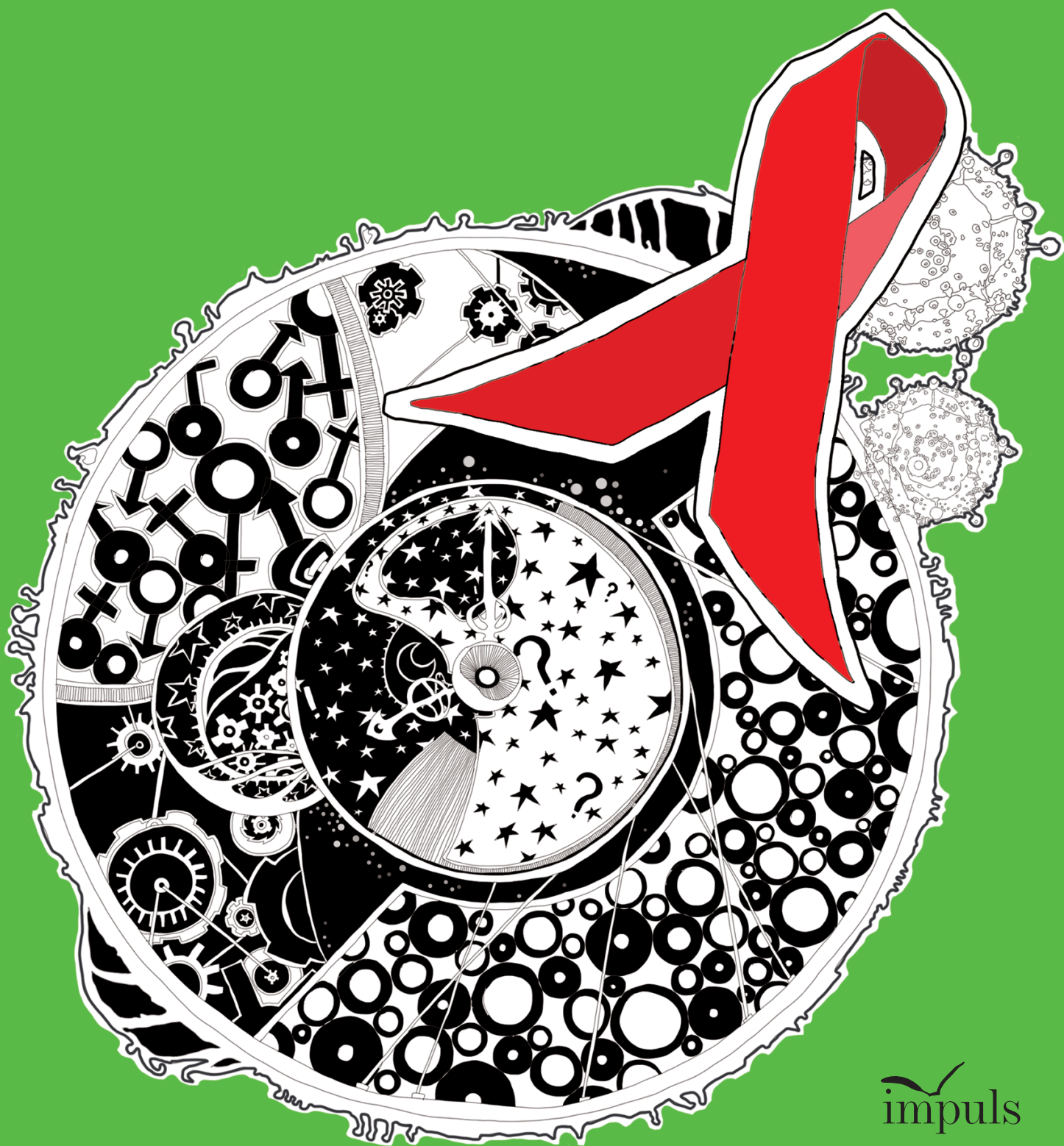


Pozytywne życie

O profilaktyce HIV/AIDS dla edukatorów

Agnieszka Walendzik-Ostrowska

Joanna Dec



Text © Copyright by Zjednoczenie na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS
„Pozytywni w Tęczy”, Warszawa 2012
This edition © Copyright by Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012

Recenzent:
prof. dr hab. Zbigniew Izdebski

Redakcja wydawnicza:
Joanna Kosturek

Opracowanie typograficzne:
Katarzyna Kerschner

Ilustracje i projekt okładki:
Dominik Jasiński

Publikacja została sfinansowana przez
Zjednoczenie na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS „Pozytywni w Tęczy”
ze środków AIDS MAC Fund

ISBN 978-83-7850-166-4

Oficyna Wydawnicza „Impuls”
30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5
tel./fax: (12) 422 41 80, 422 59 47, 506 624 220
www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl
Wydanie I, Kraków 2012

Spis treści

Od autorów projektu Pozytywne Życie	7
---	---

Wstęp	9
-------------	---

1. HIV/AIDS – co każdy edukator wiedzieć powinien

1.1. Historia i terażniejszość epidemii	15
---	----

1.2. Podstawowe informacje o HIV/AIDS	22
---	----

1.2.1. Drogi przenoszenia i przebieg zakażenia	22
--	----

1.2.2. Zachowania seksualne a ryzyko zakażenia HIV	27
--	----

1.2.3. Epidemia HIV a płeć	32
----------------------------------	----

1.2.4. Epidemia HIV a orientacje psychoseksualne	39
--	----

1.3. Założenia profilaktyki HIV	43
---------------------------------------	----

1.3.1. Zasady profilaktyki HIV w odniesieniu do zachowań seksualnych	44
--	----

1.3.2. Zasady profilaktyki HIV w zakresie zachowań związanych z przyjmowaniem narkotyków oraz profilaktyki zakażeń wertykalnych	49
---	----

1.3.3. Strategie profilaktyczne w zakresie HIV/AIDS	51
---	----

1.3.4. Słabości profilaktyki HIV w Polsce	60
---	----

1.4. Ach – ta dzisiejsza młodzież...	66
--	----

2. Jak to się robi... czyli o metodyce profilaktyki

2.1. Budowanie i realizowanie programów profilaktycznych	75
--	----

2.2. Jak konstruować scenariusze zajęć	85
--	----

2.3. Zasady i metody pracy z grupą ze szczególnym uwzględnieniem pracy z dziećmi i młodzieżą	89
2.4. Kompetencje, umiejętności i warunki niezbędne do pracy z młodymi ludźmi.....	108
Zakończenie.....	119
Bibliografia	121
Spis tabel i schematów	129

Aneksy

Aneks 1. Słownictwo	133
Aneks 2. Przykładowe scenariusze	136
„Czy mnie to dotyczy?”	136
„Co już wiem, a czego nie”	138
„Czy to naprawdę moja decyzja”	142
„Czy HIV wszystkich nas dotyczy tak samo?”	144
„Odpowiedzialne związki – sposób na HIV”	148
„Mniejszość – jaka jest w moich oczach”	150
„Gdy HIV jest obok mnie”	152
Aneks 3. Mapa zachowań seksualnych	156
Aneks 4. Mapa stylu życia	157

Od autorów projektu Pozytywne Życie

Pomysł napisania niniejszego podręcznika narodził się w środowisku osób działających na polu profilaktyki HIV. W 2010 roku Zjednoczenie na Rzecz Żyjących z HIV/AIDS „Pozytywni w Tęczy” zrealizowało działanie pod nazwą Pozytywne Życie. Był to pierwszy w Polsce projekt edukacyjno-profilaktyczny na temat HIV/AIDS skierowany do młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej, angażujący dziewięć znanych i popularnych, szczególnie wśród młodzieży, postaci polskiej muzyki, filmu i teatru. Przy współudziale Agaty Buzek, zespołu Afromental, Eweliny Flinty, Joanny Jabłczyńskiej, Natalii Kukulskiej, Kacpra Kuszewskiego, Numeru Raz, Michała Piróga i Marii Seweryn nakręcono kilka krótkich filmów dotyczących profilaktyki HIV przeznaczonych do wykorzystania podczas zajęć edukacyjnych.

Projekt mieścił się w ramach zadania publicznego „Działania w zakresie zwiększenia wykrywalności zakażeń HIV oraz ograniczenia rozmiaru ryzykownych zachowań, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży” współfinansowanego przez Miasto Stołeczne Warszawa. Projekt zrealizowano w ramach konkursu ogłoszonego przez Dzielnicę Praga Południe. Został objęty honorowym patronatem Krajowego Centrum ds. AIDS (agenda Ministerstwa Zdrowia) oraz Pełnomocnika Rządu ds. Równego Traktowania. Wszystkie szczegółowe informacje oraz filmy można znaleźć na stronie <http://www.pozytywnezycie.pl>.

Książka ta jest kontynuacją wspomnianego projektu poświęconego profilaktyce HIV wśród młodzieży. Publikacja składa się z dwóch części. W pierwszej zebrano najważniejsze, najbardziej aktualne informacje dotyczące epidemii (aspekty medyczne, psychospołeczne, kulturowe) oraz zagadnienia profilaktyki HIV, z uwzględnieniem jej miejsca w edukacji seksualnej i grupy docelowej, jaką jest młodzież. Część druga to poradnik metodyczny, w którym zamieszczono treści z zakresu organizacji programów profilaktycznych, zasad konstruowania scenariuszy oraz prowadzenia zajęć. W aneksie znajdują się przykładowe scenariusze oraz zalecenia UNAIDS (Programu Narodów Zjednoczonych ds. AIDS) dotyczące słownictwa, jakiego powinno się używać w profilaktyce HIV.

Podręcznik jest przeznaczony dla osób zajmujących się profilaktyką społeczną: edukatorów, nauczycieli, trenerów, profilaktyków i ma na celu pomoc w samodziel-

nym tworzeniu projektów profilaktycznych oraz realizowaniu zajęć z profilaktyki HIV. Pisząc w dalszej części opracowania o edukatorach, nauczycielach i profilaktykach, będziemy mieć na myśli zarówno kobiety, jak i mężczyzn.

Powstanie publikacji oraz organizację działań edukacyjnych i promocyjnych w ramach realizacji i kontynuacji zadania Pozytywne Życie współfinansuje Estée Lauder Poland Sp. z o.o. w ramach dotacji celowej przyznanej przez MAC AIDS Fund.

Robert Piotr Łukasik – prezes Zjednoczenia „Pozytywni w Tęczy”
Dagmara Kraus – koordynatorka projektu Pozytywne Życie
Agnieszka Walendzik-Ostrowska, Joanna Dec – autorki podręcznika

Autorki podręcznika dziękują wszystkim, dzięki którym dawno temu tematyka HIV/AIDS stała się ważną częścią ich życia zawodowego: profesorowi Zbigniewowi Izdebskiemu, Kasi Malinowskiej-Sempruch, Wiesiowi Sokolukowi, Grażynie Budce-Konieczny, Grażynie Czubińskiej, Dorocie Rogowskiej-Szadkowskiej i wielu innym naszym Nauczycielom, o których zawsze pamiętamy. Dziękujemy także Przyjaciołom: tym, którzy już odeszli, i tym, którzy żyją z HIV na co dzień. Bez Waszej przyjaźni i zaufania nie mogłybyśmy napisać tej książki.

