



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Publikacje UNAIDS AIDS 2017

Dorota Król

Str. 1-4

Leczenie ARV obywateli RP ubezpieczonych w innych państwach

Krajowe Centrum ds. AIDS

Str. 4-5

Jak mówić o HIV w kampanii społecznej?

AK

Str. 6-7

Jak w dobie internetu dotrzeć z rzetelną edukacją do młodych osób

Anna Rewekant

Str. 7-8

Aspekty

Omówienie wyników wybranych badań społecznych – cz. 1

Sylwia Sałgut-Krzemińska

Telefon Zaufania AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448*
od pn. 09:00 do pt. 21:00**

*połączenie płatne tylko za pierwszą minutę

**z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

AIDS - Zielona Linia

(+22) 621 33 67
poniedziałki, środy w godz. 13:00–19:00
wtorki, czwartki i piątki w godz. 10:00–16:00

Osrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66
aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aids.gov.pl
poradnia@aids.gov.pl

Publikacje UNAIDS z okazji Światowego Dnia AIDS 2017 RAPORT UNAIDS 2017

Jak co roku, z okazji Światowego Dnia AIDS UNAIDS opublikowało nowe dane dotyczące epidemii HIV. Oto najważniejsze z nich.

ŚWIAT

- W czerwcu 2017 20.9 milionów osób korzystało z terapii ARV.
- W 2016 roku na świecie żyło 36.7 milionów [30.8–42.9] osób HIV+.
- W 2016 roku zanotowano ok. 1.8 miliona [1.6–2.1] nowych przypadków HIV.
- W roku 2016 1 milion [830 000–1.2] osób zmarło z powodu AIDS.
- Od początku epidemii, HIV zakażyło się 76.1 miliona [65.2–88.0] osób.
- Od początku epidemii 35.0 miliona [28.9–41.5] osób zmarło z powodu AIDS.

OSOBY HIV+

- W 2016 roku na świecie żyło 36.7 milionów [30.8–42.9] osób HIV+. Z czego:
- 34.5 miliona [28.8–40.2] dorosłych.
- 17.8 miliona [15.4–20.3] kobiet (15+).
- 2.1 miliona [1.7–2.6] dzieci (<15).

Osoby HIV+ korzystające z terapii antyretrowirusowej

W czerwcu 2017 20.9 miliona [18.4–21.7] osób żyjących z HIV miało dostęp do terapii ARV, w porównaniu do 17.1 miliona [15.1–17.8] w roku 2015 oraz 7.7 miliona [6.8–8.0] w roku 2010.

W roku 2016 ok. 53% [39–65%] wszystkich osób żyjących z HIV miało dostęp do terapii ARV.

Ok. 54% [40–65%] osób dorosłych od 15 r.ż. HIV+ korzystało z terapii ARV, ale już tylko 43% [30–54%] dzieci wieku od 0–14 lat miało do niej dostęp.

W 2016 ok. 76% [60–88%] kobiet ciężarnych HIV+ przyjmowało leki ARV chroniące ich potomstwo przed transmisją wirusa.

Nowe przypadki HIV

W roku 2016 na całym świecie, zanotowano 1.8 miliona [1.6–2.1] nowych przypadków HIV.

Od roku 2010 liczba nowych zakażeń HIV wśród dorosłych spadła o 11%, z 1.9 miliona [1.6–2.1] do 1.7 miliona [1.4–1.9] w roku 2016.

Od roku 2010 liczba nowych przypadków zakażeń HIV wśród dzieci spadła o 47%, z 300 000 [230 000–370 000] w 2010 do 160 000 [100 000–220 000] w 2016.

Liczba zgonów z powodu AIDS

Liczba zgonów z powodu AIDS spadła o 48% od momentu kiedy to w roku 2005 osiągnęła swoje apogeum.

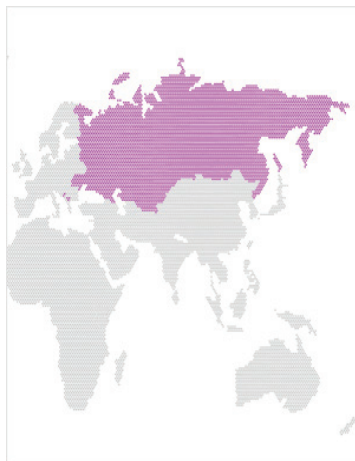
W roku 2016, 1 milion [830 000–1.2] osób zmarło z powodu AIDS, w porównaniu do 1.9 miliona [1.7–2.2] w roku 2005 oraz 1.5 miliona [1.3–1.7] w roku 2010.

HIV/gruźlica

W roku 2015 na całym świecie zanotowano 10.4 miliona przypadków gruźlicy, włączając w to 1.2 miliona [11%] rozpoznanych wśród osób HIV+.

Jednakże, blisko 60% [57%] przypadków gruźlicy wśród osób HIV+ nie została w ogóle zdiagnozowana lub leczona, co w roku 2015 z tego powodu doprowadziło do 390 000 zgonów wśród osób HIV+.

Gruźlica nadal stanowi główną przyczynę śmierci osób HIV+ (ok. 1/3 wszystkich przypadków). Jednakże pocieszające jest to, że ich liczba spadła o 33% na przestrzeni lat 2005 - 2015.



Eastern Europe & Central Asia (2016)

1.6 million people living with HIV

0.9% adult HIV prevalence

190,000 new HIV infections

40,000 AIDS-related deaths

27% adults on antiretroviral treatment

Source: UNAIDS Data 2017

Z przedstawionych przez UNAIDS szczegółowych danych wynika, że najważniejszym sukcesem w walce z HIV i AIDS okazało się istotne podniesienie poziomu dostępu do leczenia ARV. W roku 2000, na całym świecie zaledwie 685 000 osób HIV+ korzystało z dobrodziejstw terapii antyretrowirusowej, a do czerwca 2017, było już ich ok. 20.9 miliona. Według autorów raportu, tak znaczący postęp o skali globalnej nie byłby możliwy bez odwagi i determinacji samych zakażonych nieustraszenie walczących o swoje prawo do leczenia, stanowczego wsparcia tej inicjatywy przez liczne instytucje oraz organizacje, jak również odpowiednich nakładów finansowych.

Wzrost liczby osób objętych terapią ARV oznacza, że coraz więcej osób żyjących z wirusem ma realne szanse na długie

i satysfakcjonujące życie, oraz co istotne, osoby HIV+, przestrzegające zaleconego przez lekarza schematu przyjmowania leków ARV, są o 97% mniej podatne na transmisję wirusa niż osoby nielezione. Jednakże, poważnym wyzwaniem pozostaje zapewnienie kontynuacji leczenia 15.8 miliona pacjentów, oraz nadanie wysokiego priorytetu wdrażaniu działań z obszaru profilaktyki HIV/AIDS, szczególnie w krajach gdzie notuje się wzrost liczby nowych przypadków zakażeń. A tych, w samym roku 2016 ogółem zanotowano ok. 1.8 miliona. Dobrą wiadomością jest, że oznacza to 39% spadek w porównaniu z latami 1990, kiedy to epidemia osiągnęła swój najwyższy punkt, a złą, że w roku 2016 w Europie oraz w Azji Centralnej, liczba nowych przypadków wzrosła o 60%, a liczba zgonów z powodu AIDS o 27%. To zdecydowanie niedobre informacje.

Dane dla Europy Wschodniej i Azji Centralnej na rok 2016

1.6 miliona osób HIV+, prevalencja HIV to 0.9%, 190 000 przypadków nowych zakażeń HIV, 40 000 zgonów z powodu AIDS, 27% osób dorosłych objętych terapią ARV.

