



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży

Aktualny stan badań na świecie i w Polsce

Materiały z konferencji zorganizowanej
przez Komisję Rodziny i Polityki Społecznej Senatu RP
24 kwietnia 2006 r.

Kancelaria Senatu
Warszawa 2006 r.

Przedruk materiałów Kancelarii Senatu RP w całości lub części możliwy jest wyłącznie za zgodą Kancelarii Senatu RP. Cytowanie oraz wykorzystanie danych empirycznych dozwolone jest z podaniem źródła.

Projekt okładki:

MAREK KWIATKOWSKI

Opracowanie:

MAŁGORZATA LIPIŃSKA

SŁAWOMIR LEGAT

Redakcja techniczna:

JACEK PIETRZAK

ISBN 83-86065-68-0

Biuro Administracyjne

Dział Wydawniczy

Warszawa 2006 r.

Nakład 150 egz.

Spis treści

Senator Antoni Szymański	5
Anna Dakowicz-Nawrocka	7

REFERATY

Dr Norman Hearst

<i>Ograniczenia profilaktyki AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową opartej na promocji prezerwatyw</i>	11
---	----

Senator Antoni Szymański	26
------------------------------------	----

Prof. dr hab. Andrzej Zieliński	26
---	----

Dr Norman Hearst	27
----------------------------	----

Senator Antoni Szymański	27
------------------------------------	----

Dr Edward Green

<i>Profilaktyka AIDS. Przedwczesny konsensus i zmiana paradygmatu</i>	28
---	----

Senator Antoni Szymański	41
------------------------------------	----

Dr Anna Marzec-Bogusławska	41
--------------------------------------	----

Dr Edward Green	42
---------------------------	----

Senator Antoni Szymański	43
------------------------------------	----

Dr Szymon Grzelak

<i>Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Wnioski z badań polskich i zagranicznych</i>	44
--	----

Senator Antoni Szymański	56
------------------------------------	----

Prof. dr hab. Andrzej Zieliński

<i>Problem występowania i zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową u młodzieży</i>	57
---	----

Senator Antoni Szymański	62
------------------------------------	----

Dr Anna Marzec-Bogusławska

<i>Profilaktyka HIV/AIDS w kampaniach Krajowego Centrum ds. AIDS Przekaz skierowany do młodzieży.</i>	63
---	----

Dr Wiktoria Wróblewska	
<i>Postawy młodzieży w sferze seksualnej w Polsce w okresie przemian</i>	
<i>a potrzeba edukacji</i>	68
Senator Antoni Szymański	83

DYSKUSJA

Dr Edward Green	87
Dr Norman Hearst	88
Dr Edward Green	88
Dr Wiktoria Wróblewska	89
Dr Anna Marzec-Bogusławska	89
Robert Waśkiewicz	90
Dr Edward Green	91
Dr Szymon Grzelak	91
Krzysztof Wojcieszek	92
Dr Edward Green	93
Dr Norman Hearst	95
Dr Anna Marzec-Bogusławska	95
Krzysztof Wojcieszek	96
Teresa Król	96
Dr Anna Marzec-Bogusławska	96
Rzecznik Praw Dziecka Ewa Sowińska	97
Ewa West	97
Dr Dorota Cianciara	98
Ewa Kowalewska	99
Ilona Jachna	100
Dr Anna Marzec-Bogusławska	101
Dr Edward Green	101
Dr Norman Hearst	102
Dr Szymon Grzelak	102
Senator Antoni Szymański	103

Senator Antoni Szymański

Szanowne Panie! Szanowni Panowie!

Mam zaszczyt w imieniu Komisji Rodziny i Polityki Społecznej powitać państwa na konferencji zatytułowanej „Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce”.

Cieszę się, że tak wiele osób zechciało przyjąć nasze zaproszenie, żeby rozmawiać o bardzo ważnym problemie. Cieszę się, że jest wśród nas rzecznik praw dziecka, pani Ewa Sowińska; witam wiceministra zdrowia, pana Andrzeja Wojtyłę; witam pana posła Henryka Gołębiewskiego; senatorów: panią Ewę Tomaszewską i pana Jana Szafrąca. Serdecznie witam wszystkich prelegentów, którzy są już z nami: panią doktor Wiktorię Wróblewską, panią doktor Annę Marzec-Bogusławską, pana profesora Andrzeja Zielińskiego, pana doktora Szymona Grzelaka i gości, którzy przylecieli do nas zza oceanu: pana doktora Normana Hearsta i pana doktora Edwarda Greena.

Chciałbym w tym miejscu bardzo serdecznie podziękować Ambasadzie Stanów Zjednoczonych za współpracę w przygotowaniu tej konferencji. Komisja nasza w ostatnich miesiącach bardzo intensywnie współpracuje z Ambasadą Stanów Zjednoczonych, niedawno gościliśmy kongresmana Chrisa Smitha, który przybył tutaj na Narodowy Dzień Życia i uczestniczył w bardzo wielu konferencjach. Dzisiaj mamy bardzo ważnych gości: pana Edwarda Greena i pana Normana Hearsta, właśnie dzięki współpracy z ambasadą. Chciałbym serdecznie podziękować panu Szymonowi Grzelakowi za inspirację do tej ważnej konferencji, o czymś świadczy choćby to, że tak wiele osób zechciało skorzystać z zaproszenia.

Senator Antoni Szymański – przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej Senatu RP.

Chciałbym powitać również panią Annę Dakowicz-Nawrocką, dyrektor Departamentu Kształcenia i Doskonalenia Nauczycieli w Ministerstwie Edukacji i Nauki.

Szanowni Państwo, będę starał się o to, aby konferencja przebiegała sprawnie, zgodnie z naszym harmonogramem, wobec tego moja wypowiedź również będzie bardzo krótka. Chciałbym jeszcze podziękować Radzie Miasta Warszawy za to, że dzięki Departamentowi Spraw Społecznych mamy dzisiaj publikację, która jest zatytułowana podobnie jak nasza konferencja i oddaje znakomicie jej charakter.

Bardzo proszę o zabranie głosu panią dyrektor Annę Dakowicz-Nawrocką.

Anna Dakowicz-Nawrocka

Szanowni Państwo!

Mam przyjemność w imieniu ministra edukacji i nauki przywitać państwa na konferencji zorganizowanej przez Komisję Rodziny i Polityki Społecznej. Dziękując w imieniu pana ministra Seweryńskiego za zaproszenie, chcę zaznaczyć, że podejmowaną tu problematykę, zwłaszcza że jest ona podejmowana w kontekście najnowszych wyników badań zagranicznych i krajowych, traktujemy jako szczególnie, dla nas i dla całej sfery edukacji, istotną. Istotną przede wszystkim ze względu na niekwestionowaną konieczność nadania odpowiedniej rangi i znaczenia wszelkim działaniom wychowawczym i profilaktycznym.

Mając na uwadze ten fakt, chcę poinformować państwa, że jutro, to jest dwudziestego piątego kwietnia, w Ministerstwie Edukacji odbędzie się podobna konferencja, na której będą prezentowali swoje wystąpienia ci państwo, którzy dzisiaj będą przedstawiali je tutaj. Konferencję tę chcemy adresować do osób, za których stan wiedzy na temat najnowszych wyników badań w tej materii minister edukacji czuje się w sposób szczególnie odpowiedzialny. A zatem konferencję chcemy adresować do pracowników nadzoru pedagogicznego z kuratoriów oświaty i do pracowników placówek doskonalenia nauczycieli. Wydaje nam się, że przekazanie tej wiedzy, którą dzisiaj państwo będą mogli tutaj zdobyć, jest również konieczne w przypadku osób, o których mówiłam.

Informując o powyższym, jednocześnie chcę życzyć państwu owocnego spotkania. Mam nadzieję, że czas spędzony tutaj uznają państwo za czas spędzony z pożytkiem.

Dziękuję uprzejmie.

Anna Dakowicz-Nawrocka – dyrektor Departamentu Kształcenia i Doskonalenia Nauczycieli w Ministerstwie Edukacji i Nauki.

Senator Antoni Szymański

Przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej

Chciałbym zaprosić do wystąpienia pana Normana Hearsta z University of California w San Francisco, który jest ekspertem i doradcą w sprawach profilaktyki AIDS w wielu krajach świata. Jest współautorem raportu dotyczącego profilaktyki wdrażanej w krajach rozwijających się przygotowanej dla Organizacji Narodów Zjednoczonych. Serdecznie dziękuję, że zechciał pan przyjąć zaproszenie i przybył zza oceanu na naszą konferencję. Wystąpienie zatytułowane jest następująco:

„Ograniczenia profilaktyki AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową opartej na promocji prezerwatyw”.

Referaty

Dr Norman Hearst

Ograniczenia profilaktyki AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową opartej na promocji prezerwatyw

Witam państwa. Dziękuję bardzo za przedstawienie mnie i wprowadzenie. Bardzo się cieszę i jest to dla mnie ogromny zaszczyt, że mogę tutaj z państwem być. Przyjechałem z San Francisco, gdzie jestem profesorem medycyny rodzinnej na akademii medycznej. Pracuję również już od dwudziestu lat w obszarze problematyki epidemiologii i zapobiegania HIV i AIDS. Pracowałem w różnych organizacjach, współpracowałem też z agencją ds. AIDS w ONZ. Kilka lat temu poproszono mnie o przeprowadzenie badania nad wpływem strategii promocji prezerwatyw na zapobieganie AIDS. Podzielię się dzisiaj z państwem wynikami tego badania.