Agnieszka Walendzik-Ostrowska i Joanna Dec

Wstęp

Po 31 latach od opisanego pierwszego przypadku zakażenia o epidemii HIV/AIDS wiadomo już naprawdę dużo. Znane są drogi przenoszenia infekcji oraz przebieg zakażenia. Opracowano wiele leków, których przyjmowanie nie prowadzi co prawda do wyleczenia, ale sprawia, że zakażeni i chorzy są rzadziej hospitalizowani, dłużej funkcjonują bez żadnych objawów infekcji, mogą żyć z zakażeniem jak z wieloma innymi chorobami przewlekłymi. Wiadomo, jak ochronić się przed zakażeniem – precyzyjnie określono metody profilaktyki, która jest skuteczna. Wiedza o HIV/AIDS wciąż się rozwija, ale jest wiele pytań, na które nauka nie zna jeszcze odpowiedzi. Nie wiadomo, jak długo będzie można żyć z AIDS, przyjmując leki, nieznane są wszystkie skutki uboczne farmaceutyków. Wciąż nie ma szczepionki i prawdopodobnie jeszcze bardzo długo przyjdzie na nią czekać. Nie wiadomo do końca, dlaczego nie zawsze – w czasie kontaktu z wirusem – dochodzi do zakażenia. I wciąż zakażają się nowe osoby – coraz młodsze, w zdecydowanej większości heteroseksualne.

Szczególną grupą potrzebującą działań profilaktycznych są młodzi ludzie. Nawet jeśli o HIV wiedzą sporo, to problemem jest fakt, że nie traktują zakażenia w kategoriach osobistego zagrożenia. Na pytanie o HIV niemal odruchowo odpowiadają: „to mnie nie dotyczy”. To wyzwanie dla profilaktyków – pokazać innym, że HIV może dotyczyć ich bezpośrednio, że ryzykowne zachowania są powszechne, a decyzja o wykonaniu testu na HIV jest wyrazem odpowiedzialności, a nie głupoty. Sztuką jest zrealizowanie powyższych zadań bez straszenia i moralizowania. Bo strach oraz wskazywanie „jedyną słuszną drogą” sprawia, że ludzie się zniechęcają, nie przyjmują informacji i nie chcą dalej słuchać. Zwłaszcza młodzi ludzie.

HIV – czy nam się to podoba czy też nie – mocno wiąże się z seksem. A wszystko co seksu dotyczy, budzi emocje, często skrajne i sprzeczne. Seks w naszym kraju to sprawa skomplikowana. Z jednej strony jesteśmy bombardowani treściami o charakterze seksualnym, nagości w reklamach właściwie już nie zauważamy, sceny erotyczne w telewizji zobaczyć można praktycznie przez cały dzień. Gdy szukamy w sieci treści grzecznych i porządných, natrafiamy na wcale nie grzeczne strony. Jednocześnie wciąż się tego seksu wstydzimy w pruderyjny sposób, niemający nic

wspólnego z poczuciem intymności. Próba publicznej dyskusji na temat seksualności i edukacji seksualnej to mało strawny dla słuchacza/widza koktajl osobistych racji związanych z wyznawanym światopoglądem, fałszywej wstydlivości, moralizowania, dulszczyzny, protekcjonalizmu i przekonania o wyższości własnych poglądów nad poglądami innych, w powodzi którego giną nieliczne głosy rozsądku. W rezultacie młodzież w szkole jest przekonywana, że prezerwatywy składają się z samych dziur, a od masturbacji można oślepnąć. Że antykoncepcja niszczy zdrowie i związek, a metody naturalne są idealne dla kobiet nieregularnie miesiączkujących. Po ukończeniu 15. roku życia można „legalnie” rozpocząć współżycie, ale ginekolog, chcąc przepisać pigułki antykoncepcyjne, musi mieć zgodę rodzica, podobnie jest zresztą z badaniem na HIV. Edukację seksualną młodszych i starszych Polaków zapewniają Internet i pornografia, pełne mitów, nieprawdziwych i często groźnych dla zdrowia przekonań. A tymczasem w szkołach co roku zjawiają się młodzi ludzie, potrzebujący rzetelnych informacji, atmosfery zrozumienia i szacunku oraz życzliwych dorosłych, którzy – mniej emocjonalnie nastawieni niż rodzice – pomogą uporać się z trudem dojrzewania, zrozumieć budzącą się seksualność i podjąć mądre decyzje m.in. dotyczące intymności i życia seksualnego. Dlatego edukacja seksualna¹ i związana z nią profilaktyka HIV nie są fanaberią grupy zafiksowanych na seksie i mówieniu o nim zapaleńców. To dzisiaj konieczność i wręcz obowiązek dorosłych wobec młodych ludzi wkraczających w życie, mających prawo do rzetelnych informacji i treningu podejmowania ważnych dla nich decyzji. Także tych dotyczących życia seksualnego.

Drugim, niezwykle ważnym zadaniem profilaktyki jest kształtowanie społecznego wizerunku osób żyjących z HIV/AIDS. Co prawda zmienia się postrzeganie ludzi zakażonych i mogą oni coraz częściej liczyć na zrozumienie i akceptację, nie tylko deklaracyjną. Ale dzieje się to zbyt wolno. Osoby przypuszczające, że mogą być zakażone, a także te dowiadujące się o zakażeniu, zwykle najbardziej boją się reakcji innych ludzi i tego, że zostaną skazane na śmierć społeczną. Strach przed AIDS, tak silny w pierwszych latach epidemii, wciąż jest żywy. Ma on przyczynę w tym, że pierwsze zachorowania obserwowano wśród mężczyzn homoseksualnych, co spowodowało, już na samym początku epidemii, specyficzne reakcje społeczne. Chorobę nazwano rakiem gejów i uznano, że ma ona związek z zachowaniami homoseksualnymi (Petersen 2002, s. 394). Kiedy okazało się, że chorują także osoby przyjmujące narkotyki dożylnie oraz kobiety świadczące usługi seksualne, reakcje społeczne były już bardzo negatywne i oscyływały wokół postaw odrzucenia

1 Określenie „edukacja seksualna” jest w Polsce różnie definiowane, niekiedy utożsamia się je z wychowaniem seksualnym. Edukacja dotyczy bardziej procesu przekazywania wiedzy o seksualności człowieka, wychowanie jest natomiast procesem kształtowania postaw, norm i wartości, a także umiejętności wartościowania postaw i zachowań innych ludzi. W książce będziemy stosować oba terminy zamiennie, rozumiejąc je jako całość oddziaływań wychowawczych i edukacyjnych dotyczących seksualności człowieka.

i nietolerancji oraz agresji. Fakt, że HIV przenosi się m.in. przez kontakty seksualne, sprawił, iż nowa choroba zaczęła budzić wielkie kontrowersje. Trzy grupy ludzi, wśród których się pojawiła, były negatywnie oceniane i potępiane już wcześniej, ale marginalizacja społeczna szczególnie nasiliła się w tym okresie. Zachowania osób należących do tych grup, w opinii wielu, naruszają normy społeczne. Niechęć i strach były bardzo silne. Nawet gdy okazało się, że na AIDS zaczynają także chorować ludzie spoza wymienionych wcześniej grup, osoby zakażone zaczęły obwiniać za to, że chorują. Obiektywnie patrząc: wszyscy ludzie są odpowiedzialni za swoje zdrowie – to styl życia w znaczący sposób determinuje nasze choroby i każdy z nas niejako „zapracowuje sobie” na nie. Ale tylko w przypadku AIDS podkreślano ten fakt w sposób dobitny i miało to swoje odzwierciedlenie w stosunku wielu społeczności do osób żyjących z HIV i z AIDS. Dodatkową cechą wzmacniającą stygmatyzację ludzi z HIV/AIDS jest fakt, że AIDS to choroba śmiertelna – a ludzie w zdecydowanej większości przypadków boją się cierpienia i śmierci oraz starają się unikać wszystkiego, co jest z nimi związane. Pojawienie się AIDS spowodowało tak naprawdę wybuch czterech wielkich epidemii: epidemii zakażeń HIV, epidemii zachorowań na AIDS, epidemii strachu przed AIDS, jako reakcji na dwie pierwsze, oraz epidemii dyskryminacji jako skutku tej ostatniej (Stapiński 1993, s. II).

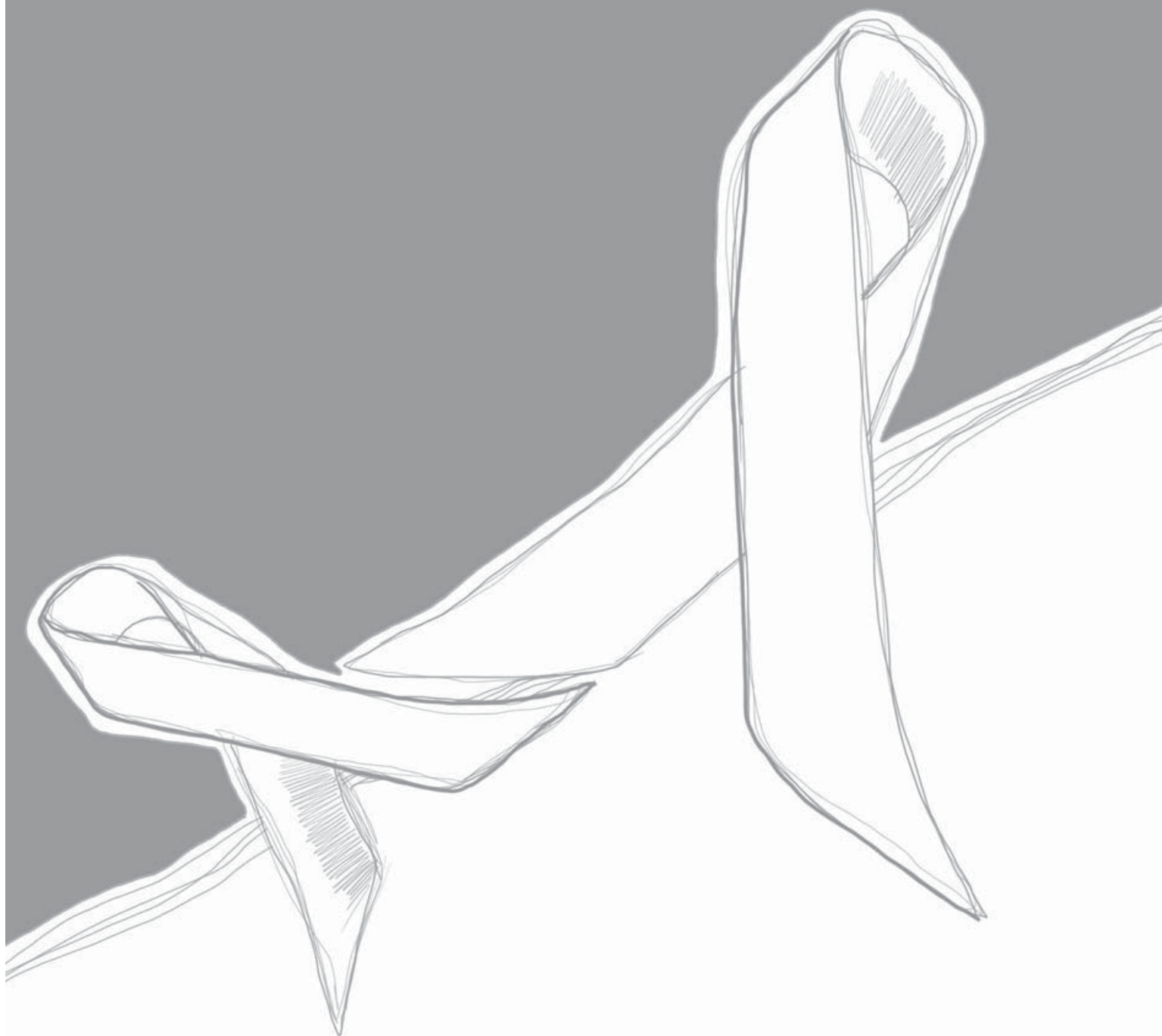
Postawy społeczne w Polsce wobec osób zakażonych ulegają pozytywnym zmianom, choć zmiany te nie są znaczące i nie dotyczą wszystkich aspektów życia osób z HIV. Nie są to także przemiany rewolucyjne – badania przeprowadzane od kilku lat pokazują raczej powolną ewolucję opinii Polaków na temat ludzi zakażonych i chorych: od najbardziej negatywnych do akceptujących i wspierających (Izdebski 2012, s. 544). W latach 1997–2005 zmniejszył się wskaźnik postaw dyskryminacyjnych. Znaczącą przeszkodą w zmianie postaw jest to, że osoby zakażone i chore boją się ujawnienia właśnie ze względu na negatywny wizerunek samej choroby i wszystkiego, co z nią związane. W rezultacie bardzo niewielu ludzi w naszym kraju zna bądź znało kogoś w swoim najbliższym otoczeniu, kogo HIV/AIDS dotyczyły bezpośrednio – przyznaje się do tego zaledwie 3% Polaków. Pamiętać należy, że są to postawy deklarowane – a te w badaniach są zwykle bardziej pozytywne niż w rzeczywistości. Doświadczenia osób żyjących z HIV/AIDS pokazują, że ogólny wskaźnik postaw dyskryminacyjnych w Polsce – według badań wynoszący 42,4% – jest zaniżony. Ponadto zwiększył się w porównaniu do badań z 2001 roku – wtedy wynosił 32%. W tym miejscu warto wspomnieć o roli sławnych osób zakażonych – na świecie znani aktorzy, muzycy czy sportowcy, którzy ujawnili opinii publicznej swoje zakażenie czy chorobę, znacznie przyczynili się do zmiany postaw i stereotypów dotyczących innych zakażonych i chorych. W Polsce osoby znane i popularne obawiają się wykonać test w kierunku HIV w miejscu powszechnie dostępnym. Żadna z tych, która zrobiła badanie i otrzymała wynik dodatni, nie ujawniła tego faktu publicznie. Świątecznym w tunelu jest ostania kampania społeczna dotycząca promocji testowania w kierunku HIV „Nie Dostaniesz Mnie!” organizowana przez