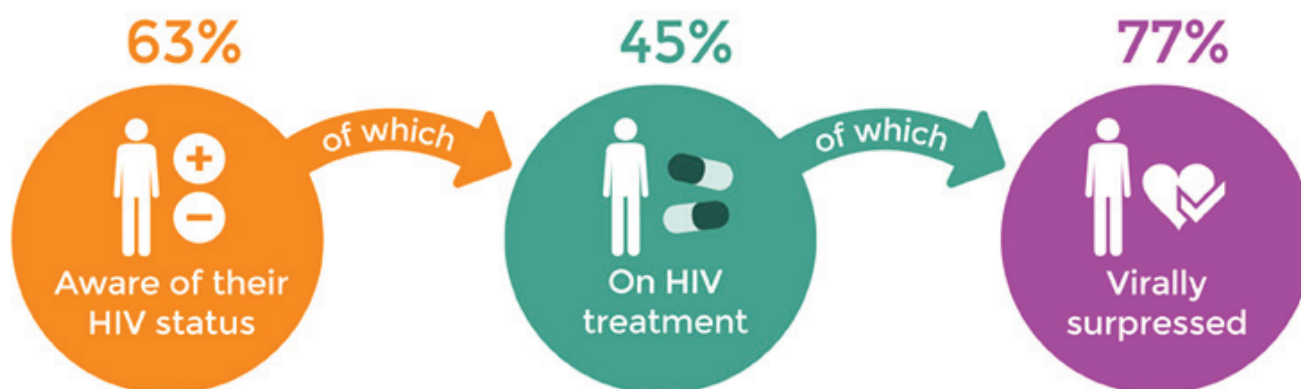
63% zakażonych HIV zna swój status serologiczny, 45% z nich korzysta z terapii ARV, a u 77% z nich poziom wirusa spadł do poziomu niewykrywalności (dane dla osób w przedziale wiekowym 15-59).

Fast track – szybka ścieżka

Strategia UNAIDS Fast Track – Szybka Ścieżka to zaprezentowane przez UNAIDS w 2014 roku, innowacyjne i kompleksowe działania mające prowadzić do zakoń-

EASTERN EUROPE & CENTRAL ASIA

Progress towards 90/90/90 targets among adults aged 15-59



AVERT.org Source: UNAIDS Data 2017

kontra

Redakcja
Maryla Rogalewicz
Katarzyna Gajewska
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 68, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@ aids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.



Fast-Track Targets

by 2020

90-90-90

Treatment

500 000

New infections among adults

ZERO

Discrimination

by 2030

95-95-95

Treatment

200 000

New infections among adults

ZERO

Discrimination

czenia epidemii HIV/AIDS do roku 2030 (jako zagrożenia dla zdrowia publicznego) poprzez skupienie się na dotarciu do wszystkich potrzebujących ze zindywidualizowaną, wszechstronną ofertą świadczeń profilaktycznych oraz leczniczych. W strategii tej zawarto tzw. Cele Szybkiej Ścieżki - Fast Track Goals:

- do 2020 roku, 90% osób zakażonych HIV będzie znało swój status serologiczny, 90% wszystkich zdiagnozowanych otrzyma leczenie ARV, u 90% leczonych nastąpi supresja wirusa do poziomu niewykrywalności (tzw. strategia 90-90-90),
- do 2030 roku, 95% osób zakażonych HIV będzie znało swój status serologiczny, 95% wszystkich zdiagnozowanych otrzyma leczenie ARV, u 95% leczonych nastąpi supresja wirusa do poziomu niewykrywalności (tzw. strategia 95-95-95).

Europa Wschodnia i Azja Centralna to jedyne regiony świata gdzie co roku notuje się alarmujący wzrost liczby nowych przypadków AIDS.

Epidemia HIV w tym regionie w sposób szczególny dotyka osoby przyjmujące środki odurzające w iniekcji. Działania

z obszaru redukcji szkód są tam wdrażane na niskim poziomie, a jeżeli już, to w większości wybiórczo.

Dostęp do terapii ARV utrzymuje się poniżej światowej średniej (korzysta z niej 27% dorosłych). Liczba nowych przypadków HIV przewyższa liczbę pacjentów przyjmowanych do programu leczenia ARV.

Konserwatywne zapisy legislacyjne dotyczące związków jedнопłciowych, przyjmowania środków odurzających oraz świadczenia usług seksualnych sprzyja rozwojowi stygmatyzacji skutecznie wyhamowując walkę z HIV w niektórych krajach regionu.

Brak szczegółowego monitoringu epidemii HIV przyczynia się do złej sytuacji w regionie z uwagi na rozproszone lub wręcz niedostępne dane epidemiologiczne dotyczące poszczególnych populacji.

Pełna wersja raportu w języku angielskim jest dostępna na stronie internetowej UNAIDS: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/2017_data_book

Raport oraz kampania UNAIDS 2017 „prawo do zdrowia –the right to health”

„Powoli zapominamy o tym, że w roku 2000 w Republice Południowej Afryki zaledwie 90 osób miało dostęp do terapii

ARV,” powiedział Michel Sidibé, Dyrektor Wykonawczy UNAIDS, przemawiając w Khayelitsha (RPA) w czasie konferencji prasowej dotyczącej nowej publikacji UNAIDS pt. „Prawo do zdrowia – the Right to Health” oraz inaugurującej kampanię o nazwie „Moje zdrowie, moje prawo - My Health, My Right” (#myrighttohealth). „Obecnie, RPA może się poszczycić prowadzeniem programu leczenia o największym zasięgu na świecie, bo obejmującym ponad 4 miliony zakażonych. Naszym zadaniem, jako UNAIDS jest promocja, kontynuacja oraz implementacja podobnych inicjatyw w pozostałych regionach świata” – dodał Sidibé. „Publikacja raportu stanowi kluczowy moment w naszej walce z epidemią, gdyż jasno pokazujemy, że jej sednem nie są leki w formie tabletek, lecz przywracanie godności osobom zakażonym.” – dodał Dyrektor Wykonawczy UNAIDS.

Pełna wersja raportu w języku angielskim jest dostępna na stronie internetowej UNAIDS: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/20171120_right_to_health

Główne przesłania kampanii #myrighttohealth:

Obecnie, wiele osób na całym świecie, a w szczególności HIV+ nie może w pełni korzystać z prawa do ochrony własnego zdrowia, prawa rozumianego jako gwarancji dostępu do, nie tylko jakościowo dobrych świadczeń zdrowotnych oraz



Prezentacja raportu w Khayelitsha (RPA), 20 XI 2017.

leków, lecz również do całego wachlarza uprawnień, np. do:

- Bycia traktowanym/traktowaną z szacunkiem, bez cienia dyskryminacji czy obawy przed przemocą z przestrzeganiem zasady równości płci.
- Dostępu do systemu sprawiedliwości.
- Możliwości podejmowania samodzielnych decyzji dot. swojego stanu zdrowia.
- Korzystania z odpowiednich warunków sanitarnych i mieszkaniowych.
- Edukacji zdrowotnej.
- Dobrych warunków pracy.
- Życia w czystym środowisku.
- Spożywania pełnowartościowego pożywienia.

W środowisku, które nie pozwala obywatelom na pełne korzystanie z prawa do ochrony własnego zdrowia nie można efektywnie wdrażać profilaktyki HIV/AIDS/ leczenia i opieki. Osoby najbardziej narażone na zakażenie HIV to równocześnie te najbardziej przez dane społeczeństwo marginalizowane: geje oraz inni mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, osoby przyjmujące środki odurzające w iniekcji, osoby sprzedające usługi seksualne osadzeni, migranci, etc. To tym ludziom najczęściej odmawia się prawa do ochrony własnego zdrowia.



WORLD AIDS DAY
1 DECEMBER 2017

My health, my right.

A person living with HIV on antiretroviral therapy has a similar life expectancy as anyone else. Some 35 million people have lost their lives to AIDS-related illnesses. But we can save the lives of 36.7 million people living with HIV with quality HIV treatment, care and support.



Osobom HIV+ zabrania się korzystania z prawa do ochrony własnego zdrowia w przypadku gdy:

- odmawia się im dostępu do świadczeń medycznych z uwagi na wiek, płeć, orientację seksualną, status serologiczny,
- odmawia się im dostępu do świadczeń z obszaru redukcji szkód,
- w przypadku gdy nie chcą poznać swojego statusu serologicznego z obawy przed stygmatyzacją oraz dyskryminacją,
- w przypadku gdy nie stosują prezerwatyw ze strachu przed sankcjami karnymi.

Kampania „My Health, My Right” zachęca osoby HIV+ do dzielenia się poglądami oraz obawami dotyczącymi korzystania z prawa do ochrony ich własnego zdrowia.