Poproszono nas o zbadanie dowodów naukowych na zapobieganie AIDS w wyniku użycia prezerwatyw. Może jest to dosyć prosty obszar, proste pytanie, ale na pewno zawiera ono w sobie szereg bardziej skomplikowanych, na przykład, czy prezerwatywy rzeczywiście działają, jeśli chodzi o zapobieganie tak AIDS, jak i chorobom przenoszonym drogą płciową. I czy jest jakaś szersza kwestia w dziedzinie zdrowia społecznego dotycząca promocji użycia prezerwatyw w celu zapobieżenia czy ograniczenia rozprzestrzeniania się epidemii AIDS. Oczywiście kwestia tego, czy ludzie korzystają z prezerwatyw, też wchodzi w zakres naszych badań. Będę mówił o zapobieganiu infekcjom HIV i AIDS związanym z zachowaniami seksualnymi u osób heteroseksualnych. Nie będę mówił o problemie zakażeń u osób używających narkotyków dożylnych.

Pierwsza kwestia: w jakim stopniu korzystanie z prezerwatywy rzeczywiście pomaga w zapobieżeniu infekcji HIV i AIDS? Aby odpowiedzieć na

Dr Norman Hearst (University of California, San Francisco, USA) – ekspert i doradca w sprawach profilaktyki AIDS w wielu krajach świata, współautor raportu dla UNAIDS (Hearst i Chen, 2003) dotyczącego profilaktyki realizowanej w krajach rozwijających się.

tak postawione pytanie, tak jak przy każdym rodzaju sprzętu medycznego musimy najpierw ocenić jego teoretyczną skuteczność, a później skuteczność przy rzeczywistym użyciu. Tak samo na przykład jest ze środkami antykonceptyjnymi. Skuteczność teoretyczna a praktyczna to nie jest to samo, podobnie jest, jeśli chodzi o prezerwatywy.

Jaka jest teoretyczna efektywność prezerwatyw? Nie wiem i chyba nikt z państwa też nie wie, ponieważ nie jesteśmy w stanie przeprowadzić badania, które by na to pytanie odpowiedziało. Wiele natomiast osób na pewno będzie podawało wiele różnych danych. Możemy też usłyszeć, że przy właściwym użyciu prezerwatywy mają 98% czy nawet 100% skuteczności. Możemy też powiedzieć, że tylko przy seksie bez ochrony można się zarażać HIV i AIDS. Na pewno żadne z tych stwierdzeń nie jest w stu procentach prawdziwe. Nie wiem, jaka jest skuteczność teoretyczna prezerwatyw i tak naprawdę nie obchodzi mnie za bardzo skuteczność teoretyczna. Narawdę obchodzi nas skuteczność praktyczna, czyli to coś, co możemy zmierzyć. Mamy tu do dyspozycji szereg badań.

Co zatem wiemy? Wiemy, że najlepszej informacji dostarczają badania par o różnym statusie serologicznym, gdzie jeden partner jest seropozytywny, a drugi partner jest seronegatywny. I jeżeli takie pary przez pewien czas obejmujemy badaniami, dostarcza nam to bardzo dużo informacji. Jest dostępnych wiele takich badań, przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, w Europie, także w krajach afrykańskich. Najczęściej w takiej parze zainfekowaną stroną jest mężczyzna, natomiast stroną wolną od infekcji – kobieta; rzadziej odwrotnie.

Jak takie badanie wygląda? Do badania rekrutuje się pary i oczywiście z przyczyn etycznych we wszystkich tych badaniach bardzo usilnie zachęca się do używania prezerwatyw, uczy się, jak używać prezerwatyw i pilnuje się w miarę możliwości, żeby one były wykorzystywane. Większość par nie używa prezerwatyw. Pary dzielimy na te, które używają prezerwatyw zawsze, takie, które czasami i takie, które nigdy. Porównując dane dotyczące przekazywania zakażenia możemy spojrzeć na to z perspektywy, jak to wygląda u tych, którzy zawsze korzystają z prezerwatyw i tych, którzy nigdy z nich nie korzystają. Każde badanie daje nam pewne dane, jeżeli zaś złożymy wszystkie wyniki badań razem i przeprowadzimy metaanalizę tych badań, będziemy mieli ogólne dane szacunkowe dotyczące skuteczności prezerwatyw.

Możemy powiedzieć, że skuteczność w redukcji przekazywania choroby, jeżeli prezerwatywy są zawsze wykorzystywane, sięga 80 – 90%. Ale proszę pamiętać: zawsze wykorzystywane. Właściwie nie jest to chyba żadna niespodzianka, ponieważ mniej więcej taka sama jest skuteczność

Table 1. Seroconversion rates in cohort studies of HIV transmission within discordant couples

Study	Study Site	Direction of Transmission	Condom Use		
			Always	Some	Never
Fischl 1987	U.S.A.	Not specified	1/10	-	12/14
Goedert 1987	U.S.A.	M+ F-	0/6		4/18*
Peterman 1988	U.S.A.	M+ F- M- F+	- -	0/4 0/2	10/51 2/23
Roumelidou 1988	Greece	M+ F-	0/37		12/16*
Johnson 1989	London	M+ F-	0/4		15/74*
Laurian 1989	France	M+ F-	0/14	-	-
van der Ende 1988	Netherlands	M+ F-	0/2	0/3	0/8
Henry 1991	U.S.A.	M+ F-	-	-	1/1
Kamenga 1991	Zaire	M+ F- M- F+	1/50 3/56	1/10 1/1	- -
Allen 1992	Rwanda	M+ F- M- F+	0/4 0/5	2/16 0/15	4/10 2/3
European Study Group 1992	6 countries in European Community	M+ F- M- F+	0/83 0/41	8/74 4/47	74/314 15/104
Siddiqui 1992	U.S.A.	Not specified	0/7	0/6	0/9
Saracco 1993	Italy	M+ F-	3/171	8/55	8/79
Musicco 1994	Italy	M+ F-	5/243	-	-
O'Brien 1994	U.S.A.	Not specified	-	0/4	0/2
Deschamps 1996	Haiti	Not specified	1/42	6/45	13/90
Hira 1997	Zambia	M+ F-	0/30	5/49	-

*seroconversion rates for never and sometimes condom users.

M+ F- indicates transmission from an infected man to a female partner; M- F+ indicates transmission from an infected woman to a male partner.

Source: Weller S et al., Pinkerton SD et al., Davis KR et al.

prezerwatyw w zapobieganiu ciąży, przy prawidłowym ich użyciu. Tak naprawdę nie ma żadnego powodu, żeby prezerwatywy miały być bardziej skuteczne w zapobieganiu infekcji małym wirusem niż w zapobieganiu ciąży. Czy 80% – 90% to dobrze, czy źle? To zależy od punktu widzenia, ale można powiedzieć, że 80 – 90% jest tą prawdziwą wartością skuteczności, ale tylko jeśli prezerwatywy są wykorzystywane zawsze. Kiedy zaś są wykorzystywane czasami, ochrona jest nie większa niż w najlepszym przypadku 50%, można więc powiedzieć, że niewielka. Co ważne, te dane obrazują

scenariusze najbardziej optymistyczne – nie są to pary o różnym statusie serologicznym, czyli jedna z osób nie zainfekowana i wie, że partner też nie jest zainfekowany. Badacze co kilka miesięcy pobierają krew, żeby sprawdzić, czy nie doszło do infekcji. Tak naprawdę motywacją jest tutaj kluczowa. Uczy się ich, jak korzystać z prezerwatyw, dostarcza się im prezerwatyw, tak więc tych 80 – 90% to dane przy scenariuszu najbardziej optymistycznym.

Badania na ogólnej populacji wykazują niższą skuteczność. Na przykład ostatnie badanie przeprowadzone w Ugandzie wykazało, że ludzie, którzy zawsze korzystają z prezerwatyw, ponoszą ryzyko w około 67%, co znacznie różni się od podanych 80 – 90%.

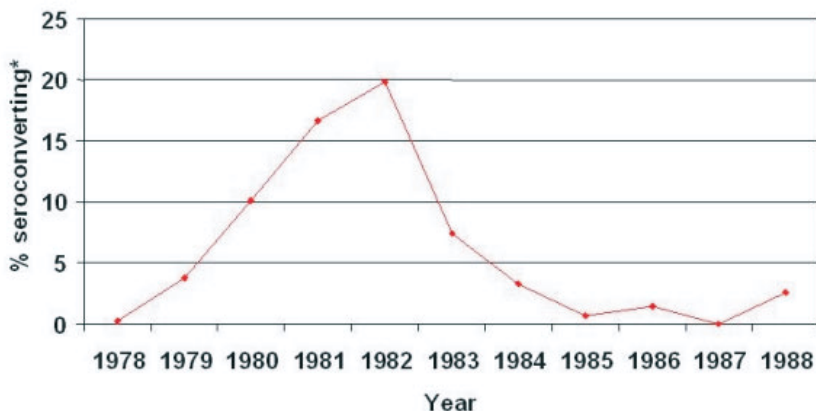
Podsumowując: czy prezerwatywy są skuteczne w zapobieganiu przekazywania HIV i AIDS? Tak, są. Czy w stu procentach? Nie, nie w stu procentach. Indywidualną kwestią jest to, jak dobrze prezerwatywy działają jako przyrząd medyczny zapobiegający transmisji infekcji. Ale zadajmy sobie teraz pytanie, czy użycie prezerwatyw może w całej populacji zmienić kierunek epidemii HIV i AIDS?

Chciałem wcześniej powiedzieć, że jeśli chodzi o choroby przenoszone drogą płciową inne niż HIV i AIDS, dane nie są tak optymistyczne. Tak naprawdę w przypadku wielu tych chorób nie mamy w ogóle danych i nie wiemy, o ile użycie prezerwatyw zredukowało liczbę zakażeń. Ale w odniesieniu do niektórych chorób przenoszonych drogą płciową mamy takie dane. Podsumowując, ogólnie rzecz biorąc prezerwatywy są mniej skuteczne w ochronie przed innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową niż HIV i AIDS. Wskaźnik wynosi tu od 30% do 70%.