Zjednoczenie „Pozytywni w Tęczy”. Do wykonywania badań zachęcają Aleksandra Kwaśniewska, Kuba Wesołowski, Małgorzata Socha i Mateusz Damięcki.

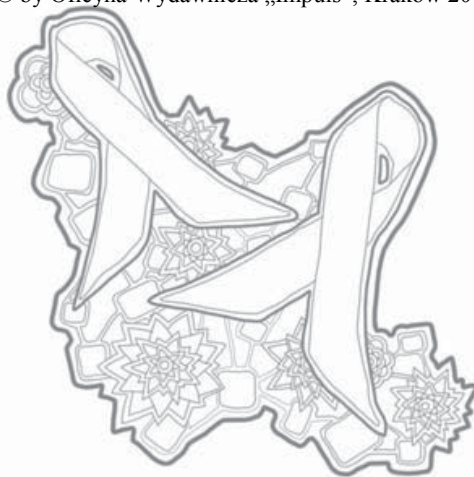
Po 20 latach epidemii postawy izolacji i marginalizacji osób żyjących z HIV/AIDS są nadal obecne i to wcale w niemałym zakresie. Edukacja na temat HIV, oparta na przekazywaniu wiedzy, ale również na pracy nad własnymi postawami, emocjami i przekonaniem, wydaje się jedynym sposobem przeciwdziałania negatywnym zjawiskom w zakresie postaw wobec ludzi żyjących z HIV/AIDS. Niezwykłą rolę odgrywają tu same osoby zakażone. Ich osobiste doświadczenie przekazywane w trakcie bardziej bądź mniej intymnych spotkań z różnymi grupami ma chyba największą siłę oddziaływania. Mówią o tym zresztą sami uczestnicy takich „spotkań z rzeczywistością”. Dla bardzo wielu ludzi takie spotkanie ma siłę rażenia porównywalną do tej, która działała na uczestników 15 lat temu.

Program profilaktyki HIV naszym zdaniem powinien uwzględniać oba te cele. Jednocześnie powinien przekazywać wiedzę, dać szansę na osobiste przeżycie i przyjrzenie się własnemu życiu i zachowaniom ze względu na ryzyko zakażenia, a także na zobaczenie w haśle „HIV/AIDS” konkretnych ludzi, którzy starają się żyć z zakażeniem i chorobą. Jeśli towarzyszy temu atmosfera zrozumienia, akceptacji i szacunku dla innych, jeśli nie ma moralizowania i protekcjonalizmu, to pojawia się duża szansa na niezmarowanie czasu i pomoc młodym ludziom w uczeniu się podejmowania ważnych decyzji.

Chcemy także podkreślić, że bardzo ważne jest aktywne włączanie młodych ludzi w projekty profilaktyczne do nich kierowane (zarówno na etapie pomysłu, jak i planowania oraz realizacji). Aby uwidocznić wagę tego problemu, w 2000 roku podczas światowego kongresu AIDS w Barcelonie utworzono koalicję o nazwie YouthForce, zrzeszającą światowe organizacje młodzieżowe w celu wymiany doświadczeń, budowania sieci współpracy oraz planowania wspólnych akcji informacyjnych i profilaktycznych skierowanych do tej grupy. Także na tegorocznej XIX Międzynarodowej Konferencji AIDS w Waszyngtonie koalicja czynnie uczestniczyła w dyskusjach poświęconych udziałowi młodych ludzi i ich roli w profilaktyce, edukacji, rzecznictwie i pomocy. To może być klucz do zmiany: angażowanie młodzieży w działanie, a nie jedynie zmuszanie jej do biernego uczestnictwa.



1. HIV/AIDS – co każdy edukator wiedzieć powinien



1.1. Historia i terażniejszość epidemii

Od chwili rozpoznania pierwszych przypadków zakażeń HIV minęło już 31 lat. W tym czasie miały miejsce znaczące wydarzenia, które wpłynęły na to, co się dzieje dziś. Nie jesteśmy w stanie opisać ich wszystkich, ale wskażemy te naszym zdaniem najistotniejsze¹. Pierwsze zakażenia HIV nastąpiły jeszcze w latach 50. i 60. (Zhu *et al.* 1998, s. 594–597), epidemia HIV rozpoczęła się w latach 70., natomiast pierwsze odnotowane zachorowania na AIDS to początek lat 80. Na początku czerwca 1981 roku w biuletynie CDC² *Morbidity and Mortality Weekly Report*³ opisano nową chorobę, nie znając jeszcze czynnika ją wywołującego ani dróg przenoszenia (Gottlieb *et al.* 1981, s. 1425). Wiadomo było tylko, że pacjenci mają bardzo niski poziom odporności, chorują na infekcje zakaźne (wirusowe, bakteryjne, pierwotniakowe, grzybicze), a pomimo leczenia śmiertelność była bardzo wysoka i wynosiła ok. 80%. Rok później podczas sympozjum w Waszyngtonie, w którym wzięli udział urzędnicy federalni, uczeni i aktywiści społeczni, chorobę nazwano AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, czyli zespół nabytego niedoboru odporności. W 1983 roku prof. Luc Montagnier z Instytutu Pasteura w Paryżu wyizolował czynnik wywołujący spadek odporności, który ostatecznie (w 1986 roku) uzyskał nazwę HIV – *Human Immunodeficiency Virus*, ludzki wirus niedoboru odporności. Za to odkrycie w 2008 roku, wraz z Françoise Barré-Sinoussi, Luc Montagnier otrzymał Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny. W San Francisco czterej świadomi niedalekiej śmierci młodzi mężczyźni: Bobbi Campbell, Bobby Reynolds, Dan Turner i Mark Feldman zorganizowali marsz, a jego mottem było hasło niesione na wielkim banerze: „Walka o nasze życia” (*Fighting For Our Lives*). Był to pierwszy *AIDS Candlelight Memorial* (Memoriał Pamięci i Mobilizacji

1 Fragment napisany na podstawie kalendarium epidemii na świecie i w Polsce w opracowaniu dr Doroty Rogowskiej-Szadkowskiej. Kalendarium w całości dostępne na stronie Krajowego Centrum ds. AIDS: www.aids.gov.pl/?page=wiedza&act=main&id=57 [data dostępu: 15.08.2012].

2 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – amerykańskie Ośrodki Kontroli i Zapobiegania Chorobom.

3 MMWR – cotygodniowy biuletyn CDC.

w Walce z AIDS), który od tamtej pory odbywa się w każdą третią niedzielę maja. To największa międzynarodowa kampania społeczna na świecie⁴.

W 1984 roku wykazano, że HIV przenosi się w trakcie kontaktów heteroseksualnych. Co roku, w atmosferze strachu, zgłaszano coraz więcej przypadków nowych zakażeń. Wtedy też pojawiło się, feralne z dzisiejszej perspektywy, określenie „grupy ryzyka”. Zaliczono do nich w pierwszej kolejności mężczyzn homoseksualnych, osoby przyjmujące narkotyki dożylnie, biorców krwi (w tym hemofiliaków) i prostytutki. Wszyscy, którzy nie znaleźli się na tej liście, uznali się za wolnych od ryzyka zakażenia. To, jak się okazało, nieprawdziwe założenie skutkuje dziś przekonaniem wielu osób, że HIV dotyczy określonych grup: „jeśli się nie znajduję w grupie ryzyka, to HIV mnie nie dotyczy”. Dość szybko epidemia została także określona „plagą XX wieku” – a plaga zawsze kojarzy się z karą. Za co zostaliśmy ukarani? Za rewolucję seksualną, oddzielenie seksu od prokreacji, homoseksualność, niemonogamiczne związki, promiskuityzm seksualny, nielegalne przyjmowanie narkotyków. Stałe skojarzenia z AIDS to: seks, orgie, perwersja, przestępstwo, nałóg (Sokołowska 1990, s. 47). Wobec tego nie dziwi fakt, że zdecydowana większość ludzi nie dostrzega związku między własnymi zachowaniami a możliwością zakażenia. A przecież to nie przynależność do konkretnej grupy, a konkretne zachowania narażają na zainfekowanie.

W 1985 roku pojawił się pierwszy test przesiewowy na wykrywanie przeciwciał anty-HIV. Pierwsza znana osoba – amerykański aktor Rock Hudson – zmarła na AIDS. Amerykański DHHS (Departament Zdrowia i Opieki Społecznej) wydał pierwsze zalecenia dotyczące zapobiegania przenoszenia zakażenia z matki na dziecko. Wtedy też CDC opublikowało dane mówiące o tym, że zarówno kontakty heteroseksualne, jak i używanie zanieczyszczonych igieł odgrywają rolę w transmisji wirusa wywołującego AIDS. W Polsce rozpoznano pierwsze przypadki zakażenia. Rozpoczęto też badania w kierunku wykrycia zakażenia wśród tzw. grup ryzyka.