Ma również na celu wyraźne pokazanie nierówności jakie się na tym obszarze tworzą, a w konsekwencji ich niwelowanie. Na stronie internetowej kampanii, można znaleźć proponowaną treść tweetów, wzory plakatów oraz pocztówek, oraz wszelkie informacje medialne.

Informacje nt. kampanii UNAIDS #myrighttohealth dostępne są na stronie internetowej: <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/right-to-health>

dr Dorota Król

Zasady korzystania z leczenia ARV w Polsce przez obywateli RP ubezpieczonych w państwach członkowskich UE/EFTA oraz ubezpieczonych w państwach trzecich.

W Polsce „realizacja zadań z zakresu leczenia antyretrowirusowego, w celu zapewnienia równego dostępu wszystkim zakażonym HIV i chorym na AIDS do zgodnych z wytycznymi organizacji międzynarodowych metod profilaktyki AIDS, diagnostyki i leczenia antyretrowirusowego, jest prowadzona na podstawie programu polityki zdrowotnej”¹ Ministerstwa Zdrowia pt.: *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021*. Na jego podstawie leczeniem

ARV „objęte będą wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS, których możliwość objęcia programem nie pozostaje w sprzeczności z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa”². Każdy ubiegający się o leczenie ARV, będzie podlegał tym samym zasadom kwalifikacji, szczegółowo opisanym w ww. Programie. Wszyscy muszą spełniać identyczne kryteria medyczne oraz nie podlegać kryteriom wykluczenia lub nie wprowadzania do terapii ARV (osoby, które nie gwarantują ścisłej współpracy,

nie rokują kontynuacji leczenia z przyczyn psychospołecznych). Zarówno decyzję o rozpoczęciu leczenia ARV jak i o wykluczeniu lub nie wprowadzaniu do terapii podejmuje lekarz prowadzący danego pacjenta³.

Obywatele RP ubezpieczeni w kraju członkowskim UE/EFTA

Obywatele RP ubezpieczeni w innym (poza Polską) kraju członkowskim UE/

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2018.151 j.t.), art. 41 ust. 3.

2. Program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia pt.: *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021*, str. 5.

3. Program Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia pt.: *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021*, str. 49-50.

EFTA⁴ mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych w Polsce, na podstawie przepisów o koordynacji (podobnie jak ubezpieczeni obywatele tych krajów). Podstawą do udzielenia im świadczeń zdrowotnych jest Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) lub tzw. certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ (w przypadku gdy pacjent nie posiada karty EKUZ, certyfikat zastępujący uzyskiwany jest przez świadczeniodawcę od instytucji ubezpieczającej pacjenta za pośrednictwem właściwego oddziału NFZ). Karta EKUZ uprawnia do leczenia nieplanowanego, tj. do świadczeń opieki zdrowotnej, które z powodów medycznych stają się niezbędne w czasie pobytu w innym państwie członkowskim niż państwo ubezpieczenia, z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń oraz przewidywanego czasu pobytu na terytorium Polski. Karta EKUZ nie uprawnia jej posiadacza do korzystania z leczenia planowanego (za takie należy uznać leczenie ARV). Jednakże, jeżeli określone świadczenia będą niezbędne z przyczyn medycznych, biorąc pod uwagę stan zdrowia oraz długość pobytu na terytorium RP, EKUZ lub Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ są wystarczającymi dokumentami do leczenia pacjenta.

Aby skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia planowanego, w tym leczenia ARV, obywatel RP ubezpieczony w innym kraju EU/EFTA musi uzyskać zgodę ubezpieczającej go instytucji na formularzu E112 (lub formularzu S2), a następnie poświadczenie NFZ o prawie do świadczeń zdrowotnych określające rodzaj i zakres świadczeń, do jakich jest uprawniony. W oparciu o przepisy o koordynacji, na podstawie ww. formularzy (wystawianych w róż-

nych językach UE/EFTA), Narodowy Fundusz Zdrowia wydaje poświadczenia o prawie do świadczeń zdrowotnych na terytorium RP osobom uprawnionym ubezpieczonym w innym niż Polska kraju UE i EFTA, przebywającym lub mieszkającym w Polsce. Poświadczenie sporządzane jest w języku polskim i zawiera m.in.: (1) nazwę instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, (2) zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji, (3) okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium RP^{5 6}.

Obywatele RP ubezpieczeni w państwach trzecich (poza UE/EFTA)

Obywatele RP ubezpieczeni w państwach trzecich, jeżeli ich polisa ubezpieczeniowa przewiduje taką możliwość, mogą skorzystać z leczenia ARV i innych świadczeń medycznych, a placówka medyczna będzie mogła rozliczyć koszty udzielonych świadczeń bezpośrednio z towarzystwem ubezpieczeniowym⁷. Osoby nie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce mogą, co do zasady, korzystać ze świadczeń zdrowotnych odpłatnie.

Jednakże bez względu na powyższe (tj. bez względu na posiadanie przez pacjenta lub nie posiadanie ubezpieczenia uprawniającego do leczenia ARV), na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, na lekarzu spoczywa „obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego

rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”⁸. Z kolei na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* „podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia”⁹. Zdaniem redakcji, przepisy przywołane powyżej i te przywołane tylko w przypisach poniżej^{10,11,12} dotyczą także sytuacji, w których nie ma jeszcze bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia, a dopiero zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby zrodzić takie niebezpieczeństwo. Może to dotyczyć decyzji lekarza o opóźnieniu wdrożenia terapii ARV czy o przerwaniu leczenia ARV z powodu braku zgody instytucji ubezpieczającej pacjenta na pokrycie kosztów leczenia, w sytuacji gdy przesłanki medyczne nakazują kontynuację leczenia a pacjent nie może wrócić do kraju ubezpieczenia. Brak tytułu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, zdaniem redakcji, nie może być uzasadnieniem odmowy leczenia ARV w sytuacji, gdy przemawiają za tym przesłanki medyczne, a taka odmowa mogłaby spowodować pogorszenie zdrowia pacjenta, którego bezpośrednim następstwem mogłoby być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia.

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do tego czy dana osoba jest uprawniona do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym leczenia ARV, każdorazowo rekomendowany jest kontakt z właściwym oddziałem NFZ w celu potwierdzenia tego prawa.

Krajowe Centrum ds. AIDS
Stan prawny: 25 kwietnia 2018 r.

4. Austria, Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Islandia, Liechtenstein, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niemcy, Norwegia, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Szwajcaria, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania, Włochy
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U.2017.1938 j.t. ze zm.), art. 15.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. *w sprawie sposobu wydawania i określenia wzoru poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. 2004.273.2718)
7. https://www.ekuz.nfz.gov.pl/info_dla_uprawnionych_z_innych/informacje-ogolne
8. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz.U.2018.160. j.t ze zm.), art. 15.
9. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz.U.2017.125 j.t. ze zm.), art. 38 ust. 1 i ust. 3.
10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz.U.2018.160. j.t ze zm.), art. 15.
11. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U.2017.1938 j.t. ze zm.), art. 19.
12. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz.U.2017.2195 j.t. ze zm.), art. 3 pkt 8.

Jak mówić o HIV w kampanii społecznej?

Przyzwyczajaliśmy się do obecności kampanii społecznych w mediach. Realizuje się je, żeby przyczynić się do rozwiązania wybranych problemów społecznych. Hierarchia celów kampanii to zaczynając od podniesienia poziomu wiedzy, przez zmianę myślenia o zjawisku aż do zmiany zachowania wobec problemu na takie, które pozwoli ów rozwiązać (zaniechanie szkodliwego działania, podjęcie korzystnego działania).

Od strony technicznej kampania społeczna to zestaw wybranych działań (narzędzi i technik) z zakresu public relations oraz reklamy, który jest realizowany w konkretnym okresie i skierowany do konkretnej grupy docelowej.