Im bardziej zakaźna jest choroba, tym mniej skuteczne są prezerwatywy, co oczywiście nie jest żadnym zaskoczeniem. HIV i AIDS nie są bardzo zakaźne. Nawet jeżeli dojdzie do stosunku z osobą seropozytywną, to ryzyko zakażenia po pierwszym kontakcie jest niższe niż jeden przypadek na sto. Przy kontakcie z osobą z rzeżączką szansa na zakażenie to około 50%. Tak więc naprawdę inne choroby przenoszone drogą płciową są dużo bardziej zakaźne i prezerwatywy okazują się w ich przypadku mniej skuteczne w zapobieganiu zakażeniom. Oczywiście istnieją dane mówiące, że prezerwatywy zmniejszają ryzyko przekazywania również innych chorób przenoszonych drogą płciową, chociaż w mniejszym stopniu niż w przypadku HIV i AIDS.

Teraz przejdźmy do kwestii zdrowia publicznego, czyli zastanowienia się, czy w ogólnej populacji prezerwatywy mogą zmniejszyć epidemię HIV i AIDS. Widzimy, że prezerwatywy działają, jeśli chodzi o tak zwaną epidemię skoncentrowaną; zaraz powiem, co to jest. Ale w miejscach takich jak

Figure 1. HIV incidence among men who have sex with men in San Francisco, 1978-88



*The denominator is men beginning each year seronegative.

Source: Hessel N et al.

moje miasto – San Francisco, gdzie epidemia AIDS dotyczy głównie mężczyzn utrzymujących stosunki płciowe z mężczyznami, mamy bardzo duży problem, który powstał już dawno temu. Wiemy już, że nawet zanim odkryto AIDS, w tym środowisku już on istniał, choć nie wiedzieliśmy wtedy jeszcze, czym jest ta nowa choroba. Powiem, że mamy bardzo wysoki stopień zakażeń wirusem w tym środowisku.

W 1981 i 1982 roku, jeszcze zanim odkryto wirus HIV, czyli przed rokiem 1983, obserwowaliśmy szczyt zakażeń. Widzieliśmy, że szerzy się w środowisku mężczyzn homoseksualnych jakaś choroba. Czyniliśmy więc wysiłki, żeby przekonać mężczyzn homoseksualnych do używania prezerwatyw. Wcześniej problem prezerwatywy nie istniał, ponieważ nie bali się niepożądaney ciąży. Okazało się, że po kampanii uświadamiającej, jeśli chodzi o prezerwatywy, dane dotyczące zakażeń znacznie spadły, w ciągu kilku lat do 1% z ponad 20%. Wiąże się to w dużym stopniu z używaniem prezerwatyw.

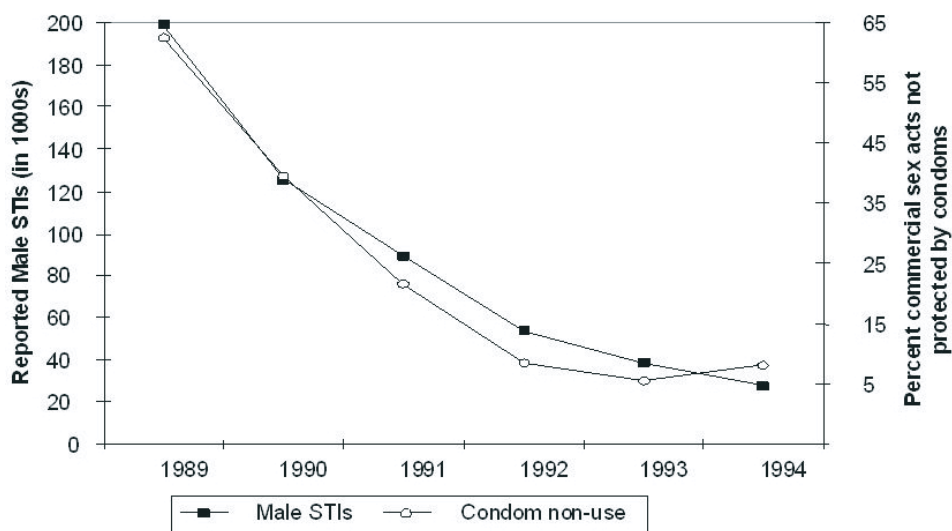
Retrospektywnie jednak możemy powiedzieć, że może za bardzo przecenialiśmy znaczenie prezerwatyw, chociaż miały tu one swój pozytywny skutek. Na ogólny obraz sytuacji miała również wpływ liczba partnerów. Jeżeli mężczyzna pozostawał w stosunkach tylko z jednym partnerem, na pewno ryzyko zakażenia było mniejsze. A zatem promowanie zmian zachowań też bardzo pomogło.

Jak to wygląda wśród populacji osób heteroseksualnych? Weźmy na przykład Tajlandię i kraje ościenne. Tutaj też mamy epidemię skoncen-

trowaną, ale skoncentrowaną na środowisku, w którym uprawia się seks komercyjny, ponieważ w Tajlandii istnieje ogromny przemysł płatnego seksu i do większości zakażeń dochodziło właśnie tą drogą. Przeprowadzono słynną kampanię promującą używanie prezerwatyw w domach publicznych. Kontrolowano, jak to rzeczywiście przebiega i nakładano sankcje na domy publiczne, jeżeli okazywało się, że prezerwatywy nie były w nich stosowane. W efekcie użycie prezerwatyw osiągnęło właściwie 100%. Zwiększono w ten sposób w ogóle zużycie prezerwatyw przez mężczyzn, co zmniejszyło liczbę nowych zakażeń HIV i AIDS oraz chorobami przenoszonymi drogą płciową. Chodziło tu nie tylko o klientów prostytutek, ale również o żony tych klientów. Miało to więc w Tajlandii odzwierciedlenie w danych ogólnopopulacyjnych. Wchodzą tu w grę także różne inne czynniki. W tej chwili znacznie mniejsza liczba mężczyzn korzysta w Tajlandii z płatnego seksu. Wcześniej było ich 50%, 60%, w tej chwili liczba ta spadła o połowę. Redukcji uległa też w Tajlandii liczba niepłatnych partnerek seksualnych mężczyzn. Tak więc na całość obrazu mają wpływ nie tylko prezerwatywy.

Przedstawiam bardzo szczegółowe przykłady: środowisko mężczyzn utrzymujących stosunki płciowe z mężczyznami w San Francisco czy klientów płatnej miłości w Tajlandii. Ale co z uogólnioną epidemią HIV i AIDS? Myślę oczywiście głównie o Afryce. Czy w ogólnej populacji pre-

Figure 4. Male STIs and condom non-use in commercial sex in Thailand



Source: Brown T

zerwatywy mogą również zmienić obraz epidemii? Wielu ludzi powie, że prezerwatywy nigdy w Afryce nie zadziałają, ponieważ Afrykańczycy nie chcą ich używać. Z drugiej strony, od dwudziestu już lat wielu ludzi angażuje się bardzo intensywnie w promowanie używania prezerwatyw w Afryce. Oczywiście wartości procentowe, jeśli chodzi o ich użycie, różnią się w zależności od kraju, ale widzimy, że jednak ich stosowanie się zwiększa. Najlepsze informacje pochodzą z badań DHS, czyli badań demograficznych dotyczących zdrowia, które przeprowadzane były już od kilku lat w wielu krajach, głównie do celów planowania rodziny.

Badania obejmowały głównie kobiety w wieku 15 – 24 lat. Zapytano je, czy w ciągu ostatniego roku uprawiały seks z partnerem, który nie był ich stałym partnerem, oraz drugie pytanie: czy używały wtedy prezerwatyw? Jeżeli nałożymy na siebie odpowiedzi na obydwie te pytania, będziemy mieli wyniki, które nas interesują. W niektórych krajach wartości procentowe są bardzo niskie, w niektórych sięgają nawet 50%, i u młodych kobiet, i u młodych mężczyzn, czasami nawet 60% – 70% w krajach takich jak Zimbabwe czy Botswana, której nie ma na wykresie. W przypadku Botswany jest to 80%, czyli porównywalnie z wartością w krajach europejskich. Na pewno więc nie można powiedzieć, że prezerwatywy w Afryce się nie przyjmą, ponieważ Afrykańczycy nigdy nie będą chcieli ich używać. Obecnie takie przekonanie jest nieaktualne.