W 1986 roku rozpoczęto badania nad pierwszym lekiem na HIV – AZT (Zydowudyna, Retrowir). Badania kliniczne przerwano, kiedy tylko się okazało, że lek działa, i zaczęto podawać go pacjentom. W badaniach wykorzystano 1213 zamrożonych próbek surowic pobranych do badań immunogenetycznych w latach 1959–1982, pochodzących z różnych regionów Afryki. W jednej z nich stwierdzono obecność przeciwciał anty-HIV: surowica pochodziła z 1959 roku i należała do mężczyzny z plemienia Bantu, mieszkającego wówczas w Leopoldville (Kongo Belgijskie), cierpiącego na anemię sierpowatą – w 1998 roku potwierdzono, że jest to najstarszy znany przypadek zakażenia HIV na świecie. W Polsce zmarł na AIDS pierwszy pacjent, rozpoczęto też badania serologiczne u dawców krwi. AIDS wpisano na listę chorób zakaźnych podlegających przymusowemu leczeniu.

W 1987 roku WHO powołała GPA – Global Programme on AIDS (Światowy Program ds. AIDS). Jego pierwszym dyrektorem został dr Jonathan Mann, który

4 Więcej na: <http://www.candlelightmemorial.org/> [data dostępu: 17.08.2012].

do współpracy przy działaniach na rzecz zapobiegania epidemii zaprosił organizacje pozarządowe – zdarzenie w pracy WHO bez precedensu. O atmosferze strachu świadczy fakt, że Amerykanie wprowadzili prawo zezwalające na usuwanie z kraju chorych i zakażonych oraz zabraniające im wjazdu do USA. Zakaz ten zniesiono dopiero w 2010 roku. Doświadczalnie udowodniono, że prezerwatywy z lateksu są skuteczne w zapobieganiu transmisji wirusa podczas kontaktów seksualnych. W czerwcu 1988 roku, podczas plenarnego posiedzenia ONZ ustalono, że 1 grudnia będzie co roku obchodzony jako światowy dzień walki z AIDS i przedsięwzięcie to umożliwi organizacjom rządowym, pozarządowym i lokalnym, jak również osobom prywatnym zwrócić uwagi na walkę z AIDS, a także konieczność pomocy ludziom żyjącym z HIV, chorym na AIDS i ich bliskim. Pierwsze hasło Światowego Dnia AIDS brzmiało: „Przyłącz się do światowych działań”. W Polsce opracowano pierwszy Krajowy Program Zapobiegania AIDS na lata 1988–1990, kolejne wieloletnie programy powstały w latach 1996, 1999, 2004, 2007 i 2012 (ten ostatni na lata 2012–2016). Stworzenie i przyjęcie przez Sejm RP dokumentu określającego politykę państwa polskiego wobec problematyki AIDS to bardzo ważne narzędzie, dzięki któremu prowadzone były i są wszelkie działania profilaktyczne.

W 10 lat od rozpoznania epidemii, w 1991 roku CDC przekazało informację, że prawdopodobnie milion Amerykanów żyje z HIV. Koszykarz ligi NBA Earwin „Magic” Johnson przyznał, że jest zakażony, wycofał się ze sportu i zajął się działalnością edukacyjną. W Wielkiej Brytanii Freddie Mercury, lider grupy Queen, na dzień przed śmiercią publicznie wyznał, że choruje na AIDS. Czerwona kokardka została uznana za symbol solidarności z osobami zakażonymi i chorymi. W Polsce zakażenie wirusem stwierdzono u prawie 2000 osób, Minister Spraw Wewnętrznych wydał rozporządzenie, na mocy którego stwierdzenie u policjanta zakażenia HIV powoduje uznanie go za „całkowicie niezdolnego do służby”. Dopiero w 2009 roku Trybunał Konstytucyjny orzekł, że przepis ten jest niezgodny z Konstytucją RP – po rozpoznaniu sprawy policjanta służącego w policji od 1998 roku, który w 2006 roku w ramach rutynowych badań zgodził się na wykonanie nieobowiązkowego testu na HIV. Test dał wynik pozytywny. W rezultacie komendant miejski policji zwolnił go ze służby, a komenda wojewódzka potwierdziła tę decyzję.

W 1992 roku we Francji wyrokami skazującymi zakończył się proces 4 pracowników Ministerstwa Zdrowia oskarżonych o zezwolenie na dystrybucję w latach 1980–1985 produktów krwiopochodnych, o których wiadano, że są zakażone HIV. W Polsce w sierpniu prymas Polski Józef Glemp, zwracając się do 300 000 osób zgromadzonych na Jasnej Górze, głównie młodzieży, powiedział: AIDS „to jest zło, które przede wszystkim zaczyna się od postawy moralnej, a w konsekwencji zagraża zdrowiu i życiu i wywołuje ogromne zakłócenia społeczne, przyprawiając o cierpienie i śmierć także niewinne osoby”⁵. W ten sposób po raz kolejny w jedno

5 Kalendarium dostępne na stronie: www.aids.gov.pl/?page=wiedza&act=main&id=57 [data dostępu: 15.08.2012]

połączono chorobę i moralność. W grudniu zostało powołane Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zwalczania AIDS (od 1999 roku Krajowe Centrum ds. AIDS).

W 1993 roku w USA, dopiero 12 lat po odkryciu epidemii, powołano Women's Interagency HIV Study (WHIS) – projekt badawczy dotyczący specyfiki przebiegu zakażenia HIV u kobiet, a WHO na listę chorób wskazujących na AIDS wpisała raka szyjki macicy. Powstał film *Philadelphia* w reżyserii Jonathana Demme mówiący o dyskryminacji chorych na AIDS. Odtwórca głównej roli, Tom Hanks, otrzymał za nią Oscara. W Polsce powstały Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS oraz Społeczny Komitet ds. AIDS.

W 1994 roku opublikowano wyniki badań ACTG 076 prowadzonych wśród ciężarnych kobiet zakażonych HIV, które wykazały, że przyjmowanie AZT przez matkę w czasie ciąży i porodu oraz przez noworodka przez pierwszych sześć tygodni życia zmniejsza znacząco ryzyko przeniesienia zakażenia HIV z matki na dziecko. W Polsce powołano do życia Stowarzyszenie Wolontariuszy wobec AIDS „Bądź z Nami” – pierwszą organizację, która powstała z inicjatywy osób żyjących z HIV, chorych na AIDS, ich rodzin, bliskich i przyjaciół. W grudniu w Warszawie odbyła się I Międzynarodowa Konferencja „Chory na AIDS w rodzinie i społeczeństwie”. W 2012 roku odbędzie się ona po raz 19.

W 1995 roku GPA, działający w strukturach WHO, został przekształcony w UNADIS – samodzielny Program Narodów Zjednoczonych ds. AIDS. To pokazuje światową rangę epidemii – żadna inna choroba nie ma „swojego” programu w ramach ONZ. Amerykański Urząd ds. Kontroli Żywności i Leków (FDA) zarejestrował pierwszy inhibitor proteazy – Sakwinawir – lek z grupy najsilniej hamujących replikację HIV w organizmie. W Rosji stwierdzono pierwszy przypadek zakażenia wśród osób przyjmujących narkotyki – w ciągu następnych 18 miesięcy liczba ta wrosła do ponad 2 200. W Polsce powstał pierwszy punkt wymiany igieł i strzykawek, uruchomiony przez Monar w Krakowie. Zlikwidowano imienny rejestr osób zakażonych HIV, a system zgłaszania danych oparto na zasadzie anonimowości, który obejmuje dane takie, jak hasło, płeć, wiek, województwo zamieszkania. W 10 lat od rozpoczęcia badań w naszym kraju zakażenie HIV stwierdzono u ponad 4 300 osób.

Rok 1996 to nowa era w leczeniu zakażenia HIV. W marcu FDA zarejestrowała kolejne dwa inhibitory proteazy, a określenie HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy), czyli wysoce aktywna terapia antyretrowirusowa, dało nadzieję na znaczącą zmianę jakości życia osób zakażonych i chorych. Rok później opublikowano jedno z pierwszych doniesień mówiących o tym, że skojarzona terapia antyretrowirusowa przyczynia się do znacznego zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów związanych z zakażeniem HIV nawet u pacjentów, u których rozpoczęto ją w zaawansowanym stadium zakażenia. W latach następnych wiele publikacji potwierdziło te obserwacje. Komisja ds. Socjalnych Episkopatu Francji, pod przewodnictwem biskupa Alberta Rouet of Poitiers, opublikowała tekst, w którym zgadza się z potencjalnym stosowaniem kontroli urodzin, jednak przyznaje, że środki antykoncepcyjne

(prezerwatywy) zmniejszają poważne ryzyko zakażenia HIV. Dotychczas to jedyny głos przedstawicieli Kościoła katolickiego dopuszczający w niektórych sytuacjach używanie prezerwatyw. W USA rozpoczęto promowanie programów dotyczących edukacji seksualnej młodzieży pod hasłem „Tylko abstynencja” (ang. *abstinence only*). W Polsce w Ryni koło Warszawy odbyło się I Ogólnopolskie Spotkanie Osób Żyjących z HIV/AIDS zorganizowane przez Stowarzyszenie Wobec AIDS „Bądź z Nami”. Przyznano też po raz pierwszy nagrodę Czerwona Kokardka – miały ją otrzymywać osoby szczególnie zasłużone w profilaktyce HIV i pracy na rzecz osób zakażonych. Uhonorowano m.in. Zofię Kuratowską i Marka Kotańskiego.

Pod koniec 1997 roku UNAIDS podało, że epidemia AIDS dotyczy większej liczby osób, niż pierwotnie sądzono: 30 milionów osób na świecie było zakażonych HIV, w roku 1997 zmarło 2,3 miliona osób na AIDS, prawie połowę z nich stanowiły kobiety. Na świecie 1 na 100 dorosłych w wieku od 15 do 49 lat był zakażony HIV, ale tylko 1 na 10 osób zakażonych wiedziała o swojej chorobie. W Polsce znowelizowano *Kodeks karny*. Artykuł 161 §1 brzmi: „Kto, wiedząc, że jest zarażony wirusem HIV, naraża bezpośrednio inną osobę na takie zarażenie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. W latach 1999–2011 wszczęto 262 postępowań z tego tytułu.

W 1998 roku wykazano, że Nonoksynol-9, składnik wielu preparatów plemnikobójczych, nie zapobiegał zakażeniom HIV, choć wcześniej wiele obiecywano sobie po tym środku (w warunkach laboratoryjnych unieszkodliwiał HIV). Rok później opublikowano wyniki analizy badań prowadzonych w Europie i USA, w której wykazano, że elektywne cięcie cesarskie przeprowadzone przed rozpoczęciem akcji porodowej i przed pęknięciem błon płodowych dodatkowo zmniejsza o połowę ryzyko przeniesienia zakażenia HIV z matki na dziecko, a w połączeniu z terapią antyretrowirusową do 2%. Po raz pierwszy w Afryce liczba zakażonych HIV kobiet była większa od liczby zakażonych mężczyzn.