Często problem społeczny ma kilka kampanii i innych projektów komunikacyjnych rocznie lub nawet miesięcznie. Tylko w tygodniu poprzedzającym Międzynarodowy Dzień Pamięci o Zmarłych na AIDS 2018 Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland realizowało serię eventów edukacyjnych „Tramwaj Żwany Pożądaniem”, projekt „Miasto uczy” inaugurowało Zjednoczenie Pozytywni w Tęczy, a kampanię #wolewiedzieć MAC AIDS Fund. Mogłoby się wydawać, że to dużo komunikacji, a może nawet i dość, jednak ani środków, ani osób zaangażowanych w edukację o HIV i AIDS nie ma wcale wiele.

Należy dokładać wszelkich starań, żeby te ograniczone zasoby zostały spożytkowane na działania, które mogą przynieść realne, trwałe korzyści oraz zachęcać kolejne osoby oraz organizacje do komunikowania o HIV i AIDS.

Przepis na sukces w stylu Złotych Lwów z Cannes, czyli pięć elementów dobrej kampanii społecznej

Agencja Genuine Interactive z Bostonu chciała przygotować dla jednego ze swoich klientów kampanię zaangażowaną społecznie godną „Grand Prix w imię słusznej sprawy” przyznawanego na Międzynarodowym Festiwalu Kreatywności w Cannes. Po analizie zakwalifikowanych do

konkursu kampanii oraz badaniach ankietowych pracownicy GI doszli do wniosku, że o sukcesie komunikacji nie rozstrzyga ani ton (od żartobliwy do straszący), ani argumenty (od emocjonalne do racjonalne). **Kluczem do zainteresowania odbiorcy, z którego korzystali tryumfatorzy z Cannes było przedstawienie konkretnych danych w nowym świetle.** Pracownicy agencji znaleźli też punkty wspólne, które wpływają na sukces kampanii:

- 1. Dziel się prostym i inspirującym komunikatem.** Posługuj się mianownikami wspólnymi dla wielu osób i przykuwaj uwagę. Dostarczaj swój przekaz używając języka zrozumiałego i ciekawego dla wszystkich, a nie tylko dla branży. Założenie, że jeśli odbiorca nie zrozumie komunikatu, to się zastanowi i dojdzie do właściwych wniosków, jest silnie optymistyczne.
- 2. Postaw na sugestywną wizualną narrację,** ponieważ nasze mózgi są nastawione na odbieranie historii także w takiej formie. Warto oprawić problem HIV w nowe ramy, pokazać w nowym świetle, zmienić czyjś punkt widzenia.
- 3. Wykorzystaj element fizyczny lub eksponat,** ponieważ odbiorca zapytany o to, jaką kampanię pamięta, prędzej odpowie: z walizką, z gestem Kozakiewicza, z policyjnymi taśmami, niż wymieni tytuły kampanii.
- 4. Połóż nacisk na udostępnianie materiałów w mediach społecznościowych i earned media.** Kiedy osoby, którym ufamy podają informację o Twojej kampanii dalej podpisując ją swoim nazwiskiem, reputacją, to uczyszają Twojej sprawie i Twojemu komunikatowi zaufania, którym same się cieszą. Na earned musisz zasłużyć (a więc tu angażujesz czas i pieniądze) ciekawym, angażującym, dopasowanym do odbiorcy i kanału komunikacji działaniem.
- 5. Skup się na ważnej sprawie i zapeluj do odbiorców, by sami podjęli pewne działanie.** Zrozum, o co prosisz swojego odbiorcę i co oferujesz w zamian. Drobny, przynoszący konkretne korzyści gest, który jest w zasięgu odbiorcy, może stać się deklaracją zaangażowania i pierwszym

pozytywnym krokiem. Akcja „Ice Bucket Challenge” - polej się lodowatą wodą albo/i płac - krytykowana jako sztandarowy przykład slacktywizmu (pozorowanego aktywizmu), pozwoliła zebrać ponad 100 mln dolarów na leczenie stwardnienia zanikowego bocznego.

Czy są kampanie społeczne, które działają?

Kampanie zakwalifikowane do rywalizacji o Grand Prix w Cannes na pewno odbiły się szerokim echem. To jednak nie przekłada się automatycznie na wywołanie u odbiorcy pożądanego efektu. Nawet jeśli kampania społeczna jest skuteczna, to najczęściej nie jesteśmy w stanie tego sprawdzić - informują wyniki badań dr hab. Małgorzaty Bały z Collegium Medicum UJ. Pani doktor wraz z zespołem w 2017 roku przeprowadziła dla Cochrane Institute analizę „Mass media interventions for smoking cessation in adults”. Z przejranych blisko 100 badań dotyczących skuteczności kampanii zachęcających do rzucenia palenia, tylko w przypadku jednej można mówić o prawdopodobnej efektywności. To problem i wyzwanie, które ze zrozumiałych powodów spędza sen z powiek autorom i realizatorom Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020, w tym także samorządom. W rozwiązaniu go ma pomóc opracowanie przez Ministerstwo Zdrowia i Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji metodologii nie tylko raportowania, ale też oceniania skuteczności programów profilaktycznych. Osoby zaangażowane w realizację Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS mogą z zainteresowaniem śledzić rozwój sytuacji w ramach NPZ.

Co nowego w 2018 roku?

Wymienione w pierwszej części tekstu przymioty dobrej kampanii społecznej, choć zostały opracowane w 2014 roku, są na tyle ogólne, że wciąż można z nich korzystać. Zmiany technologiczne zachodzą jednak bardzo szybko i warto regularnie

uaktualniać swoją wiedzę i stosowane narzędzia. Wśród tendencji na 2018 rok, które zdają się potwierdzać wraz z mijającymi miesiącami, są: nacisk na video i storytelling oraz zaangażowanie influencerów - po te działania bardzo chętnie sięgają organizacje pozarządowe (NGO) i instytucje. Czerwoną kartkę otrzymują fałszywe newsy, których Polacy się boją, a których absolutnie powinny unikać NGO, ciesząc się w badaniu Edelman Trust Barometer jednym z wyższych poziomów zaufania.

Kryzys call to action?

Nic bardziej mylnego. Call to action (ang. wezwanie do działania, np. Zrób test na HIV!) jest wciąż jak najbardziej pożądane i może być skuteczne. Jesteśmy przyzw-

yczajeni, że Google podpowiada nam pytanie i odpowiedź, zanim jeszcze wpisujemy pełne hasło w wyszukiwarkę. Wszystko możemy porównać – także opinie o wizycie u lekarza lub w urzędzie. Sklepy internetowe przeprowadzają nas jak po sznurku od reklamy obok ciekawego artykułu, która krzyczy „kup mnie!” do guzika z napisem „płać”. Choć już nawet rekomendacje WHO z 2009 roku dotyczące popularyzacji higieny rąk wskazują, że tak powinno być również w kampaniach społecznych, to jeszcze nie wszyscy zrównali do tego standardu, który świetnie implementują komercyjne podmioty. Osoby w wieku do 29 lat, które mogą nie znać innego sposobu szukania i konsumowania informacji, zdają się mówić – masz moją uwagę, weź za to odpowiedzialność i doprowadź komu-

nikację do końca. Mają rację! Za tę uwagę należy się odwdzięczać jak najbardziej przejrzystą drogą do zmiany nawyków, np. postawieniem landing page (strony docelowej) dla danej akcji, umożliwiającego realizację call to action. Idę o zakład, że liczba wykonanych badań cytologicznych byłaby nieporównywalnie wyższa, gdyby swój udział w programie populacyjnym można było potwierdzić z poziomu strony www, na którą trafiałybyśmy z artykułu o zdrowiu na popularnym portalu lub u influencera. Dobrym przykładem tej tendencji jest rosnąca popularność Europejskiego Tygodnia Testowania w kierunku HIV i HCV, który zachęca do działania i oferuje konkretną i nieodległą w czasie korzyść.

AK

Jak w dobie Internetu dotrzeć z rzetelną edukacją na temat profilaktyki zakażeń przenoszonych drogą płciową do młodych osób – doświadczenia IFMSA-Poland



Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland jest organizacją zrzeszającą studentów medycyny i młodych lekarzy, należy do Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Studentów Medycyny, które jest największą na świecie organizacją studencką.