Table 1a. Condom use at last high-risk sex in past year among 15-24 year old females in Africa, 2001

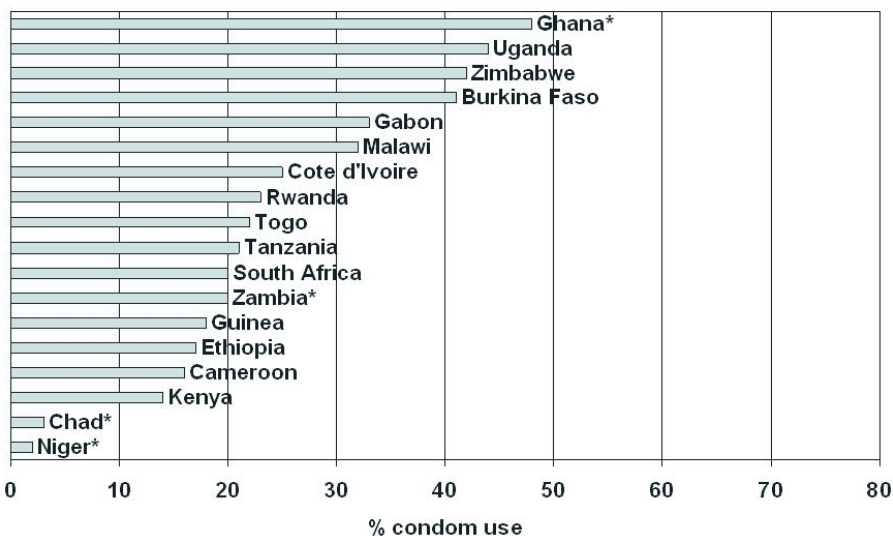
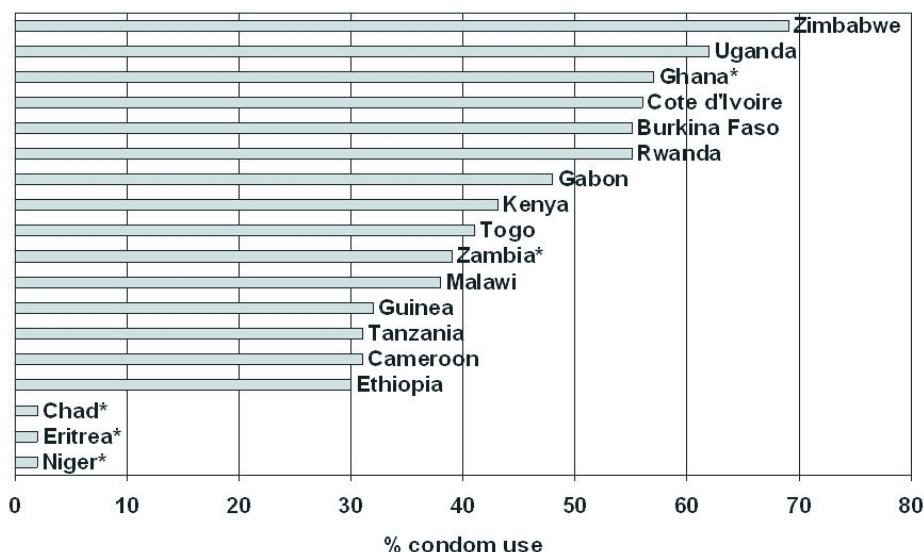


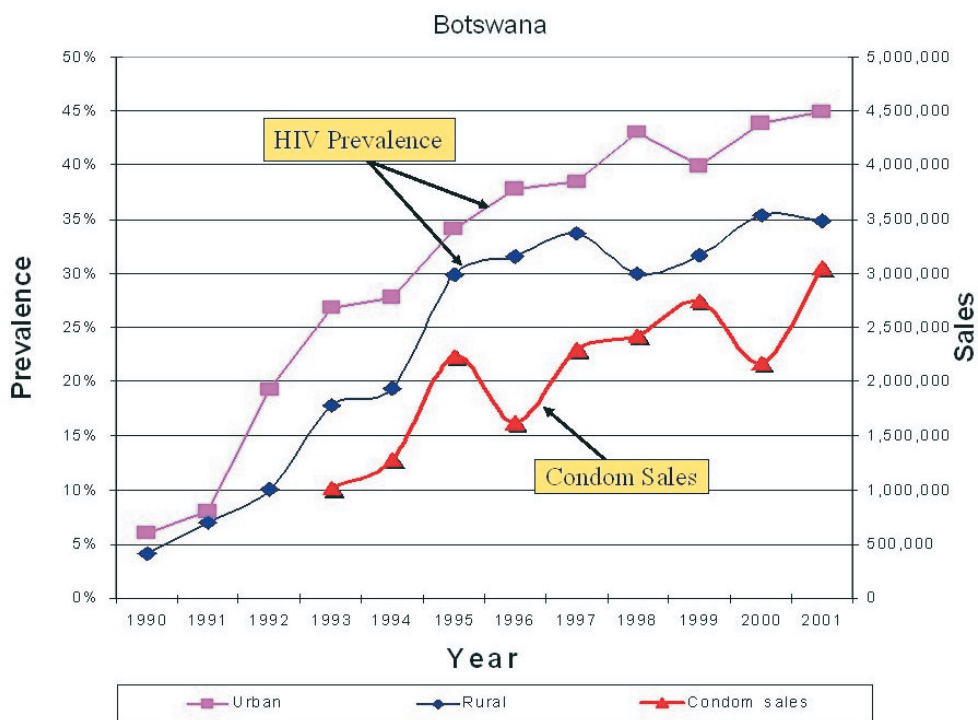
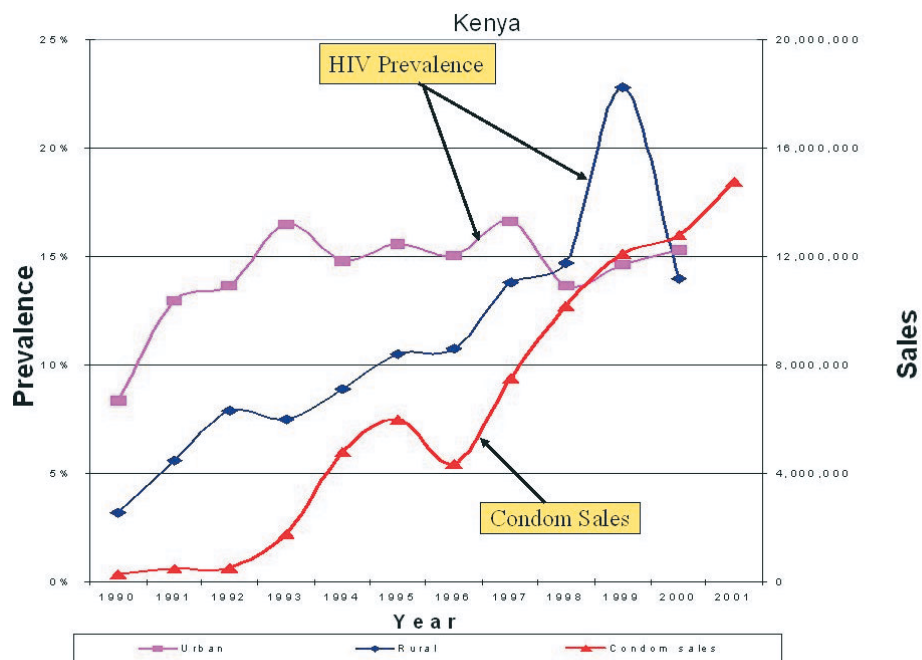
Table 1b. Condom use at last high-risk sex in past year among 15-24 year-old males in Africa, 2001

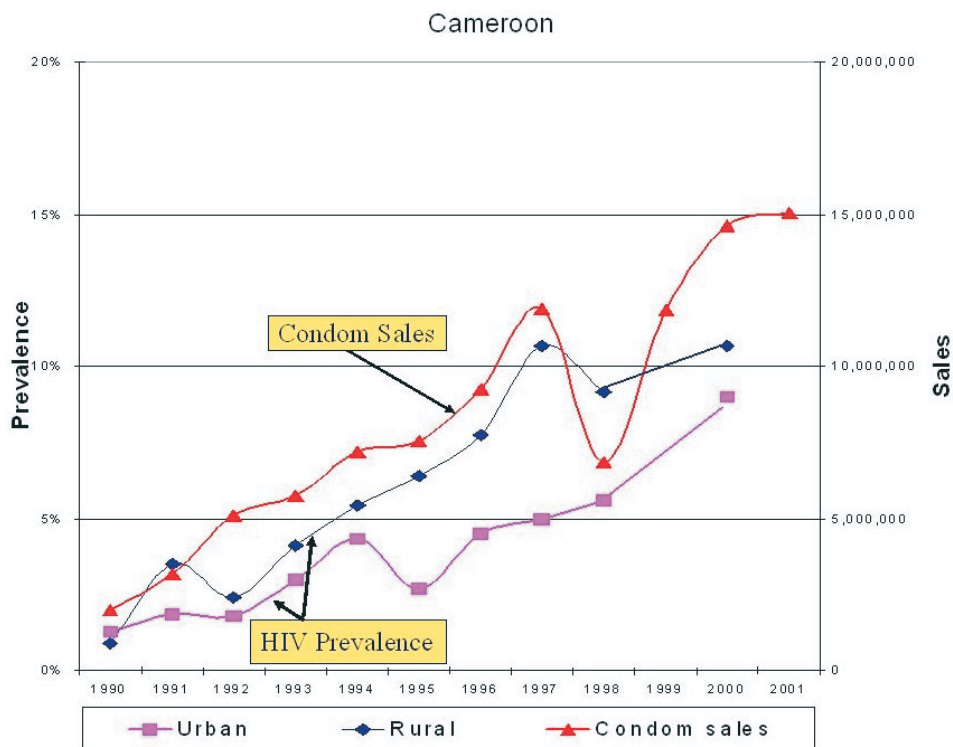


Dokąd zatem doszliśmy? Mówimy, że prezerwatywy działają, zmniejszając ryzyko infekcji HIV i AIDS, chociaż nie w stu procentach; mogą mieć wpływ na sytuację zdrowia publicznego, szczególnie w przypadku epidemii skoncentrowanej, gdzie można doprowadzić do bardzo wysokich wartości wykorzystania prezerwatyw w danej populacji, czy to u gejów w San Francisco, czy u klientów i pracowników komercyjnego seksu w Tajlandii.

Ale co z normalnymi, tak zwanymi codziennymi kontaktami seksualnymi? Uważamy, że pod tym względem kampania nakłaniająca do używania prezerwatyw powinna w Afryce zmienić sytuację, chociaż niestety nie jest to takie proste. W Kenii w latach dziewięćdziesiątych przeprowadzono badania, z których widać, że wykorzystanie prezerwatyw wzrosło wręcz wykładniczo. Ale niestety, występowanie infekcji HIV i AIDS w obszarach miejskich i w wiejskich nie zmieniło się tak, jak byśmy chcieli.