W 2000 roku wyliczono, że mimo wysokich kosztów skojarzonej terapii antyretrowirusowej jest ona ekonomicznie opłacalna, gdyż zmniejsza częstość zachorowań związanych z zakażeniem HIV, a co za tym idzie – koszty hospitalizacji pacjentów, maleją także koszty związane z niezdolnością do pracy. W USA Kongres zwiększył dotacje federalne na programy edukacji seksualnej młodzieży w wielu 12–18 lat pod hasłem „Tylko abstynencja” (ang. *abstinence only*), kierowane bezpośrednio do organizacji pozarządowych, nakazujące nauczanie wyłącznie o zachowaniu abstynencji seksualnej do czasu zawarcia małżeństwa jako jedynej drodze uniknięcia nieplanowanej ciąży, chorób przenoszonych drogą płciową i innych problemów zdrowotnych. W Polsce Krajowe Centrum ds. AIDS wspólnie z Polską Fundacją Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” oraz UNDP (Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju) zorganizowały promocję punktów konsultacyjno-diagnostycznych wykonujących testy w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV bez skierowania, bezpłatnie i anonimowo. Dzisiaj takie punkty działają w 27 większych miastach w całej Polsce (dane z 2012 roku).

W 2002 roku, ponad 20 lat od początku epidemii, połowa Amerykanów sądziła, że HIV można się zakazić podczas codziennych społecznych kontaktów i opowiadała się za obowiązkowymi badaniami grup ryzyka. Na Ukrainie oficjalnie podano, że zakażony jest 1% dorosłych mieszkańców tego kraju. W emitowanej w RPA wersji *Ulicy Sezamkowej* wprowadzono puszystą postać w kolorze musztardy, zakażoną HIV, o imieniu Kami (imię pochodzi od słowa „akceptacja”). W listopadzie FDA zarejestrowało w USA szybki test na HIV, dający wynik po 20 minutach, przydatny m.in. w szybkiej diagnostyce zakażenia kobiet ciężarnych tuż przed lub w czasie porodu.

W 2004 roku Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zarekomendowało badania w kierunku HIV wszystkim ciężarnym.

W 2005 roku WHO wpisało Metadon i Buprenorfinę na listę leków niezbędnych (WHO List of Essentials Medicines); leki te są stosowane w terapii substytucyjnej osób uzależnionych od opiatów.

Rok później, w 2006, opublikowano wyniki randomizowanych badań prowadzonych w RPA, w których wykazano, że obrzezanie mężczyzn zmniejsza u nich ryzyko zakażenia się HIV: po 17 miesiącach liczba nowych zakażeń wirusem wynosiła 49 w grupie kontrolnej i 20 w grupie obrzezanych pacjentów (zmniejszenie ryzyka zakażenia o 60%). Podobne wyniki uzyskano w badaniach amerykańskich prowadzonych w Afryce.

W październiku 2007 roku wstrzymano badania nad STEP (HVTN 502 lub Merck V520-02) i HVTN 503 lub Phambili – szczepionką mającą zapobiegać zakażeniom HIV. Na podstawie uzyskanych wyników nie wykazano, by badana szczepionka zapobiegała zakażeniom HIV lub wpływała na przebieg infekcji. W Polsce w mediach pojawiła się informacja, że jeden z uchodźców z Afryki, Simon M., świadomie zakażał HIV młode kobiety w Warszawie. Spowodowało to ponowne zainteresowanie się problematyką HIV/AIDS w środkach masowego przekazu, a także znaczne zwiększenie liczby osób zgłaszających się do punktów konsultacyjno-diagnostycznych w celu wykonania testu na obecność przeciwciał anti-HIV.

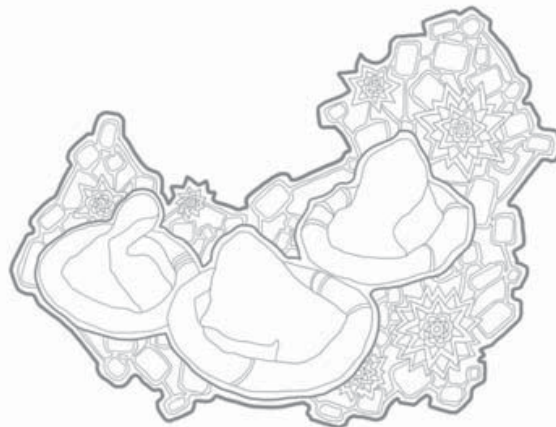
W 2008 roku w czasopiśmie „Journal of Adolescent Health” opublikowano wyniki badań prowadzonych wśród 1 719 nastolatków w wieku 15–19 lat, w których porównano wpływ rodzaju edukacji na aktywność seksualną. Wykazano, że informacje o antykoncepcji nie wiązały się ani ze zwiększeniem ryzyka aktywności seksualnej nastolatków, ani z częstotliwością nabywania chorób przenoszonych drogą płciową. Wśród nastolatek, które otrzymały pełną edukację seksualną, istniało mniejsze ryzyko zajścia w ciążę niż wśród edukowanych wyłącznie o abstynencji lub nie otrzymujących żadnej edukacji w tym zakresie.

Dziś na świecie z HIV lub AIDS żyje ok. 33 milionów osób. Co 12 sekund ktoś zakaża się HIV, co 17 sekund ktoś inny umiera na AIDS. Prawie 40% ludzi żyjących z HIV na świecie jest między 15. a 24. rokiem życia. Zdecydowana większość zakażonych żyje w krajach rozwijających się (około 95%), przede wszystkim w Afryce. Wspólną cechą epidemii jest fakt, że HIV dotyka głównie osoby młode.

Niepokojąco szybko wzrasta liczba zakażeń w Europie Wschodniej i Azji, głównie w Rosji, Indiach i Chinach. Jednocześnie szacuje się, że zaledwie 40% seropozytywnych osób wie o swoim zakażeniu (*Harmonogram...* 2012, s. 7). Wciąż niewielka grupa ma dostęp do leków.

W Polsce od 1985 roku do końca czerwca 2012 roku zakażenie HIV stwierdzono u 15 724 obywateli polskich, diagnozę AIDS postawiono u 2763 osób, z powodu choroby zmarły 1162 osoby (<http://aids.gov.pl/?page=epidemiologia&act=pl&id=1>, data dostępu: 24.08.2012). Dostęp do leków ma prawie 6000 pacjentów. Nowe zakażenia coraz częściej dotyczą osób heteroseksualnych zakażonych przez kontakty seksualne, rośnie liczba zakażonych młodych kobiet. Ministerstwo Zdrowia szacuje liczbę zakażonych HIV w Polsce na około 30 000 (Halota, Pawłowska 2006a, s. 17). Inne szacunki mówią nawet o 60 000 (Jabłoński 2003). Odsetek zakażonych HIV w wyniku używania niesterylnych igieł i strzykawek zmniejszył się o około 2/3 w porównaniu ze stanem z początku lat 90. i obecnie wynosi niecałe 38% wszystkich stwierdzonych zakażeń.

Coroku zakażenie HIV stwierdza się w Polsce u około 600–700 osób. Ale wciąż zbyt mało Polaków i Polek wykonuje testy w kierunku wykrycia zakażenia. W badaniach z 2005 roku zaledwie 6% badanych zadeklarowało wykonanie testu w kierunku HIV przynajmniej raz w życiu, ale w 80% badanie odbyło się z innych powodów niż własna decyzja, np. przy oddawaniu krwi, przyjęciu do pracy (Izdebski 2005). Zaledwie 1,2% osób w naszym kraju świadomie decyduje się na badanie. Nie ma jednego powodu, dla którego powyższe statystyki przedstawiają się właśnie tak niepokojąco. Stan wiedzy Polaków (ale nie tych najmłodszych) na temat HIV/AIDS nie jest zły: zdecydowana większość z nas słyszała o HIV, prawidłowo rozpoznaje drogi przenoszenia oraz zna sposoby redukcji ryzyka. Problemem jest to, że nie traktujemy ryzyka zakażenia w kategoriach osobistych potencjalnych zagrożeń, powszechne jest przekonanie: „mnie to nie dotyczy”. Szacuje się, że 70% ludzi zakażonych nie jest tego świadomych. Tutaj potrzebna jest praca u podstaw, ustawiczna regularna edukacja, dostępna od najmłodszych lat. A z tą nie jest niestety za dobrze. Gdy przyjrzymy się najmłodszej grupie wiekowej, to okazuje się, że wiedza nastolatków na temat HIV, ale także możliwości jej zdobywania, niestety zmniejszyła się na przestrzeni ostatnich lat. W 1996 roku uczestniczenie w zajęciach na temat HIV deklarowało 84% uczniów, a w 2007 – zaledwie 26% (*Raport z pomiaru poziomu wiedzy i postaw uczniów szkół gimnazjalnych...* 2007). Zwiększył się odsetek uczniów nieprawidłowo rozpoznających drogi zakażenia. To szczególnie niepojęce zjawisko. Wskazując na klęski profilaktyki HIV w ciągu ostatniego ćwierćwiecza, należy uznać, że niski poziom edukacji wydaje się tą największą, bo dotyczącą najliczniejszej grupy naszego społeczeństwa, w tym tej najmłodszej.



1.2. Podstawowe informacje o HIV/AIDS

1.2.1. Drogi przenoszenia i przebieg zakażenia

HIV (ang. *Human Immunodeficiency Virus*) to ludzki wirus niedoboru odporności, który niszcząc układ odpornościowy człowieka, doprowadza do niszczenia systemu immunologicznego. Ostatnim etapem zakażenia jest AIDS (ang. *Acquired Immune Deficiency Syndrome*), czyli zespół nabytego niedoboru odporności. Zakażenie HIV może nastąpić wtedy, gdy płyn ustrojowy osoby zakażonej dostanie się do organizmu osoby zdrowej. Obecność wirusa stwierdza się we wszystkich płynach ustrojowych oraz tkankach. Zakażenie HIV może być przenoszone poprzez następujące **zakaźne płyny ustrojowe**: krew, spermę, preejakulat, 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 (Rogowska-Szadkowska 2003b, s. 12). 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 czy w inny sposób wnikną do krwioobiegu.

Znane są trzy **drogi zakażenia**: przez kontakty seksualne, kontakt z krwią oraz z matki na dziecko (zakażenia wertykalne). Nie ma natomiast dowodów na możliwość przeniesienia zakażenia HIV przez komary oraz inne owady i zwierzęta (Rogowska-Szadkowska 2003b, s. 12). Nie opisano również zakażenia przez ślinę czy łzy, które nie były zanieczyszczone krwią, a także w wyniku ekspozycji nieuszkodzonej skóry na płyny zakaźne (Halota, Pawłowska 2006a, s. 11).

Kontakty seksualne. Zakażenie tą drogą może nastąpić wskutek jednego niezabezpieczonego kontaktu seksualnego, znane są również przypadki nie ulegania infekcji pomimo praktykowania wysoce ryzykownych zachowań seksualnych przez wiele lat (Padian *et al.* 1991, s. 1665). Szacuje się, że 80% nowych zakażeń dokonuje się na drodze kontaktów seksualnych między kobietą a mężczyzną (Halota,

Pawłowska 2006a, s. 10). Ponieważ jest to najczęstsza droga zakażenia, więcej napiszemy o niej w dalszej części rozdziału.