Program Stały ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS IFMSA-Poland prowadzi szeroko zakrojoną działalność, która ma na celu przede wszystkim edukację dotyczącą zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego, zarówno profilaktyki infekcji przenoszonych drogą płciową (STIs) jak i ich objawów, diagnostyki i leczenia.

W Polsce z każdym rokiem przybywa osób, które o swoim zakażeniu HIV oraz innych

zakażeniach przenoszonych drogą płciową dowiadują się przypadkowo. Podejmują ryzykowne zachowania seksualne i nie zabezpieczają się w odpowiedni sposób. Właśnie z myślą o nich przygotowaliśmy akcję „Tramwaj zwany Pożądaniem”, która dzięki swojej oryginalności oraz bezpośredniemu kontaktowi zwłaszcza z młodymi ludźmi, ma szansę zmienić sposób myślenia, prze-modelować podejmowane zachowania oraz zazwyczaj negatywne nastawienie do wykonywania testów w kierunku HIV.

Celem naszego przedsięwzięcia jest zwrócenie uwagi społeczeństwa na niezwykle ważny aspekt, jakim jest zdrowie reprodukcyjne oraz na edukację społeczną z zakresu profilaktyki zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Chcemy również podnieść stan wiedzy na temat sposobów zapobiegania transmisji HIV i sposobów leczenia AIDS, zachęcić młodych ludzi do poddawania się testom w kierunku HIV dostarczając im wiarygodnych informacji medycznych.

Projekt skierowany jest przede wszystkim do młodych osób, stanowiących obecnie grupę, wśród której zakażenie szerzy się najszybciej - przede wszystkim ze wzglę-

du na częściej podejmowane zachowania ryzykowne i brak świadomości możliwych konsekwencji swoich czynów. Główną przyczyną tego stanu upatrujemy w ogromnych brakach w podstawowej wiedzy na temat infekcji przenoszonych drogą płciową wśród polskiego społeczeństwa.

Chcemy, aby nasza inicjatywa wpłynęła na zmianę nastawienia do wykonywania testów w kierunku HIV.

W społeczeństwie zakorzenionych jest ciągle mnóstwo stereotypów na temat wirusa HIV, które skutecznie zniechęcają osoby młode do wykonywania testów. Strach przed potencjalnie pozytywnym wynikiem testu jest często silniejszy od racjonalnych przesłanek, które jasno wskazują, że mimo zakażenia wirusem HIV, przy odpowiedniej i bezpłatnej farmakoterapii, można w pełni cieszyć się życiem.

Każda edycja projektu (w 2018 już siódma) obejmuje z reguły 10 największych polskich miast, takich jak Warszawa, Kraków, Poznań, Wrocław, Gdańsk, Szczecin, Bydgoszcz, Olsztyn, Katowice oraz Białystok. Specjalnie wynajęte na ten cel tramwaje i autobusy jeżdżą przez kilka godzin w czasie weekendowych wieczorów na trasach



obejmujących najbardziej popularne kluby nocne oraz miejsca spotkań młodych ludzi lub wiosenne wydarzenia o charakterze studenckim np. juwenalia, a jazdę tym niecodziennym środkiem lokomocji umilają najlepsi DJ'e oraz członkowie IFMSA-Poland. Zespół edukatorów składa się ze świetnie przygotowanych studentów medycyny, którzy pełnią funkcję Konsultantów Bezpiecznych Zachowań Seksualnych. Dodatkowo w każdym pojeździe usytuowane są stanowiska informacyjne z materiałami edukacyjnymi, a każdy pasażer otrzymuje unikatowy bilet z adresem najbliższej placówki, w której można wykonać bezpłatny test na HIV. Ponadto nasi Konsultanci organizują quizy, podczas których uczestnicy mogą sprawdzić stan swojej wiedzy na temat profilaktyki HIV/AIDS, innych infekcji przenoszonych drogą płciową oraz testowania w kierunku HIV.

Edukatorzy są członkami naszego stowarzyszenia i przeszli specjalne szkolenia. Warsztaty edukatorskie są prowadzone przez wykwalifikowanych trenerów IFMSA-Poland i składają się z dwóch części – ogólnopolskich warsztatów prowadzonych z udziałem trenerów IFMSA-Poland, a także partnerów zewnętrznych oraz szkoleń prowadzonych w oddziałach lokalnych. Podczas takich spotkań wolontariusze zdobywają nie tylko naj-

nowsza wiedzę na temat profilaktyki STIs, ale również na temat postępowania z uczestnikami naszej akcji, czyli młodymi ludźmi, którzy często nie myślą o zagrożeniach płynących z podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych. Od trzech lat nasza inicjatywa jest wyróżniana przez Kapitułę konkursu Pozytywne Otwarcie. Tramwaj zwany Pożądaniem został mianowany w 2016 do Studenckiego Projektu Roku w konkursie PZU. W roku 2017 projekt otrzymał wsparcie od UNAIDS oraz od Kapituły konkursu Positive Action Europe, a swoje pierwsze kilometry rozwijaliśmy dzięki wsparciu fundacji MTV Staying Alive Foundation. Jednymi z sygnatariuszy naszych działań



są dwa podmioty zajmujące się profilaktyką HIV/AIDS w Polsce, a mianowicie Krajowe Centrum ds. AIDS oraz Społeczny Komitet ds. AIDS, które już kolejny rok aktywnie wspierają nasze działania.

Rok 2017 był rokiem dużych sukcesów i wielkich liczb. Rozdaliśmy ponad 18 000 materiałów edukacyjnych. Dotarliśmy do ponad 40 000 odbiorców, a bezpośrednio na stanowiskach edukacyjnych do 8 000 młodych osób.

Wierzymy, że zdobywane przez lata doświadczenie w organizowaniu akcji społecznych, skierowanych do szerokiego, a co najważniejsze różnorodnego grona osób, z dobrze przygotowaną promocją, wysokim poziomem informacji medycznej, umożliwiły nam uzyskanie wpływu na zmianę postaw zdrowotnych polskiego społeczeństwa.

Mamy nadzieję, że nasze zaangażowanie, chęć dzielenia się wiedzą i czasem, a także otwartość na problemy polskiej społeczności będą wciąż spotykać się z zainteresowaniem i życzliwym odzewem.

Anna Rewekant
lekarz stażysta, szpital w Koninie,
w latach 2016-2017
Koordynator Programu
ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS
IFMSA-Poland.

Jeśli chcą Państwo zostać autorem ARTYKUŁU w Kontrze prosimy o kontakt mailowy na adres: kontra@aims.gov.pl

Jeśli chcą Państwo, aby ważne wiadomości (np. informacje o wydarzeniach związanych z HIV/AIDS) znalazły się w e-Kontrze proszę przesłać pełną informację na wyżej podany adres o temacie „PROŚBA O ZAMIESZCZENIE INFORMACJI W e-Kontrze”

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



Omówienie wyników wybranych badań społecznych – cz. 1

Diagnoza stanu wiedzy Polaków na temat HIV/AIDS i zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP) oraz zachowania seksualne

Diagnoza dotycząca potrzeb edukacyjnych w zakresie HIV/AIDS oraz zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP)

W 2014 roku, na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS, zostało przeprowadzone badanie na próbie reprezentatywnej Polaków (w badaniu mającym charakter ilościowy wzięło udział 1039 respondentów w wieku 18-70 lat). Badanie zrealizował Niezależny Instytut Badań Rynkowych IPSOS.

Głównym celem projektu była diagnoza stanu wiedzy Polaków na temat:

- dróg zakażenia HIV oraz innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP),
- testowania w kierunku HIV i ZPDP,
- zachowania seksualne Polaków, w tym podejmowanie zachowań ryzykownych,

- postaw Polaków względem osób zakażonych HIV lub chorych na AIDS,
- potrzeby edukacyjne Polaków związane z HIV/AIDS.