Mamy dane z Botswany. Wiemy, że w Botswanie wykorzystanie prezerwatyw w codziennych stosunkach seksualnych sięga 85%, ale widzimy, że od lat dziewięćdziesiątych mimo to rośnie liczba nowych infekcji HIV i AIDS. Do 2001 roku w Botswanie w niektórych miastach 40% albo wręcz większość młodych ciężarnych kobiet była zainfekowana HIV i AIDS, mimo raportowanej bardzo wysokiej popularności prezerwatyw.



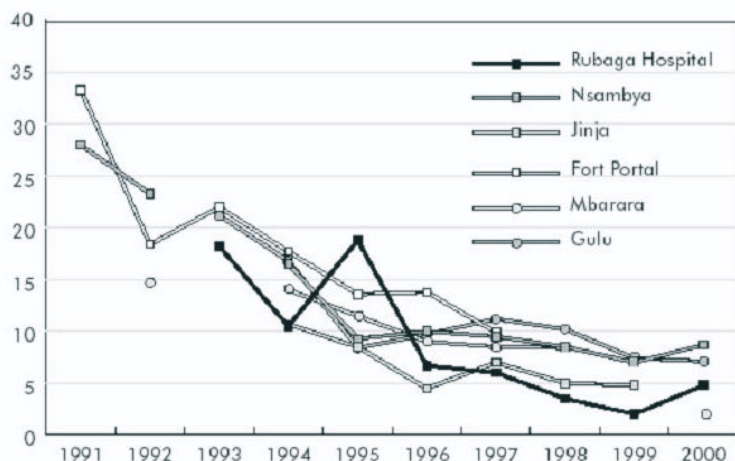


To samo widać w danych z Kamerunu. Także jest więcej infekcji HIV i AIDS mimo rosnącej sprzedaży prezerwatyw. Podobne dane dotyczą różnych innych państw afrykańskich. Właściwie więc trudno jest patrzeć obiektywnie na te dane i powiedzieć, że promocja prezerwatyw sprawdziła się w zapobieganiu i ograniczaniu epidemii AIDS w Afryce.

Nie chcę jednak mówić państwu tylko o porażkach. Sukcesy również są i były. Słyszeliśmy wiele o sukcesach w zapobieganiu AIDS w Afryce. Na przykład w Ugandzie, gdzie wartości HIV i AIDS rosły, ale spadały, jeśli chodzi o występowanie HIV u młodych kobiet ciężarnych. W tej chwili spadły do 8%, czyli właściwie o 2/3 w ciągu kilku lat. W jaki sposób to osiągnięto? Skąd ten sukces? Nie jest do końca jasne, co tak naprawdę zadziało, ale na pewno wiemy, że nie były to prezerwatywy.

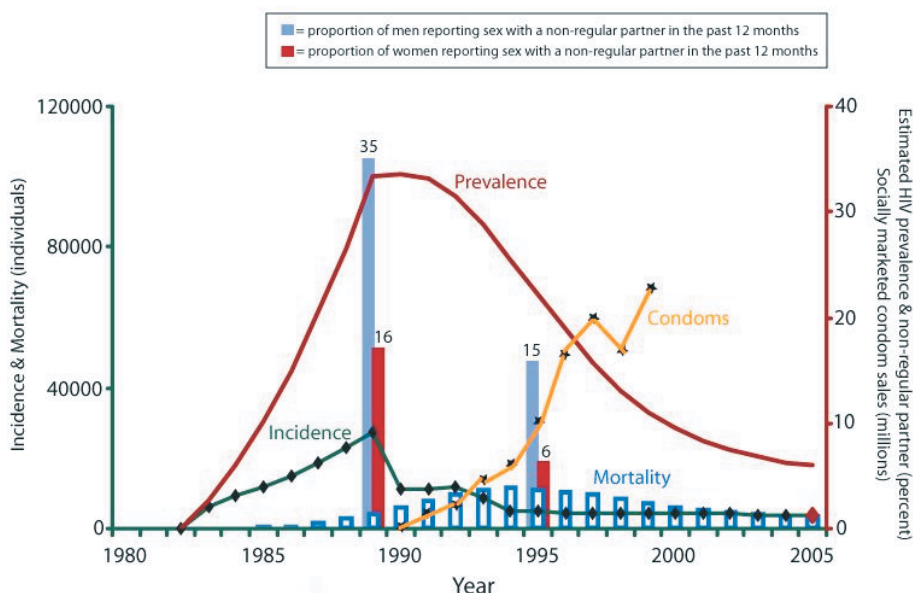
Na slajdzie widzimy kilka modeli. Czerwona linia u góry odzwierciedla częstość występowania HIV i AIDS. Niższa linia to nowe infekcje. Szczyt nowych infekcji przypadł na wczesne lata dziewięćdziesiąte, koniec lat osiemdziesiątych i później, w środku lat dziewięćdziesiątych, sytuacja się ustabilizowała. Po kilku latach spadła częstotliwość występowania. Na pewno więc kluczowy jest tu spadek liczby nowych infekcji.

HIV PREVALENCE AMONG 15-19-YEAR-OLD PREGNANT WOMEN



W Ugandzie do późnych lat dziewięćdziesiątych sprzedaż prezerwatyw nie była bardzo duża, dopiero później wzrosła, a potem znów spadła. Widzimy więc, że to raczej nie prezerwatywy doprowadziły do sukcesu. W 1995 roku tylko 4% kobiet w Ugandzie korzystało w ogóle w życiu z prezerwaty-

Uganda:
"Trends" in HIV prevalence, incidence and possible correlates over time

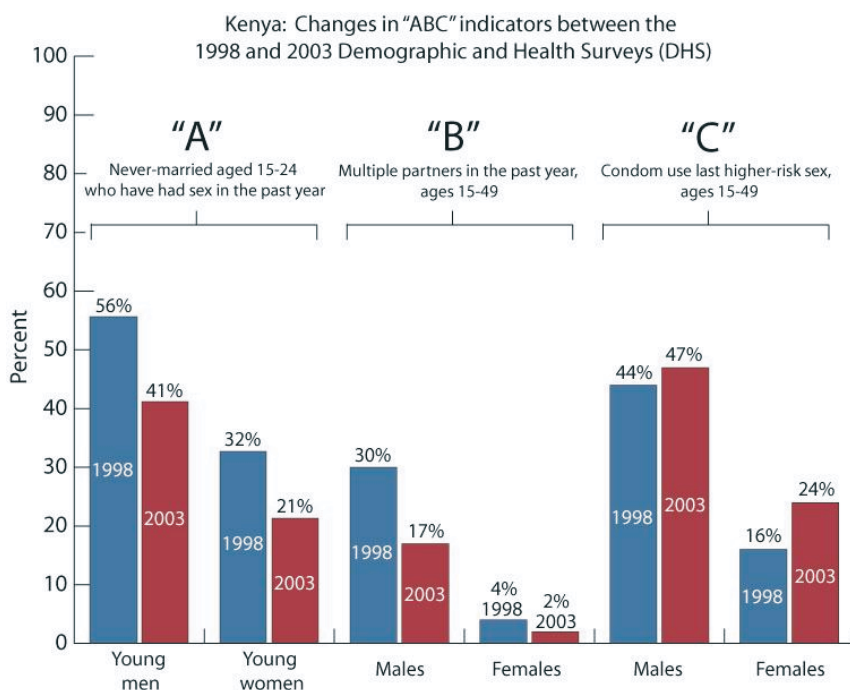


Adapted from Stoneburner and Low-Beer, in *Science* (30 April 2004)

tyw, zgodnie z naszymi badaniami. Potwierdza to, że prezerwatywy nie mogły być głównie przyczyną tego sukcesu.

Gdzie zaś nastąpiła zmiana? Otóż zmiana nastąpiła w zachowaniach seksualnych; doktor Green będzie o tym też mówił. Istnieje stereotyp, że absolutnie nie jest możliwa zmiana zachowań seksualnych w Afryce, ale okazało się, że jest to jeszcze jeden stereotyp, o którym na szczęście nie wiedzieli sami zainteresowani. Odsetek osób, które zgłaszają, że odbyły stosunki z przypadkowymi partnerami w ciągu ostatnich lat, spadł istotnie, bo z 16% do 6% u kobiet i z 35% do 15% u mężczyzn, między rokiem 1989 a 1995. To są dane z Kenii.

Pokazywałem dane kenijskie, gdzie częstość występowania HIV rosla, gdy chodzi o infekcje, ale w tej chwili sytuacja się zmienia. Czy wreszcie Kenijczycy zaczęli używać prezerwatyw? Otóż nie, ponieważ częstotliwość stosowania prezerwatyw, gdy porównujemy 1998 i 2003 rok, niewiele się zmieniła. Wśród kobiet prawie wcale, u mężczyzn tylko trochę. Spadła natomiast częstotliwość przekazywania infekcji. Prawdopodobnie tłumaczą to także zmiany zachowań. Powiem państwu o strategii ABC. Jest to strategia zapobiegania przekazywania HIV, gdzie A to abstynencja, B to po angielsku *be faithful*, czyli bądź wierny, czyli pozostawanie w związku z jednym partnerem, a C to kondomy, czyli prezerwatywy.



Zmiany doszły do głosu w strategii A. W latach 1998 – 2003 wśród osób, które nie weszły w związki małżeńskie, przypadkowe kontakty seksualne spadły: wśród mężczyzn z 56% do 41%, a wśród kobiet z 32% do 21%. Z kolei w grupie w wieku 15 – 49 lat, która miała wielu partnerów w ciągu poprzedzającego roku, wśród mężczyzn przypadkowe kontakty spadły z 30% do 17%, a wśród kobiet z 4% do 2%. Czyli w ciągu pięciu lat nastąpił spadek o połowę. Świadczy to o wyraźnych zmianach w zachowaniach seksualnych.