Zakażenia przez krew. Dochodzi do nich:

1. W czasie wielokrotnego używania jednorazowego bądź niewysterylizowanego sprzętu do iniekcji (igieł, strzykawek) – tą drogą zakażają się najczęściej osoby przyjmujące dożylnie substancje psychoaktywne, chociaż ustalenie drogi zakażenia w ich przypadku jest czasami utrudnione ze względu na podejmowanie przez nie innych ryzykownych zachowań, głównie seksualnych. Zakażenia przez niesterylne iniekcje mogą się zdarzyć również wszędzie tam, gdzie nie są zachowane warunki sterylności (wielokrotne wykonywanie zastrzyków tą samą igłą i/lub strzykawką): wstrzykiwanie sterydów i innych substancji w siłowniach, tatuaże, kolczykowanie.
2. Zakażenia zawodowe personelu medycznego i innych grup zawodowych (np. policja, straż, ratownicy medyczni), do których dochodzi w wyniku zachlapania błon śluzowych krwią, ewentualnie innym płynem zakaźnym lub w wyniku zakłuc i skaleczeń zabrudzonym ostrym narzędziem. Ryzyko zakażenia HIV po zakłuciu igłą zawierającą zakażoną krew wynosi średnio 0,3%, a po zachlapaniu błon śluzowych lub skóry krwią – 0,09%. W Polsce nie doszło do tej pory do zakażenia w ten sposób.
3. Zakażenia przez transfuzję zainfekowanej krwi, inseminację zakażonym nasieniem bądź podczas przeszczepów i transplantacji zakażonych organów. Od 1987 roku każda dawka krwi oddana przez krwiodawcę do polskich banków krwi jest badana na obecność HIV oraz innych wirusów przenoszonych przez krew; zakażenia tą drogą nie można jednak wykluczyć całkowicie – ryzyko zakażenia HIV w czasie transfuzji krwi szacuje się w Polsce na 1 na 1 mln przetoczeń (Rogowska-Szadkowska 2001, s. 23; Halota, Pawłowska 2006a, s. 11).

Zakażenia drogą wertykalną, czyli zakażenia odmatczyne. Do infekcji może dojść w czasie ciąży, porodu lub po urodzeniu podczas karmienia piersią. Najczęściej do zainfekowania dochodzi podczas porodu, najrzadziej – w czasie ciąży, ale jest to możliwe w tym okresie. Ryzyko rośnie, gdy kobieta w ciąży przechodzi znaczny wzrost wiremii, np. ulega zakażeniu w momencie zapłodnienia, zakaża się już w czasie trwania ciąży, a także gdy choruje na AIDS. Zakażeniu może ulec już 8-tygodniowy płód (Watstein, Chandler 1998, s. 331). Istniejące obecnie standardy postępowania z kobietą w ciąży zakażoną HIV pozwalają zmniejszyć ryzyko zainfekowania dziecka – poniżej 1% (Niemiec 2001, s. 202). Postępowanie zapobiegające przeniesieniu zakażenia HIV z matki na dziecko polega na profilaktycznym stosowaniu przynajmniej jednego leku antyretrowirusowego (w tym AZT) od 14. tygodnia ciąży oraz w czasie porodu, podaniu dziecku AZT w czasie porodu i po nim, a także zakazie karmienia piersią (Niemiec 2001, s. 202).

W tabeli 1 znajdują się szacunkowe dane dotyczące ryzyka zakażenia podczas różnych sytuacji. Oczywiście nie są to dane, które koniecznie należy przekazywać podczas zajęć. Niektórych uczestników takie informacje mogą uspokoić (np. te

dotyczące ryzyka zakażenia podczas pojedynczego kontaktu seksualnego) i sprawić, że zbagatelizują osobiste ryzyko zakażenia HIV.

Tabela 1. Ryzyko zakażenia HIV w zależności od rodzaju ekspozycji

Rodzaj ekspozycji	Ryzyko zakażenia po pojedynczym kontakcie w %
Stosunek pochwowy – kobieta	0,01–0,32
Stosunek pochwowy – mężczyzna	0,01–0,1
Stosunek analny – partner pasywny	około 1,0
Stosunek analny – partner bierny	0,06
Zakażenie drogą wertykalną	12–50
Transfuzja krwi	> 90
Stosowanie narkotyków drogą dożylną	0,5–1,0
Zawodowa ekspozycja	0,1–1,0

Źródło: Rymer *et al.* 2009, s. 22.

Od momentu zakażenia HIV w organizmie osoby zakażonej rozpoczyna się nieustająca walka pomiędzy układem odpornościowym a wirusem. HIV atakuje wszystkie komórki, które na swojej powierzchni mają receptor CD4 – dzięki niemu może się on dostać do jądra komórki. Zakażane są najczęściej limfocyty T, określane również jako limfocyty CD4, makrofagi, niektóre komórki ośrodkowego układu nerwowego i inne (Rogowska-Szadkowska 2001, s. 22). Układ odpornościowy to system obronny organizmu, którego podstawową funkcją jest utrzymanie wewnętrznego środowiska organizmu przez eliminację drobnoustrojów. Składa się on z tkanek, komórek oraz procesów fizjologicznych, jego podstawowe części stanowią komórki: limfocyty B produkujące przeciwciała, komórki obojętnochłonne niszczące bakterie, limfocyty T odpowiedzialne za łączność pomiędzy poszczególnymi częściami układu odpornościowego. W kilka, kilkanaście dni od zakażenia wirus, czyli poziom wirusa w płynach ustrojowych, gwałtownie rośnie, osiągając bardzo wysoki poziom. U 40–90 % osób zakażonych występuje w tym czasie OIR – ostra infekcja retrowirusowa. Pojawia się pomiędzy 3 a 6 tygodniem od zakażenia (skrajny przedział czasu 1–8 tygodni). Jej objawy mijają samoistnie zwykle w ciągu 2 tygodni (Gąsiorowski 2010, s. 42). Przez wiele lat od momentu zakażenia poziom wirusa oraz poziom komórek odpornościowych może być w tzw. dynamicznej równowadze – tzn. pomimo niszczenia limfocytów CD4 przez HIV odporność nie jest bardzo upośledzona i osoba zakażona nie ma żadnych objawów.

W przebiegu zakażenia HIV istotne jest pojawienie się serokonwersji⁶, czyli odpowiedzi immunologicznej na obecność ciała obcego (antygeny) w organizmie – jest

6 Serokonwersja – zmiana stanu serologicznego osoby zakażonej HIV od negatywnego do pozytywnego; w surowicy pojawiają się przeciwciała anti-HIV.

nią pojawienie się we krwi przeciwciał. Przeciwciała to białka (immunoglobuliny) produkowane przez układ odpornościowy, niszczące obce ciała (drobnoustroje chorobotwórcze), które dostały się do organizmu. Na podstawie obecności specyficznych dla każdego antygeny przeciwciał stwierdza się zakażenie. W przypadku zakażenia HIV serokonwersja pojawia się najczęściej od 10 dni do 6 tygodni od zakażenia (Juszczak 2006, s. 31). Jednak ze względu na fakt, że czasami proces wytwarzania przeciwciał trwa dłużej, a także czułość i swoistość testów wykrywających je jest różna, przyjmuje się, że **okienko serologiczne**, czyli czas, jaki mija od momentu zakażenia do wytworzenia w organizmie przeciwciał w ilości wystarczającej do stwierdzenia zakażenia za pomocą istniejących metod, trwa od 6 tygodni do 3 miesięcy (Rogowska-Szadkowska 2003b, s. 15). W niespełna 2% przypadków okres ten trwa do 6 miesięcy (Halota, Pawłowska 2006b, s. 48). Test wykonany w czasie trwania okienka serologicznego da wynik ujemny – tzn. że w surowicy nie stwierdzi się obecności przeciwciał specyficznych dla HIV. Jednak nie świadczy to o braku zakażenia. Okres najwyższej wiremii – a więc najwyższej zakaźności – jest jednocześnie czasem, w którym nie można stwierdzić, czy dana osoba jest zakażona czy też nie. Stąd tak ważne, by test był wykonany po okienku serologicznym – czyli po 12 tygodniach od ryzykownego zachowania. Długość trwania okienka serologicznego zależy od cech indywidualnych pacjenta, ilości oraz zjadliwości wirusa (Lipniacki, Piasek 2003).

Obecność wirusa w organizmie można stwierdzić przez badanie serologiczne polegające na wykryciu we krwi, w surowicy lub osoczu osoby badanej przeciwciał przeciwko HIV. W tym celu pobiera się krew z żyły pacjenta. Inne materiały wykorzystywane do badań diagnostycznych to ślina lub mocz. Dodatni wynik testu przesiewowego, opartego na metodzie EIA (ang. *Enzyme Immunoassay*), wymaga zawsze potwierdzenia bardziej czułym i swoistym testem, jakim jest Western blot. To konieczne – około 5% dodatnich wyników testów przesiewowych stanowią wyniki fałszywie dodatnie, zależne od różnych czynników: stanu zdrowia osoby badanej (współistnienie innych zakażeń, alkoholowa choroba wątroby, hemofilia itp.), błędów technicznych podczas wykonywania badania, złej jakości próbek surowicy. Wyniki ujemne pomimo zakażenia zdarzają się najczęściej wówczas, gdy badanie zostało wykonane za wcześnie – w trakcie okienka serologicznego. Częstość ich występowania szacuje się na 0,001% w populacji o niskim ryzyku zakażenia⁷ (Zalewska 2002, s. 16). Testy przesiewowe III generacji mogą wykryć przeciwciała anti-HIV po ok. 4 tygodniach od zakażenia, testy IV generacji – od 2 do 3 tygodni, ponieważ oprócz przeciwciał testy te szukają białka p24 obecnego we krwi przed pojawieniem się przeciwciał anti-HIV (Zalewska, Knysz 2009, s. 48). Testy można więc wykonać już 14 dni po ryzykownym zachowaniu. Jednak aby wykluczyć zakażenie, test powinien być wykonany 12 tygodni po ostatnim zachowaniu ryzykownym. Dopiero wtedy, kiedy wynik tego badania też jest ujemny, można wykluczyć

7 Do takich zalicza się Polskę.

zakażenie. Niedopuszczalne jest wydawanie pacjentowi wyniku dodatniego testu przesiewowego. Zdarzają się niestety takie sytuacje, zwłaszcza gdy badanie robione jest w prywatnych laboratoriach. Dlatego najlepiej (i najtaniej – bo bezpłatnie) wykonać test na HIV w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD). Ich lista znajduje się na stronie Krajowego Centrum ds. AIDS: www.aids.gov.pl.

Dostępne są także tzw. szybkie testy. W ten sposób określa się łatwe w wykonaniu testy pozwalające na wykrycie przeciwciał anty-HIV w bardzo krótkim czasie (3–30 minut) bez konieczności użycia jakiegokolwiek aparatury. W zależności od testu materiałem do badań może być: ślina, osocze, surowica, krew pełna (Zalewska, Knysz 2009, s. 51). W Polsce wykonywane są one jednak bardzo rzadko, np. w nagłych sytuacjach na niektórych oddziałach zabiegowych, ratunkowych czy też u rodzących kobiet, u których testu na HIV nie wykonano wcześniej.

Po ostrej fazie zakażenia następuje okres bezobjawowy. Może trwać od 8 do 10 lat. W tym czasie osoba zakażona zwykle nie ma żadnych objawów świadczących o zakażeniu, zwykle badania laboratoryjne krwi również nie wskazują na obecność infekcji. Nic nie wskazuje na to, że dany człowiek żyje z HIV i – być może – naraża na zakażenie innych. Rozwój AIDS staje się prawdopodobny, gdy liczba limfocytów CD4 obniża się poniżej 400–200 komórek na mililitr krwi. Pojawiają się wtedy tzw. choroby wskaźnikowe czy też wskazujące na AIDS (Gąsiorowski 2010, s. 45–46). Ich lista jest dość długa, znajdują się na niej m.in. zapalenie płuc, gruźlica, rak szyjki macicy, nowotwory skóry czy cytomegalia⁸. Są to choroby występujące także u osób niezakażonych HIV, dlatego też nie zawsze ich pojawienie się świadczy o zakażeniu. Aby stwierdzić AIDS, powinny zostać spełnione następujące warunki: stwierdzone zakażenie HIV, obniżenie odporności oraz wystąpienie choroby wskaźnikowej.