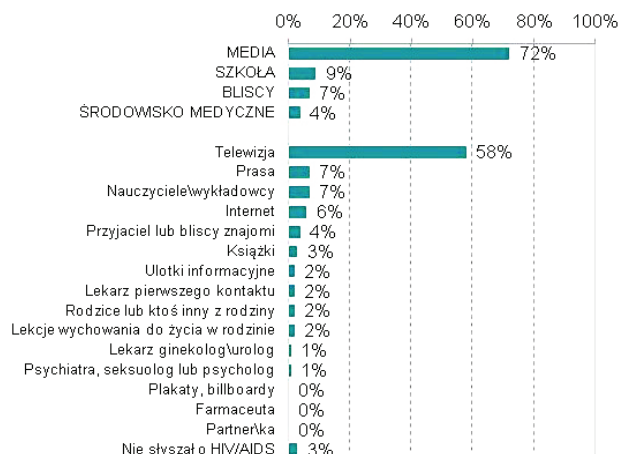
Kluczowe wnioski:

1. 97% Polaków słyszało o HIV i tyle samo o AIDS. Głównym źródłem informacji na ten temat jest telewizja.
2. Najczęściej wymieniane ZPDP to zakażenie wirusem HIV/choroba AIDS, wskazało je ponad 60% osób. Co trzecia osoba wymienia kiłę/syfilis, co czwarta rzeżączkę/tryper. Pozostałe zakażenia są wymieniane rzadziej.
3. Większość Polaków jest świadoma tego, jakie zachowania mogą prowadzić do zakażenia HIV. Respondenci najmniej świadomi są ryzyka związanego z zakażeniem drogą wertykalną.
4. Polacy nie testują się ani w kierunku HIV, ani innych ZPDP. Cechuje ich też duży dystans do problemu – 85% jest przekonane, że ten problem ich nie dotyczy.
5. Ogólna wiedza na temat testów w kierunku HIV jest stosunkowo niska. Polakom brakuje rozeznania na temat miejsca zrobienia testu, kosztów oraz czasu jaki musi minąć od ryzykow-

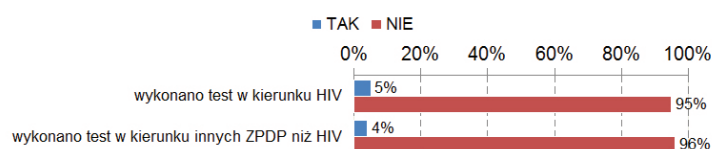
nego zachowania, aby wykonać test w kierunku HIV.

6. Na poziomie deklaracji, odsetek osób podejmujących ryzykowne zachowania seksualne, np. korzystanie z agencji towarzyskich (8%) lub seks po środkach zmieniających świadomość (7%), jest niewielki. Z drugiej jednak strony niemal 40% osób, które rozpoczęły życie seksualne, uprawiało seks niezabezpieczony prezerwatywą po spożyciu alkoholu, a co piąta seks z osobą o nieznannej przeszłości seksualnej (także bez zabezpieczenia).
7. Prezerwatywy są dla Polaków raczej środkiem antykoncepcyjnym niż metodą zapobiegania ZPDP. W ciągu ostatnich 12 miesięcy 52% Polaków wcale nie stosowało prezerwatyw w czasie stosunków seksualnych, chociaż większość uważa, że jest to najlepszy sposób zapobiegania ZPDP. Polacy często rezygnują z używania prezerwatyw, ponieważ dają swoim partnerów zaufaniem.
8. Tylko co trzecia osoba podejmuje z partnerem rozmowę na temat przeszłości seksualnej (głównie poruszane są kwestie dotyczące liczby poprzednich partnerów oraz preferencji seksualnych, a nie zdrowia seksualnego).

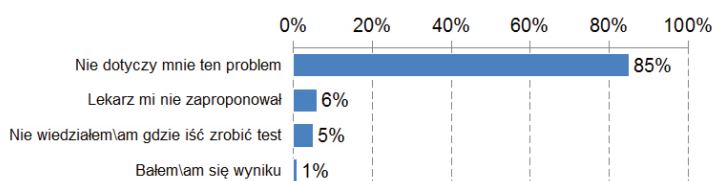
Skąd dowiedziano się o HIV/AIDS?



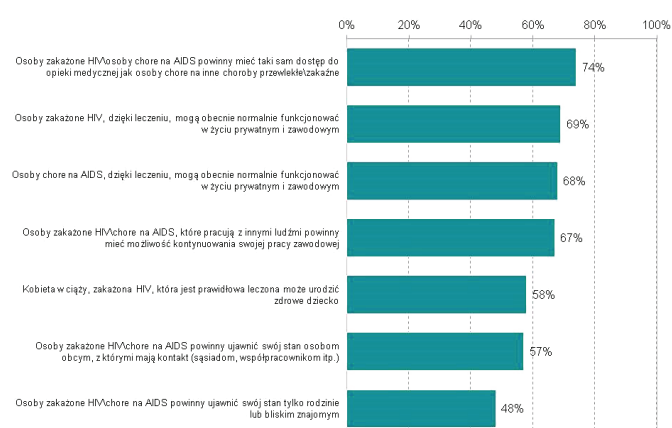
Czy kiedykolwiek wykonano test w kierunku HIV i innych ZPDP?



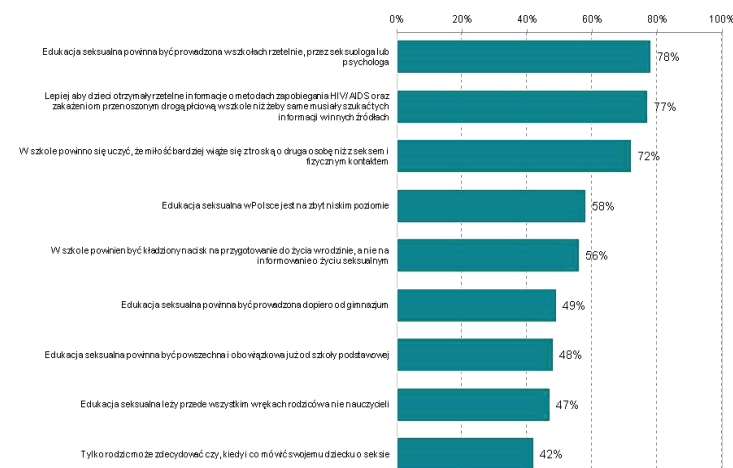
Dlaczego nie wykonano nigdy testu w kierunku HIV?



Postawy wobec osób zakażonych wirusem HIV/chorych na AIDS (suma odpowiedzi „raczej się zgadzam” + „zdecydowanie się zgadzam”)



Ocena stwierdzeń dotyczących spraw społecznych (suma odpowiedzi „raczej się zgadzam” + „zdecydowanie się zgadzam”)



9. Skala dystansu społecznego wobec osób z HIV/AIDS pokazuje, że większość Polaków (71%) nie ma problemu z tym, aby osoba z HIV/AIDS przebywała w naszym kraju, mieszkała w tym samym mieście, czy była kolegą z pracy lub sąsiadem. Polacy nie akceptują natomiast bliskich kontaktów z osobą z HIV/AIDS – większość Polaków nie wyobraża sobie, aby osoba zakażona HIV czy chora na AIDS była partnerem ich samych lub ich dziecka.

10. Niemal połowa Polaków zadeklarowała, że opiekowałaby się członkiem rodziny, który zachorowałby na AIDS. Podobny odsetek stwierdził, że utrzymywałby znajomość z osobą, która okazałaby się zakażona HIV.

11. Polacy uważają, że edukacja seksualna powinna być powszechna od szkoły podstawowej lub gimnazjum. Program zajęć powinien skupiać się bardziej na przygotowaniu do życia w rodzinie niż na seksie. Zajęcia takie powinny być prowadzone przez specjalistę – psychologa lub seksuologa.

12. Polacy są umiarkowanie zainteresowani przekazem medialnym na temat HIV/AIDS. Mają braki w wiedzy w tym zakresie, ale ze względu na duży dystans do problemu i podejście „mnie to nie dotyczy” niekoniecznie chcą poszerzyć swoją wiedzę na ten temat.

13. Internet jest preferowanym źródłem informacji na temat zdrowia seksualnego. Polacy szukają wiedzy na portalach o tematyce zdrowotnej albo na stronach organizacji zajmujących się tą tematyką. Warto zatem aby takie strony były dobrze pozycjonowane w wyszukiwarkach, a także aby były czytelne i zawierały rzetelną wiedzę.