Pokażę państwu jeszcze dane z badań, które z kolegami przeprowadziliśmy w Ugandzie, aby wykazać, że w Afryce prezerwatywy nie są nie tylko magicznym rozwiązaniem, ale że czasami promowanie prezerwatyw może przynieść więcej szkody niż pożytku. Z kolegami współpracowałem przez ponad dziesięć lat. Prowadziliśmy badania nad prewencją AIDS u młodych mężczyzn w Ugandzie. Kładliśmy wówczas nacisk na promowanie stosowania prezerwatyw.

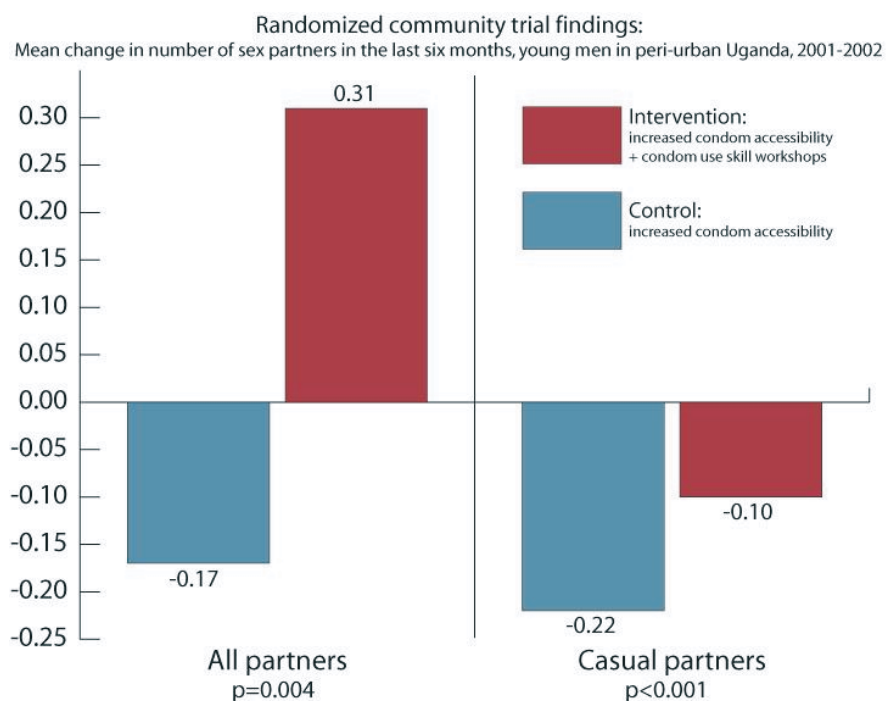
Muszę powiedzieć, że ja z filozoficznego punktu widzenia nie mam problemu ze stosowaniem prezerwatyw i przez wiele lat starałem się opracować sposoby, w jakie można skłonić ludzi do ich stosowania. Tak postępowałem również w Ugandzie, nim zmieniłem swój pogląd w wyniku tego, o czym się dowiedziałem w prowadzonym przez siebie badaniu. Kontaktowaliśmy się z biednymi społecznościami wokół miast, wiedząc, że ludzie nie bardzo wiedzieli, w jaki sposób posługiwać się technicznie prezerwatywą. Nie byli też przekonani, że potrafią uzgodnić ich stosowanie z partnerem czy partnerką i nie byli też przekonani, że bez wstydu i stygmatyzacji mogą nabywać prezerwatywy.

Wybraliśmy dwie społeczności. W jednej z nich robiliśmy warsztaty. Staraliśmy się przekonać młodych mężczyzn w wieku od osiemnastu do trzydziestu lat, aby stosowali prezerwatywy. Uczyliśmy ich, jak używać prezerwatyw z punktu widzenia technicznego, w jaki sposób skłaniać potencjalne partnerki czy partnerów do stosowania prezerwatywy. Mieliśmy także społeczność kontrolną, gdzie nasza interwencja ograniczyła się do przekazania pewnej wiedzy na temat AIDS, ale nie było tam żadnych warsztatów.

Weszliśmy także w kontakt z jednym z dystrybutorów prezerwatyw. Daliśmy kupony naszym badanim, które mogli wymienić za darmo na prezerwatywy. Nie musieli chodzić w tym celu do lekarza, otrzymywali je na przykład od trenera piłki nożnej itp. Było to dosyć łatwe do kwantyfikacji, ponieważ owe kupony wracały do nas i wiedzieliśmy, jakie jest wykorzystanie prezerwatyw. Po kilku miesiącach ponownie zrobiliśmy badanie ankietowe, takie jak na początku, i przekonaliśmy się, że rzeczywiście tam,

gdzie interwencja była szczegółowa, okazało się, że prezerwatywy były bardzo popularne, bo dużo tych kuponów do nas wracało. Mogliśmy zatem napisać o tym, jacy jesteśmy dobrzy i że nasz program interwencyjny rzeczywiście przyniósł efekty.

Ale przyjrzelśmy się naszym danym uważniej i dostrzegliśmy bardziej niepokojące zjawiska. Okazało się, że w grupie poddanej interwencji mężczyźni uczestniczący w warsztatach zwiększyli liczbę partnerek. Mężczyźni w drugiej grupie zredukowali zaś liczbę partnerek. Jeśli spojrzymy na dane o wszystkich partnerkach czy partnerach przypadkowych, ta liczba spadła w obydwu grupach, ale o wiele bardziej w populacji kontrolnej niż w populacji interwencyjnej. A zatem populacja interwencyjna, owszem, stosowała sumiennie prezerwatywy, ale jednocześnie zwiększyła swoje ryzyko na tyle, że prezerwatywy nie mogły go zredukować. Tym samym, ku naszemu zdziwieniu, nasza kontrolna populacja skorzystała na tym w sensie bezpieczeństwa o wiele bardziej. Obydwie populacje były poddane interwencji edukacyjnej z zakresu profilaktyki HIV i AIDS, w wyniku czego ryzyko spadło *per saldo* w obydwu grupach, ale bardziej w populacji, w której nie mówiliśmy tak wiele o prezerwatywach, a spadło znacznie mniej tam, gdzie nasza interwencja była skupiona na prezerwatywach.



Pozostaje zatem pytanie: jak bardzo powtarzalne musi być stosowanie prezerwatyw, aby osoba mogła skorzystać z rzeczywistej ochrony? Jak już wcześniej mówiłem, prawdopodobnie nie wystarczy stosować ich od czasu do czasu ani nawet w większości przypadków, ale w stu procentach przypadków. Tylko wtedy może to mieć znaczenie. Jaki z kolei musi być poziom wykorzystania prezerwatyw w całej społeczności, żeby rzeczywiście spadł stopień przekazywania choroby? Prawdopodobnie 85% w Botswanie nie wystarczy, musi dobrze przekraczać 90%, tak jak w Tajlandii czy w San Francisco wśród przywoływanych tu już populacji.

W jaki sposób uogólniona pandemiczna sytuacja HIV/AIDS może być opanowana głównie przez ogólne stosowanie prezerwatyw? Na razie nie znamy żadnego miejsca na świecie, gdzie udałooby się to zrobić, więc nie wiemy, czy w ogóle jest to możliwe. Ostatnio w „Lancecie” opublikowano oświadczenie, będące wynikiem konsensusu i uzgodnień, podpisane przez niemal setkę ekspertów z różnych części świata. Są to badacze, wykładowcy, eksperci, członkowie czy przedstawiciele różnych organizacji, takich jak WHO, UNAIDS, również laureaci Nagród Nobla, mężowie stanu tacy jak prezydent Ugandy. Starali się uzyskać konsensus co do tego, jaki ma być przekaz, aby zredukować przenoszenie HIV/AIDS w kontaktach heteroseksualnych. Chodzi tutaj o strategię ABC, o której już mówiłem: abstynencja, wierność, prezerwatywy.

Na czym polega główny pierwszy przekaz? Zależy to od grupy, z jaką pracujemy. W przypadku młodych osób głównym komunikatem powinien być komunikat namawiający do abstynencji. To nie jest moja osobista opinia. Tak napisano w tym uzgodnionym oświadczeniu. Dla dorosłych, którzy utrzymują aktywność seksualną, głównym przekazem powinna być wierność: „utrzymuj kontakty z jednym partnerem, partnerką”. Z punktu widzenia zdrowia publicznego należy prawdopodobnie utrzymać tę wierność do końca życia, a przynajmniej przez wieloletnie okresy. Monogamia tygodniowa zastępowana kolejną monogamią tygodniową raczej nie załatwi sprawy. I wreszcie stosowanie prezerwatyw w sytuacjach wysokiego ryzyka. Na pewno w przypadku niezgodnych serologicznie par czy grup, które skądinąd narażone są na wysokie ryzyko z powodu samego sposobu korzystania z seksu, na przykład mężczyźni homoseksualni czy mężczyźni korzystający z usług prostytutek. To są poglądy, które znajdują obecnie potwierdzenie w dostępnych danych.

Prezydent Ugandy Museweni odegrał dużą rolę w namawianiu ludzi do zmiany zachowań. Kiedy podróżował po kraju od miasta do miasta, używał megafonu i mówił do ludzi. Kiedyś udzielił wywiadu, w którym powie-

dział: „Kiedy miałem taką możliwość, chodziłem i wrzeszczałem na ludzi, mówiłem im, że umrą, wszyscy powymierają, jeśli dalej tak będą postępować.” Chodziło o nieograniczone, niekontrolowane zachowania seksualne. I dalej im mówił: „Jeśli jednak macie zamiar i tak popełnić jakąś głupotę, to przynajmniej użyjcie prezerwatywy”. Jak się okazało, w Ugandzie był to bardzo skuteczny sposób przekazywania tego komunikatu.