Do 1996 roku leczenie pacjentów zakażonych HIV polegało na leczeniu chorób wskaźnikowych, natomiast działanie na samego wirusa było niemożliwe. Po 1996 roku zmieniło się to. Pojawiły się nowe farmaceutyki, których stosowanie nie powoduje co prawda wyeliminowania wirusa z organizmu, ale odpowiednie ich skojarzenie może doprowadzić do obniżenia poziomu wirēmii do wartości nieoznaczalnych przy użyciu stosowanych metod diagnostycznych i jednocześnie do podniesienia liczby limfocytów CD4, a tym samym poprawy stanu zdrowia. Leczenie zakażenia HIV w Polsce zalicza się do procedur wysokospecjalistycznych i jest opłacane bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia. Zakup leków odbywa się centralnie, a pacjent nie płaci za leczenie. Nie obowiązuje rejonizacja, a to oznacza, że chory może wybrać klinikę i lekarza. W naszym kraju w 21 ośrodkach leczy się obecnie około 6000 pacjentów, w tym 120 dzieci (dane KC ds. AIDS na koniec czerwca 2012).

8 Pełna lista chorób na stronie <http://aids.gov.pl/files/wiedza/Sloownik.pdf> [data dostępu: 19.08.2012].

1.2.2. Zachowania seksualne a ryzyko zakażenia HIV

Do zakażenia się HIV może dojść przez jeden kontakt seksualny. Jednocześnie nie każda forma aktywności jest tak samo niebezpieczna. Szacowanie ryzyka zakażenia HIV dotyczącego życia seksualnego jest wypadkową 2 elementów: praktykowanych konkretnych zachowań oraz stylu życia seksualnego.

Czynniki ryzyka zakażenia HIV

Każda zmiana partnera seksualnego, o którym nie wiadomo, czy jest zakażony czy nie, niesie ze sobą ryzyko zakażenia HIV, przy czym możliwe jest zakażenie od jedyne go partnera seksualnego, jeśli uległ on wcześniej zainfekowaniu (Clumeck *et al.* 1989, s. 1461). Przy szacowaniu ryzyka zakażenia podczas pojedynczego kontaktu seksualnego istotne są:

- **rodzaj płynu** potencjalnie zakaźnego: najbardziej zakaźne są sperma i krew (ewentualna obecność krwi: uszkodzenia śluzówki, miesiączka), a także wydzielina pochwy i płyn przed ejakulacyjny;
- **dawka zakażająca** (*inoculum*);
- **miejsce kontaktu** z błoną śluzową i jej powierzchnia: im większa, tym większe ryzyko;
- **czas trwania kontaktu** płynu z błoną śluzową: dłuższa ekspozycja śluzówki na materiał zakaźny (np. spermę) znacząco zwiększa ryzyko zakażenia;
- **rola w trakcie zachowania**: zależy od formy aktywności seksualnej; w kontaktach dopochwowych i doodbytniczych na zakażenie bardziej narażona jest strona bierna;
- **płeć**: kobiety są bardziej narażone na zakażenie niż mężczyźni (w dalszej części tekstu zagadnienie to będzie dokładniej omówione);
- **liczba kontaktów**: im ich więcej, tym ryzyko większe; przy czym ważne jest to, że do zakażenia może dojść podczas jednego jedyne go kontaktu;
- **otarcia, uszkodzenia naskórka/błony śluzowej, nadżerki oraz obecność innych infekcji przenoszonych drogą płciową** (STI): znaczenie mają przede wszystkim infekcje przenoszone drogą płciową – dające objawy w postaci owrzodzeń, np. kiła, oraz bez nich: rzęsistkowica czy chlamydia, oraz wszelkie inne uszkodzenia śluzówki (grzybice, nadżerki, obtarcia, afty, podrażnienia); zakażenie STI u partnera niezakażone go zwiększa ryzyko infekcji od partnera HIV+ (Rogowska-Szadkowska 2006); podobnie dzieje się, gdy partner HIV+ jest jednocześnie zakażony jakąś STI – stwierdzono obecność wirusa w wydzielinie owrzodzeń kiłowych (Mazurkiewicz, Burkacka 1996, s. 3);
- **obrzezanie mężczyzny**: zmniejsza ryzyko zakażenia w przypadku seksu z zakażoną partnerką/zakażonym partnerem; natomiast obrzezanie zakażone go wirusem mężczyzny nie zmniejsza ryzyka zakażenia zdrowych partnerów;
- **używanie prezerwatyw** (więcej o prezerwatywie w rozdziale 1.3);

- **używanie nawilżaczy:** zmniejszają ryzyko obtarć;
- **używanie kremów, wazeliny, spermicydów z Nonoksynolem-9:** tłuszcze uszkadzają lateks i przez to rośnie ryzyko pęknięcia prezerwatywy, natomiast Nonoksynol-9 zwiększa ryzyko podrażnień błony śluzowej;
- **poziom wirerii** u osoby zakażonej: ryzyko zakażenia zwiększa się, gdy partner zakażony HIV ma wysoki poziom wirerii we krwi: bezpośrednio po zakażeniu przez okres ok. 2 tygodni, w momencie przerywania przyjmowaniu leków antyretrowirusowych – gdy bardzo szybko zwiększa się tempo i ilość replikacji HIV w komórkach CD₄, w czasie znacznego obniżenia poziomu odporności (poniżej 200 CD₄ w 1 ml krwi); niewykrywalna wirerii we krwi nie musi oznaczać, że podobnie niski jej poziom jest również w wydzielinach narządów płciowych (Rogowska-Szadkowska 2003a, s. 157);
- **stosowanie ARV:** przyjmowanie leków antyretrowirusowych powoduje zahamowanie procesu replikacji wirusa i obniża jego ilość we krwi; istnieją jednak dowody na to, że w czasie kuracji antyretrowirusowej obecność wirusa w spermie i wydzielinie szyjkowej może być o wiele wyższa niż we krwi (Coombs *et al.* 1998, s. 322);
- **stosowanie używek**, głównie środków pobudzających (amfetamina, metaamfetamina, kokaina, alkohol):
 - mają wpływ na przedłużanie stosunku seksualnego, co z kolei zwiększa ryzyko obtarć;
 - zwiększają prawdopodobieństwo przypadkowego kontaktu seksualnego oraz niezastosowania prezerwatywy;
- **zakaźność** danego szczepu wirusa.
Więszszego znaczenia nie ma:
 - orientacja seksualna – dla wielu może to być zaskoczeniem, bo przecież HIV wciąż kojarzony jest z męską homoseksualnością; ale dla szacowania ryzyka nie ma to znaczenia: nie to, kim jesteś, ale to, co robisz, jest istotne;
 - wcześniejsza znajomość partnera lub partner przypadkowy – wiele osób twierdzi, że HIV ich nie dotyczy, bo przecież nie mają kontaktów z przypadkowymi partnerami; tymczasem ryzykowne zachowanie to kontakt z osobą o nieznanym nam statusie serologicznym (nie wiemy, czy ma HIV, czy nie) i czas znajomości nie ma tu specjalnego znaczenia.

Poniżej zostały omówione formy aktywności seksualnej oraz styl życia seksualnego ze względu na ryzyko zakażenia. Dodatkowo w aneksach 3 i 4 znajdują się graficzne prezentacje mające pomóc w zrozumieniu związku konkretnego zachowania i stylu życia z ryzykiem zakażenia HIV.

Szacowanie ryzyka – formy aktywności seksualnej

Biorąc pod uwagę wspomniane czynniki, poniżej przedstawiamy klasyfikację zachowań seksualnych ze względu na ryzyko zakażenia HIV (Izdebski, Walendzik 2000, s. 15–16):

1. Najbardziej ryzykowne formy aktywności seksualnej (ryzyko zakażenia HIV jest wysokie):

- rola biernego partnera podczas stosunku doodbytniczego (dotyczy to zarówno mężczyzn, jak i kobiet⁹); ryzyka nie zmniejsza radykalnie wycofanie członka z odbytu przed wytryskiem – opisano przypadek zakażenia na skutek kontaktu odbytu – preejakulat (Hecht *et al.* 1998, s. 1077);
- stosunek dopochwowy bez zabezpieczenia prezerwatywą, szczególnie gdy kobieta jest w okresie menstruacji; kontakt seksualny w czasie miesiączki zwiększa ryzyko infekcji w przypadku mężczyzny 3-krotnie (Royce *et al.* 1997, s. 1074; McClure, Grubb 1999, s. 27); ryzyko rośnie również dla kobiety – w czasie menstruacji błona śluzowa w pochwie jest rozpułchniona i bardziej wrażliwa na uszkodzenia; dla mężczyzny czynnikiem zwiększonego ryzyka są także: jednoczesne zakażenie innymi drobnoustrojami chorobotwórczymi, zmiany skórne, np. owrzodzenia (Watstein, Chandler 1998, s. 329);
- stosunek oralny zakończony wytryskiem w usta (ryzyko niższe niż w opisanych powyżej obu sytuacjach); to zachowanie w pierwszych latach epidemii było uważane za stosunkowo bezpieczną technikę seksualną, jednak pojawiły się doniesienia o możliwości przeniesienia HIV tą drogą (Rogowska-Szadkowska 1999, s. 59); ryzyko zakażenia zwiększają uszkodzenia, obtarcia i chorobowo zmieniona śluzówka w jamie ustnej;
- stosunek oralny bez wytrysku nasienia, ale kontakt z preejakulatem przy obecności zmian, owrzodzeń i uszkodzeń śluzówki w jamie ustnej;
- stosunek seksualny w stanie odurzenia narkotykami lub (i) alkoholem; ograniczona świadomość i kontrola nad tym, co się dzieje wokół, utrudnia to negocjowanie zachowań bezpieczniejszych, ponadto istnieje większe prawdopodobieństwo, że prezerwatywa nie zostanie użyta;
- rola aktywnego partnera podczas stosunku doodbytniczego, gdy pojawia się możliwość kontaktu z krwią; ryzyko zwiększa istnienie mikroskopijnych uszkodzeń i ranek na żołądździ i penisie;
- używanie wspólnych zabawek erotycznych (bez zabezpieczenia ich prezerwatywą lub bez ich zdezynfekowania, jeśli są zabrudzone płynami ustrojowymi, zwłaszcza krwią).