14. Działania komunikacyjne na temat HIV/AIDS powinny być zakrojone na możliwie jak najszerszą skalę i wykorzystywać zarówno przekaz telewizyjny, jak i kampanie w Internecie.

15. Respondenci preferują kampanie, które są skierowane do szerokiej populacji. Kampania powinna przede wszystkim rzetelnie informować o problemie HIV/AIDS i szokować aby zwrócić uwagę.

Postawy i potrzeby informacyjno-edukacyjne osób w wieku 50+ w kontekście zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP), w tym HIV/AIDS

Postawy i potrzeby informacyjno-edukacyjne osób w wieku 18-65 lat, mieszkańców wsi i małych miast w kontekście zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP), w tym HIV/AIDS

W 2015 r. na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS zostało przeprowadzone badanie jakościowe. W ramach badania zrealizowano łącznie 16 wywiadów grupowych (tzw. focus group interviews). Respondenci (kobiety i mężczyźni) reprezentowali różny poziom wykształcenia i mieszkali w różnych regionach kraju, w miejscowościach różnej wielkości. Badanie zrealizowała firma Millward Brown zajmująca się badaniami rynku i opinii.

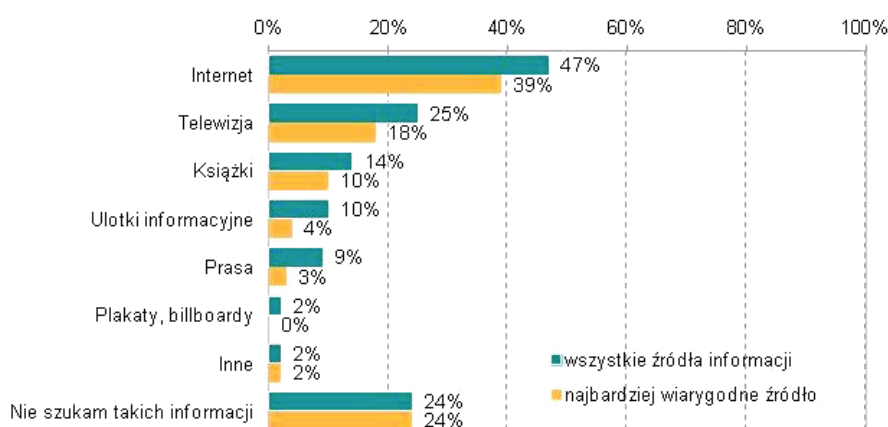
Głównym celem projektu było przeprowadzenie diagnozy stanu wiedzy i potrzeb informacyjnych w zakresie zakażeń przenoszonych drogą płciową (ZPDP), w tym HIV/AIDS u osób:

- w wieku 50+,
- w wieku 18-65 lat, mieszkających w małych miastach (do 50 tys. mieszkańców) i na wsi.

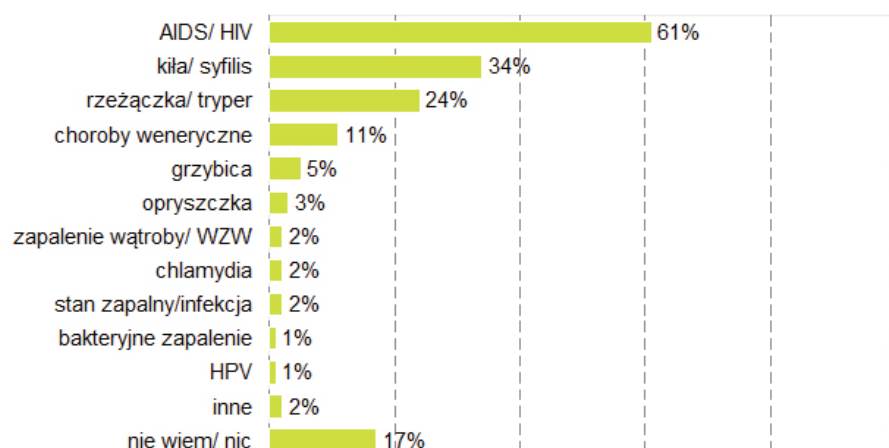
Kluczowe wnioski:

1. W zakresie postaw wobec ZPDP nie

Źródła informacji o zdrowiu seksualnym oraz ich wiarygodność



Spontaniczna znajomość ZPDP (baza: Polacy 18-70 lat, N=1039)



ma większych różnic ze względu na wiek, płeć, region czy miejsce zamieszkania.

2. Wśród zakażeń przenoszonych drogą płciową najbardziej znane jest HIV/ AIDS, ponieważ jest to zakażenie „medialne”. O ZPDP wiedza jest niewielka. Respondentom w szczególności brakuje konkretnych i praktycznych informacji.
3. Badanie dowodzi istnienia deficytów w wiedzy i ogólnie braku świadomości zagrożeń związanych z zakażeniami przenoszonymi drogą płciową. ZPDP (np. kiła czy rzeżączka) są postrzegane jako problem, który był poważną chorobą kiedyś, ale dziś może już być leczony (antybiotykami) – teraz jest zjawiskiem marginalnym. Z kolei HIV/ AIDS jest postrzegany jako problem dotyczący inne grupy społeczne lub populacje, które ze względu na prowadzony styl życia, skłonności do eksperymentowania, a przede wszystkim dużą liczbę partnerów seksualnych narażają się na ryzyko zakażenia. Taki sposób myślenia o ZPDP sprzyja dystansowaniu się do problemu i traktowaniu go jako czegoś, co mnie osobiście nie dotyczy.
4. Pojawienie się w otoczeniu osoby chorej wywołuje paraliż wśród badanych. Pojawia się strach; nie wiadomo, jak się zachować; nie chce się nikogo urazić, ale też drży się o swoje zdrowie. W efekcie pojawia się nadzieja, że „państwo” i „system” przez odpowiednie regulacje dba o nasze bezpieczeństwo i zdrowie.
5. Badani na co dzień nie wykazują większej dbałości o unikanie zakażenia.

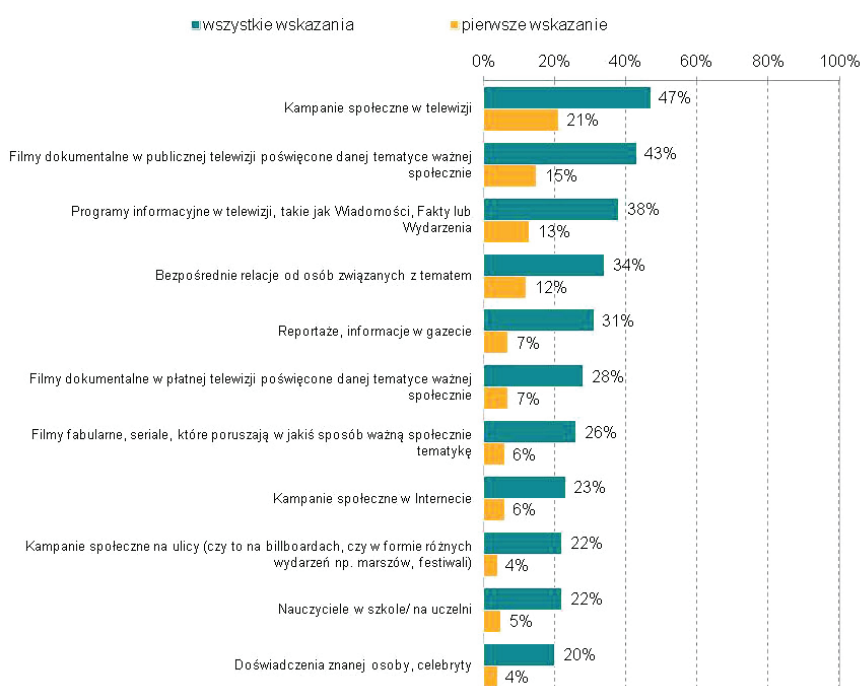
Większość wierzy, że są bezpieczni, bo są nieaktywni seksualnie lub w stałych związkach i są wierni partnerowi, oraz ufają partnerowi, więc nie jest on postrzegany jako źródło zagrożenia. Temat zdrad, romansów, seksie pod wpływem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, zmiany lub dużej liczby partnerów seksualnych to problem innych ludzi.