Nie ma już czasu, więc powiem jeszcze o kilku implikacjach dla osób młodych. W interwencjach, które mają zapobiegać przekazywaniu chorób czy też poprawiać sytuację epidemiologii chorób przekazywanych drogą płciową, w tym AIDS, adresowanych do młodych osób, kładźmy nacisk na strategię A i strategię B, zanim będziemy promowali prezerwatywy. Nie należy promować prezerwatyw jako magicznego rozwiązania, które ma nam rozwiązać problem HIV/AIDS. Nie należy także zakładać, że czyjaś strategia, która się gdzieś sprawdziła, sprawdzi się u nas. Sądzę, że miliony Afrykańczyków niepotrzebnie zmarło na AIDS, ponieważ od dwudziestu lat model stosowany w Afryce był importowany i oparty na dowodach zebranych z doświadczeń z prewencji HIV/AIDS, np. wśród populacji gejów w Ameryce. Nie należy zatem automatycznie przenosić jakiegoś modelu profilaktyki. Nasze podejście należy opierać także na danych naukowych. Nie możemy zakładać, że coś działa, dopóki nie sprawdzimy, co działa i dopóki nie udowodnimy, że nasza metoda jest skuteczna.

Senator Antoni Szymański **Przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej**

Dziękuję bardzo panu Normanowi Hearstowi.

Teraz przewidujemy dziesięć minut na krótkie pytania i potem poprosimy o odpowiedzi.

Prof. dr hab. Andrzej Zieliński **Zakład Epidemiologii w Państwowym Zakładzie Higieny**

Na wykresie, Panie Doktorze, pokazywał Pan częstość występowania infekcji HIV wśród mężczyzn utrzymujących kontakty płciowe z mężczyznami z San Francisco przed 1983 rokiem. Jaka metodologia posłużyła do określania tego?

Dr Norman Hearst
University of California, San Francisco, USA

To jest bardzo dobre pytanie, skąd wiedzieliśmy, skoro jeszcze wtedy nawet nie odkryto wirusa. To było raczej szczęście. Prowadzono badania w populacji gejów San Francisco nad nową szczepionką przeciwko WZW B. Prowadzono badanie kohortowe, ponieważ byli to mężczyźni zagrożeni WZW B. W ramach tych badań zbierano krew, która była przechowywana w stanie zamrożonym i można było wrócić do tych próbek, kiedy już były testy na przeciwciała przeciwko HIV. Wówczas można było jeszcze raz zbadać krew z późnych lat siedemdziesiątych i wykazać, że mężczyźni ulegali infekcji tak wcześnie. W afrykańskich próbkach podobnie przechowywanej krwi znaleziono infekcje nawet z lat pięćdziesiątych.

Senator Antoni Szymański
Przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej

Jeśli nie ma więcej pytań, przejdziemy do drugiego wystąpienia. Panu Hearstowi będziemy mogli jeszcze zadać pytania w czasie dyskusji panelowej po przerwie.

Dziękuję bardzo.

Zapraszam teraz pana Edwarda Greena, członka Prezydenckiej Rady ds. HIV/AIDS oraz Rady Naukowej Biura Badań nad AIDS Narodowego Instytutu Zdrowia w USA, autora przełomowej książki: *Rethinking AIDS Prevention*. Bardzo proszę, Panie Profesorze.

Profilaktyka AIDS. Przedwczesny konsensus i zmiana paradygmatu

Chcę wyrazić wdzięczność za zaproszenie, jestem zaszczycony obecnością tutaj. W Polsce jestem po raz pierwszy. Byłem już w krajach sąsiednich, ale po raz pierwszy w Polsce.

Nie wiem, na ile państwo są zaznajomieni z kwestią HIV/AIDS, ale jeśli państwo kiedykolwiek słuchali wykładów, to zauważyli, że to, co teraz tu mówiono, trochę różni się od tego, co państwo zwykle słyszą. Doktor Hearst powiedział o rzeczach trochę zaskakujących. Powiedział, że afrykańska epidemia uogólniona właściwie zachowuje się w sposób nieprzewidywalny, że nie ma dowodów na to, aby spadek jej występowania miał jakikolwiek związek ze stosowaniem prezerwatyw. Z kolei stosowanie prezerwatyw musi być stuprocentowe, aby odniosło skutek. Na poziomie populacyjnym nie wykazano skuteczności czy też powtarzalności stosowania prezerwatyw, raczej we wszystkich badanych grupach stosowanie prezerwatyw jest niekonsekwentne. Te zaś państwa, które mają najwyższy poziom wykorzystania prezerwatyw: Zimbabwe, Botswana i Afryka Południowa, nie są krajami, w których częstość występowania epidemii jest niższa.

Dr Hearst i ja prezentujemy nieco inny sposób podejścia do AIDS. Mogą państwo wywnioskować z tego, co właśnie powiedziałem, że eksperci od AIDS z całego świata, mówię o UNAIDS, o ONZ, mówię o funduszach światowych agencji ds. rozwoju międzynarodowego, to wszystko jest trochę nietrafione. O tym, co zrobiliśmy, opowiem w czasie tego wykładu. Podam nieco sformalizowaną definicję tego, co to jest epidemia skoncentrowana czy ograniczona i czym jest uogólniona.

Dr Edward Green (Harvard University, USA) – członek Prezydenckiej Rady ds. HIV/AIDS oraz Rady Naukowej Biura Badań nad AIDS Narodowego Instytutu Zdrowia w USA, autor książki *Rethinking AIDS Prevention* (2003).

Epidemia jest skoncentrowana, jeśli transmisja choroby występuje głównie wśród populacji szczególnie narażonych. O epidemii uogólnionej mówimy zaś wtedy, kiedy ochrona populacji narażonych na zakażenie nie chroni całego społeczeństwa. Co to znaczy populacja szczególnie narażona na zakażenie? Wilson mówi o tych populacjach w sposób ogólny – narkomani stosujący narkotyki dożylnie (IDU), są to osoby, które świadczą komercyjny seks, *sex workers* (SW), mężczyźni utrzymujący kontakty płciowe z mężczyznami (MSM). Są to osoby, które są narażone i oczywiście partnerzy seksualni tych osób są także narażeni.

Słyszeli już państwo, co to jest ABC. Teraz chciałbym pomówić o dowodach, które potwierdzają ogólny wniosek, że to, co nazywamy zachodnim modelem czy też uogólnionym modelem prewencji AIDS, a zostało opracowane w Stanach Zjednoczonych i Europie, nie bardzo się sprawdziło w Afryce. Nie powinno to nikogo zaskakiwać, ponieważ tak naprawdę zostało oparte na pracach wykonanych w innej sytuacji epidemiologicznej. Jednakże metody opracowane w Ugandzie sprawdziły się w Ugandzie i chcę pokazać, że jeszcze w paru innych miejscach w Afryce też takie postępowanie mogło się sprawdzić. Od 2004 roku wreszcie zaczęły się ukazywać publikacje, takie jak w „Science”, „Lancecie”, które pokazują, że spośród czynników ABC czynnik B, czyli redukcja liczby partnerów, wierność, odgrywał w Ugandzie rolę najważniejszego czynnika behawioralnego, który zmienił sytuację. A zatem większa liczba partnerów jest tym, co rozwija epidemię. Jeśli to się zmienia, wskaźniki epidemiologiczne spadają.

Jestem antropologiem kultury. Nie jestem lekarzem, więc proszę pod koniec nie zadawać mi pytań medycznych. Kiedy pytaliśmy w badaniach ankietowych Ugandyjczyków: „Czy zmieniłeś swoje zachowania z powodu AIDS, a jeśli, to jak?”, większość ludzi odpowiedziała, że utrzymuje wierność pojedynczemu partnerowi czy partnerce. Właściwie mogliśmy sobie oszczędzić tych wszystkich chybionych wysiłków, gdybyśmy tak naprawdę słuchali odpowiedzi udzielanych na zadawane przez nas pytania.

Doktor Hearst i ja byliśmy dwoma autorami spośród siedmiu, którzy napisali oświadczenie, o którym już była tu mowa. Nie chcę do tego wracać, ale nie możemy państwa pozostawić z poczuciem, że teraz mamy jakiś nowy konsensus. Wiele osób, które podpisały się pod tym oświadczeniem, jakoś krytykuje model ABC. Istnieje poważny opór wobec modelu ABC i trudno wręcz przecenić poziom tego oporu. Zawsze staram się cytować innych. Doktor Hearst zmienił pogląd, jak sam się do tego przyznał, kiedy wykonywał pracę przeglądową dla UNAIDS w 2002 r. Ja zmieniłem swój pogląd w 1993 roku, kiedy po raz pierwszy odwiedziłem Ugandę. Opo-

wiem, co tam odkryłem. Pracowałem w międzynarodowych organizacjach planowania rodziny, promowania środków antykoncepcyjnych. Nie mam żadnych uprzedzeń religijnych, filozoficznych czy światopoglądowych. Pracowałem w dziedzinie antykoncepcji, ale przekonałem się, że w Ugandzie, kiedy po raz pierwszy się tam wybrałem, dzieje się coś innego. Żeby skrócić tę kwestię, przywołam Helen Epstein, która jest biologiem i dziennikarzem naukowym. Mówiła o *zerograzing*, czyli opalikowaniu się, a zatem chodzeniu tylko w promieniu własnego łańcucha, „tak żeby nasz byczek nie wszedł w szkodę”. Większość donorów funduszy na cele zwalczania czy prewencji AIDS tej metody nie promowała. Redukcja liczby partnerów jest więc właściwie bezpłatną interwencją. Nie trzeba niczego importować, nie trzeba za to płacić, nie trzeba transportować. Jest to o wiele łatwiejsze do praktykowania niż zakładanie prezerwatywy przed każdym aktem seksualnym.