9 Kontakty analne są praktykowane zarówno w związkach homo-, jak i heteroseksualnych.

2. **Ryzykowne formy aktywności seksualnej (zakażenie HIV jest prawdopodobne, choć ryzyko jest dużo mniejsze niż w sytuacjach omówionych powyżej):**
 - rola aktywnego partnera podczas stosunku doodbytniczego bez kontaktu z krwią;
 - stosunek pochwowy bez zabezpieczenia prezerwatywą, gdy wytrysk nasienia następuje poza organizmem kobiety, tzw. stosunek przerywany (*coitus interruptio*);
 - *fellatio* – pieszczenie ustami i językiem męskich narządów płciowych bez wytrysku nasienia do ust (tzw. *fellatio interruptio*);
 - *cunnilingus* – pieszczenie językiem i ustami kobiecych narządów płciowych, gdy kobieta jest w okresie menstruacji;
 - stosunek pochwowy lub doodbytniczy nawet z pełnym zabezpieczeniem prezerwatywą w sytuacji, gdy prezerwatywa ulegnie uszkodzeniu podczas użycia lub gdy została nieprawidłowo założona; czynnikiem znacznie obniżającym ryzyko w takiej sytuacji jest natychmiastowe przerwanie kontaktu seksualnego.
3. **Mało ryzykowne formy aktywności seksualnej (zakażenie HIV jest możliwe teoretycznie):**
 - głębokie pocałunki;
 - petting polegający na pieszczeniu ciała partnera lub partnerki łącznie z narządami pod warunkiem unikania kontaktu ust ze świeżymi skaleczeniami, zadrapaniami i widocznymi otarciami na skórze;
 - wzajemna masturbacja bez kontaktu ze świeżymi zadrapaniami i skaleczeniami oraz bez kontaktu zewnętrznych narządów płciowych ze spermą czy wydzieliną pochwy;
 - *cunnilingus* – pieszczenie językiem i ustami kobiecych narządów płciowych;
 - *fisting*, czyli wprowadzanie dłoni do odbytu lub pochwy;
 - *fingering*, czyli wprowadzanie palca do odbytu lub pochwy;
 - *annilingus*, czyli kontakty oralno-analne.
4. **Bezpieczne formy aktywności seksualnej – 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*, czyli pieszczenie ciała partnera od pasa w górę;
 - każdy rodzaj wzajemnego masażu;
 - erotyczna rozmowa;
 - wspólny prysznic lub kąpiel.

Szacowanie ryzyka – styl życia seksualnego

Kolejny element w szacowaniu osobistego ryzyka zakażenia jest związany ze **stylem życia seksualnego**. Można wyróżnić 4 takie style (Sokoluk 2003, s. 176–177):

- 1. Abstynencja seksualna:** to sytuacja, gdy osoba nie ma żadnych doświadczeń seksualnych, jest jeszcze przed inicjacją seksualną; najbardziej bezpieczny styl życia seksualnego; jej przestrzeganie zależy przede wszystkim od poziomu wewnętrznej akceptacji takiego wyboru, a nie od mechanizmów kontroli. Abstynencja seksualna to także sytuacja, gdy osoba była aktywna seksualnie, ale obecnie z różnych powodów nie ma kontaktów płciowych; fakt, że obecnie nie podejmuje ona zachowań seksualnych, nie przekreśla i nie wyklucza automatycznie ryzyka zakażenia, na jakie dana osoba mogła być narażona wcześniej; upewnienie się, że wcześniejsze kontakty seksualne nie były zakaźne, jest możliwe i wymaga wykonania testu na obecność przeciwciał anti-HIV.
- 2. Jeden zdrowy i wierny partner, któremu również dochowuje się wierności** – bezpieczny styl życia seksualnego pod warunkiem, że partnerzy są sobie wzajemnie wierni i są zdrowi; stworzenie takiego związku wymaga od partnerów poczucia odpowiedzialności za zdrowie obojga, przejawiającego się w wierności, a w przypadku kontaktu pozapartnerskiego konsekwentnego stosowania prezerwatywy.
- 3. Tendencja do stałego związku** – osoba ma dwa lub więcej związków w swoim życiu, jeden po drugim; związki te są oparte na zaangażowaniu emocjonalnym i trwają przez jakiś czas; warto na początku tworzenia się każdego kolejnego związku rozważyć podjęcie działań zmierzających do „wyposażenia” go we wszystkie cechy gwarantujące bezpieczeństwo w zakresie HIV: wzajemną wierność oraz zdrowie partnerów; szczególnie ważne jest podjęcie decyzji o przeprowadzeniu testów na obecność przeciwciał anti-HIV, jeśli wcześniej podejmowane były kontakty seksualne z osobami o nieznanym statusie serologicznym; ważne jest jednak, aby badania wykonać przed rozpoczęciem aktywności seksualnej. W praktyce często bywa tak, że osoby na początku związku używają prezerwatyw, ale później – kiedy dłużej się znają – rezygnują z nich. Prezerwatywa jest traktowana jako metoda antykoncepcyjna – więc kiedy kobieta zaczyna używać jakiejś innej (np. tabletek hormonalnych), takie zabezpieczenie jest już zbędne. Nie myśli się o HIV, dlatego rezygnacja z prezerwatywy przychodzi tak łatwo.
- 4. Promiskuityzm seksualny** – to częsta zmiana partnera seksualnego, najczęściej bez zaangażowania emocjonalnego; liczne przygodne kontakty seksualne; jest to najbardziej niebezpieczny styl życia seksualnego. Przyczyny zachowań promiskuitywnych są dość złożone, mogą wynikać z szeregu czynników, do których zaliczyć można m.in. (por. Izdebski, Walendzik 2001, s. 162–163):
 - lęk przed zaangażowaniem emocjonalnym w wyniku złych doświadczeń lub niedojrzałości emocjonalnej,

- używanie seksu w celach nieseksualnych (np. jako wyrazu dominacji, władzy, zemsty, kary),
- brak satysfakcji seksualnej i poszukiwanie jej z kolejnymi partnerami,
- ciągle poszukiwanie nowych doznań,
- nadmierne przeseksualizowanie, np. u osób po przemocy seksualnej, szczególnie doświadczonej w dzieciństwie,
- presja otoczenia, zwłaszcza w niektórych grupach i środowiskach, dotycząca przede wszystkim młodych osób,
- traktowanie seksu jako sposobu na odreagowywanie napięć,
- niska samoocena i wynikająca z tego potrzeba dowartościowania własnej osoby poprzez zachowania seksualne („podobam się, mam powodzenie, mogę mieć, kogo zechcę – a więc jestem atrakcyjny/-na, nikt mi się nie oprze”),
- poszukiwanie nowych wrażeń w seksie, ryzyko jako stymulant – świadomość ryzyka zakażenia HIV jest bodźcem stymulującym podniecenie, dotyczy to ok. 5% badanych w Polsce,
- lęk przed samotnością,
- brak umiejętności asertywnych w kontaktach seksualnych (często związany z niską samooceną),
- prostytutka.

1.2.3. Epidemia HIV a płęć

Kobiety są 8 razy bardziej niż mężczyźni narażone na ryzyko zakażenia HIV podczas kontaktu seksualnego (Padian *et al.* 1997, s. 350–357). Jest to skutek zarówno różnic w budowie anatomicznej pomiędzy kobietą a mężczyzną, jak i różnego statusu społecznego i kulturowego obu płci, mającego swoje odbicie w pewnych zjawiskach społecznych. Dlatego w działaniach profilaktycznych kontekst płci powinien mieć szczególne miejsce. Właściwie każde zjawisko, o którym rozmawiamy z młodymi ludźmi, winno być przedstawione z obu perspektyw: męskiej i kobiecej – po to aby wszyscy uczestnicy zajęć znaleźli w nich coś wyłącznie dla siebie, coś, co dotyczy właśnie ich. Ale drugi cel jest równie ważny: aby dziewczęta i chłopcy, a w przyszłości kobiety i mężczyźni, lepiej się rozumieli, szanowali swoje odmienności i dzięki temu tworzyli bardziej stabilne i udane związki. Tymczasem uwzględnianie perspektywy gender¹⁰ w edukacji (i we wszystkich innych działaniach społecznych) w Polsce ma bardzo krótką tradycję. Świat przedstawiany w podręcznikach, programach nauczania i prezentowany przez przykład dorosłych wciąż opiera się na stereotypowym obrazie płci oraz sztywnym podziale zadań, które mają swe źródło w biologicznych różnicach płciowych oraz patriarchalnym modelu społeczeństwa. W społeczeństwie opartym na tradycyjnym podziale ról, w którym światy kobiet

10 Rozumianej jako społeczno-kulturowa tożsamość płci.

i mężczyzn to dwie różne planety (np. Mars i Wenus), próba zmiany podejścia do męskości i kobiecości wywołuje szereg negatywnych reakcji. Reakcje te są zrozumiałe, jeśli uświadomimy sobie, jaki model rodziny dominuje w naszym kraju i jakie wyobrażenia na temat ról kobiecych i męskich powszechnie przedstawia się w procesie wychowania jako „jedyne i słuszne”. Bez względu jednak na to, czy się nam to podoba czy nie, nie zatrzymamy zmian w świecie, w którym żyjemy. Wyjście kobiet ze sfery prywatnej i wejście do sfery publicznej, które rozpoczęło się na przełomie wieków XIX i XX, jest procesem nieodwracalnym i ma swoje 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 traktowane są jako zamach na „naturalny” porządek świata i wymysł feministek (jak chociażby prawo kobiet do decydowania o tym, czy mieć dzieci). Młodzi ludzie dorastają w świecie, w którym otrzymują szereg sprzecznych komunikatów dotyczących ról i powinności płciowych. Wychowywani są często w domach, w których panuje tradycyjny podział ról/obowiązków, w szkole otrzymują podobny tradycyjny obraz ról męskich i kobiecych. W codziennym życiu znajdują natomiast mnóstwo przykładów i argumentów będących zaprzeczeniem owych wzorców życia wyniesionych z domów i wzmacnianych w procesie edukacji formalnej. Zajęcia poświęcone profilaktyce HIV, a dotyczące zagadnień inicjacji seksualnej i podejmowania decyzji odnośnie do życia seksualnego, mogą być znakomitą okazją do pokazania tych rozbieżności, próby wytłumaczenia młodzieży, z czego one wynikają. Jednak najważniejszy cel to pomoc młodym w określeniu, co z tego jest dla nich najistotniejsze, z jakim modelem się identyfikują, który jest dla nich najważniejszy, czy też jaki wybierają.

Mitologia i stereotypy dotyczące płci często ukazują kobiety i mężczyzn z przypisanymi im określonymi cechami. Wiele przekazów, zwłaszcza medialnych i reklamowych, ukazuje obie płcie w przeciwstawnych rolach: mężczyzn jako aktywnych, realizujących własne plany, zaspokajających własne potrzeby, kobiety natomiast jako uległe i bierne, uznające potrzeby innych za ważniejsze niż własne. Ten przekaz rzadko jest otwarcie nazwany w procesie wychowania i dyskutowany z młodymi ludźmi, którzy nie zdają sobie sprawy z siły stereotypu we wzajemnym postrzeganiu się kobiet i mężczyzn. Odgrywa natomiast znaczącą rolę w procesie wychowania seksualnego. Jest bowiem związany z socjalizowaniem chłopców i dziewczynek w kierunku określonych ról, jakie mają pełnić w życiu dorosłym. Dziewczynki częściej zachęca się do poświęceń, ofiarności i wskazuje drogę, jaką mają kroczyć – oddanie się rodzinie. Jednocześnie nakłada się na nie odpowiedzialność za wychowywanie dzieci, rozumiane jako kształtowanie w nich określonych cech i przygotowywanie do dorosłego życia w społeczeństwie. Chłopcy przygotowywani do roli ojca częściej dostają przekaz mówiący o odpowiedzialności materialnej za przyszłą rodzinę, rzadziej podkreśla się znaczenie roli mężczyzny w kształtowaniu osobowości dziecka oraz wzajemnych kontaktów między ojcem a matką dla prawidłowego