6. Analizując wypowiedzi badanych, odkrywamy typowe mechanizmy związane z dystansowaniem się wobec tematu i osób zakażonych. Pojawiają się więc wypowiedzi świadczące o obarczaniu chorych winą za zakażenie, jest też bagatelizowanie problemu, eksponuje się również fakt postępow

medycyny, która pozwala chorym na prowadzenie w miarę normalnego życia przez wiele lat – tak jak to ma miejsce w przypadku innych schorzeń przewlekłych.

7. Dystansowanie się od problemu i traktowanie go jako czegoś, co mnie nie dotyczy – bo ani nie jestem zakażony, ani nie znam nikogo zakażonego – prowadzi do tego, że badani nie mają w zasadzie żadnych potrzeb informacyjnych nt. ZPDP. Dopiero w sytuacji, kiedy zostają skonfrontowani ze scenariuszem „w twoim życiu pojawia się ktoś z ZPDP”, zaczynają dostrzegać potrzebę dowiedzenia się więcej o sposobach zakażenia wirusem. Potrzebują wtedy precyzyjnych instrukcji w zakresie tego, jak mają się zachowywać, jakich zasad przestrzegać, żeby nie narażać się na zakażenie.
8. Problemem dla badanych jest też brak umiejętności rozmawiania z partnerem o kwestiach intymnych - nie mają kompetencji do rozmawiania z partnerem o tematach związanych z seksem, poprzednimi partnerami czy chorobami. Jest to temat tabu, który – jak się wydaje badanym – może negatywnie wpłynąć na przyszłość relacji.
9. Zakażenia przenoszone drogą płciową potrzebują kampanii, która pokaże, że

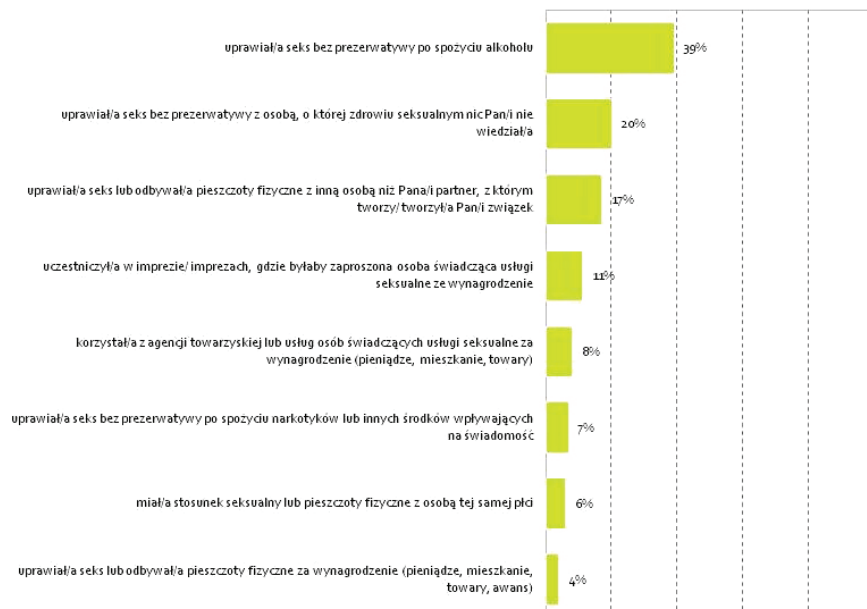
Najbardziej przekonujące sposoby informowania na temat problemów zdrowotnych, jak zakażenia przenoszone drogą płciową, HIV/AIDS



Ryzyko zdrad wiąże się z:



Ryzykowne zachowania seksualne (baza: osoby, które odbywały stosunki seksualne w ciągu ostatnich 12 miesięcy, N=777)

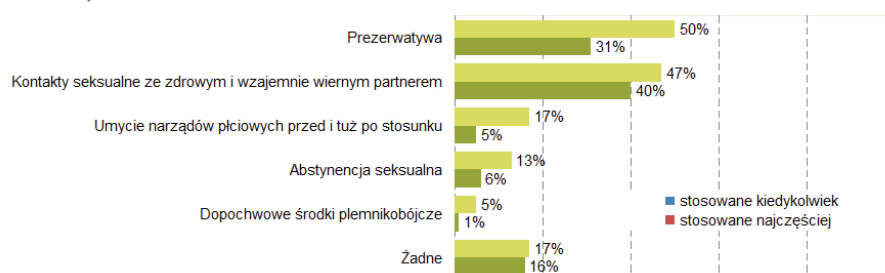


jest to aktualny problem. Należy przełamać myślenie w kategoriach „ten problem mnie nie dotyczy”.

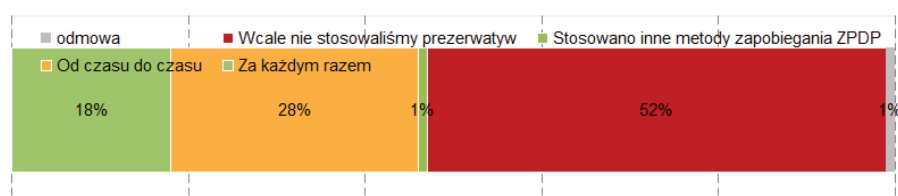
- Zmiana postawy i wykreowanie otwartości na przekaz nt. robienia testów w kierunku HIV wymaga najpierw zmiany świadomości i destygmatyzacji ZPDP, w szczególności HIV/AIDS.
- Konieczne jest przywrócenie tematu ważności i aktualności. Trzeba również pokazywać różne grupy wiekowe i społeczne, różne populacje jako narażone na ryzyko zakażenia.
- Biorąc pod uwagę stan wiedzy nt. ZPDP i małą umiejętność „przekładania” teoretycznych informacji na praktyczne zachowania, widoczna jest duża potrzeba kampanii informacyjnej, która nie będzie prezentować ZPDP z perspektywy „encyklopedii chorób”, ale da klarowne, praktyczne i konkretne wskazówki co do tego, jak się zachowywać, jak postępować i jak rozmawiać.
- Większość osób nie ma spontanicznej potrzeby dowiedzenia się czegoś nt.

ZPDP, a nawet więcej: badani raczej unikają tego tematu, starają się go od siebie odsuwać, nie można liczyć na to, że sami się nad sprawą pochylą, że sami zaczną poszukiwać informacji z tego obszaru. To wymusza konieczność działań proaktywnych.

Stosowanie metod zapobiegania ZPDP (baza: osoby, które odbyły kiedykolwiek stosunek seksualny, N=777)



Stosowanie prezerwatyw w ciągu ostatnich 12 miesięcy (baza: osoby, które odbywały stosunki seksualne w ciągu ostatnich 12 miesięcy, N=777)



14. Wiedza ta powinna docierać do społeczeństwa w kanałach, z których ludzie korzystają: telewizja (seriale), prasa, książki (dla kobiet); ciekawe artykuły w internecie. Naturalnym miejscem dla ulotek nt. ZPDP wydają się też poczekalnie w przychodniach, apteki, ale również szkoły i instytucje edukacyjne, a nawet kościół czy sklep wiejski oraz przystanek. W przypadku osób najmłodszych bardzo ważną agendą jest szkoła czy inne instytucje edukacyjne. Sami badani uważali, że dobrym miejscem na budowanie świadomości ryzyka ZPDP, są miejsca, w których poznaje się ludzi, np. dyskoteki, klubach czy pubach.

15. Informacja o ryzykach powinna się pojawiać tam, gdzie jest też ryzyko: w miejscach poznawania partnerów. Takie informacje powinny dawać proste, sugestywne wskazówki: co robić tu i teraz!

16. Wydaje się, że rozwiązaniem może być wykreowanie swoistej „mody” na robienie testu. Dla młodych powinno to być sprzedawane pod płaszczykiem elementu nowoczesnego stylu życia; dla osób starszych powinno być natomiast łączone z innymi badaniami kontrolnymi.

Sylvia Salgut-Krzemińska

kontra

Redakcja
Maryla Rogalewicz
Katarzyna Gajewska
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 68, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@ids.gov.pl
www.aids.gov.pl

Exemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.