Któryś z moich kolegów zastanawiał się, jak to jest z tymi Afrykańczykami? Czy oni nie rozumieją, że to jest śmiertelna choroba? Często się zarażają, więc dlaczego nie używają prezerwatyw? A więc częstość czy też konsekwentne stosowanie prezerwatyw właściwie nie zdarza się na świecie, z wyjątkiem paru grup wysokiego ryzyka. Pojawił się też *Plan for AIDS relieve*. Zaadaptowano model ABC dla Ugandy dla epidemii uogólnionej, również dla Haiti i Gujany w Ameryce Środkowej. Dodano jeszcze Azję i wybrano Wietnam, gdyż ze względów politycznych była presja, aby nie zapominać o Azji w tych kwestiach, więc do implementacji tej strategii wybrano jeszcze Wietnam.

Teraz kilka historycznych uwag na temat opracowania paradygmatu zapobiegania. Wiedzieliśmy, że AIDS po raz pierwszy pojawił się w Afryce, ale nie został opisany tam jako jednostka nozologiczna. Zrobiono to dopiero w Stanach Zjednoczonych, na początku tylko wśród mężczyzn homoseksualnych. Dopiero potem zaczęliśmy obserwować tę samą chorobę wśród osób stosujących narkotyki dożylnie. Nie chcieliśmy pozwolić, aby stygmatyzacja stała się powszechnym podejściem. Aktywiści homoseksualni domagali się, abyśmy nie moralizowali, nie oceniali ich zachowań. Mówili: „Nie moralizujcie, ponieważ zejdziemy do podziemia”. A zatem z punktu widzenia zdrowia publicznego lepiej było nie oceniać, nie osądzać, tylko raczej proponować dyskretne leczenie, dyskretne dochodzenie epidemiologiczne i przekazywać komunikat profilaktyczny.

Z powodu tej niepisanej umowy, która nie pozwalała na przeszkadzanie w wolności seksualnej, przyjęliśmy właśnie takie podejście i z nim poszliśmy w świat, do Azji, Ameryki Łacińskiej, Afryki, wszędzie. Promocja stosowania

prezerwatyw, marketing społeczny. Stosujemy techniki komercyjnego marketingu, tylko robimy to w układzie społecznym, na wysoką skalę. I nieco potem VCT, czyli dobrowolne testowanie w kierunku HIV połączone z poradnictwem, które też było promowane, żeby się przekonać, czy jest się HIV dodatnim, czy HIV ujemnym. Uważano, że znajomość statusu serologicznego pomogłaby w zmianie zachowania. Jeżeli mamy jednocześnie chorobę przekazywaną drogą płciową taką jak kiła czy rzeżączka,

What are “vulnerable” groups?

“Universal vulnerable groups” are “injecting drug users (IDU), sex workers (SW) and men having sex with men (MSM). They are universally vulnerable because of behavioral and biological factors.

“In addition, their immediate sexual partners have elevated vulnerability, including clients of SW. They also include what may be termed situation-specific vulnerable groups, who may include prisoners and migrants to or from highly affected countries.”

2 basic types of AIDS epidemics (from David Wilson, 2005)

Epidemics are “concentrated” if transmission is mostly among vulnerable groups and if protecting vulnerable groups would protect wider society

Conversely, epidemics are “generalized” if transmission is mainly outside vulnerable groups and would continue despite effective vulnerable group interventions

Lancet “consensus statement,” World AIDS Day, 2004

A statement published recently in the Lancet (Halperin et al, 2004), and endorsed by over 150 global AIDS professionals as well as Archbishop Desmond Tutu, President Museveni of Uganda, representatives of five UN Agencies, WHO, World Bank, etc. proposed that reduction in casual sex should be the primary behavioral message for sexually active adults in generalized epidemics. This represents a significant departure from the previously dominant prevention paradigm, which has promoted condom use as the first line of defense for sexually active adults in all types of epidemics.

What happened to risk avoidance?

(In smoking, it's the difference between not smoking and smoking only filtered, low-tar cigarettes)

The fact that the international community ONLY promotes risk reduction for sexually transmitted HIV/AIDS prevention (and emphasizes this for IDU prevention) is the fundamental problem with AIDS prevention. It violates a very fundamental principle of public health: risk avoidance comes before risk reduction

The thinking was been something like:
IDUs cannot change behavior
MSM don't want to change behavior
(The justification for exporting high-risk model was):
Africans likewise cannot change behavior

“Africans are polygamous (promiscuous) by nature”
“Africans start sex at age 11-12”
“Africans all have multiple partners”
“African women are powerless”
“An African man's idea of faithfulness is to be faithful to his 10 women”

zwiększa to prawdopodobieństwo przekazania HIV, czyli ważny jest też program szybkiego wczesnego rozpoznawania i leczenia innych niż HIV/AIDS chorób przekazywanych drogą płciową.

Były też koncepcje programów redukcji szkód. Oczywiście unikanie danego ryzyka jest lepsze od redukowania ryzyka. Jeżeli mówimy o paleniu tytoniu, to najlepiej nie palić. Jeśli już palimy, to rzucenie palenia jest unikaniem ryzyka. Redukcja ryzyka polegałaby na tym, żeby palić papierosy z filtrem, palić ich mniej w ciągu dnia. Jeśli mówimy o przekazywanej drogą płciową chorobie, w tym AIDS czy innej chorobie, unikanie jej ryzyka polegałoby na abstynencji czy na wzajemnej wierności wśród partnerów niezainfekowanych, niezakażonych. W Afryce mamy jeszcze zjawisko poligamii, na przykład mężczyzna ma trzy żony. Jeśli oni wszyscy przejdą test i nie angażują się w seks poza tym związkiem, to istnieje zerowa szansa przekazania HIV/AIDS. Mogą się oczywiście jeszcze zakazić na przykład drogą dożylną, ale nie przez seks. Jeśli chodzi o osoby stosujące narkotyki drogą dożylną, sposobem zapobiegania byłoby niestosowanie narkotyków, natomiast redukcja ryzyka polegałaby na tym, że zapewnią sobie przynajmniej sterylne sprzęt.

Głównym problemem, przynajmniej dla mnie, jest to, że społeczność międzynarodowa promowała tylko redukcję ryzyka, a nie unikanie ryzyka w przypadku chorób przenoszonych drogą płciową, także HIV, jako że w większości przenosi się tę chorobę drogą płciową. Tak to było. Jeżeli zaś wychodzimy od przesłanki, że zachowanie nie może się zmienić, to drugim z kolei wyborem jest redukcja ryzyka. Jeżeli mówimy o narkomanach, którzy nie będą chcieli przestać być narkomanami, być może dobrze byłoby powiedzieć: to przynajmniej niech igły będą sterylne. Chociaż wciąż jest bardzo wiele ryzyk związanych z narkomanią, jak zapalenie wątroby czy przedawkowanie, ale to jest podstawowy problem. Powinno to być przecież jasne dla wszystkich, ale napotykamy bardzo duży opór wobec punktu widzenia, który zaprezentował nam tak pięknie doktor Hearst.

Jak wygląda ten opór? Na przykład w tej chwili w Kongresie Stanów Zjednoczonych wprowadza się ustawę, która zawiera fundusze polityki ABC dla Afryki i krajów basenu Morza Karaibskiego. Proszę sobie wyobrazić, że aby uzasadnić tę redukcję ryzyka i całe to podejście medyczne, podchodzimy do AIDS medycznie, a nie behawioralnie. Właściwie nic z tym nie robimy, tylko tak jak często w Stanach Zjednoczonych mówimy, chodzimy wokół tego na paluszkach nic tak naprawdę nie robiąc. Jeżeli zaś zapytacie nas, dlaczego to samo podejście w wiejskiej Afryce, co w Nowym Jorku, odpowiadamy: okey, narkomani nie chcą, nie mogą zmienić swoich zach-

wań, przynajmniej tak twierdzą ci, którzy zajmują się zdrowiem publicznym.

Mówią też, że Afrykańczycy są z natury czy kulturowo poligamiczni. Zaczynają życie seksualne w wieku jedenastu – dwunastu lat. Kobiety afrykańskie są absolutnie bezwolne i bezbronne i tak naprawdę abstynencja nie powinna być rozważana, jeśli chodzi o Afrykę. Mówią, że wierność dla Afrykańczyka też nie jest tym samym co wierność dla nas w Europie czy w Ameryce. Wszystkie zaś te stereotypy są

nieprawdziwe i wręcz krzywdzące. Światowe badanie rozrodczości, finansowane w Stanach Zjednoczonych, wykazało, że wcale tak nie jest. Jeśli chodzi o dorosłych w wieku od piętnastu do czterdziestu dziewięciu lat, którzy przyznają się do niewierności, to odsetek ten wynosi tylko 3% dla kobiet i niewiele więcej dla mężczyzn. Jeśli chodzi o osoby w wieku od piętnastu do dwudziestu czterech lat, które przyznają się do niewierności czy seksu przedmałżeńskiego w ciągu ostatniego roku, też się okazuje, że wskaźniki te są bardzo niskie w porównaniu z krajami zachodnimi. My zaś w świecie zachodnim często wierzymy, że jest zupełnie inaczej.

Tak naprawdę możemy sobie w takim razie zadać pytanie: jeżeli jest tak dobrze, to skąd tak wysokie dane, jeżeli chodzi o liczbę nowych zakażeń? W Stanach Zjednoczonych uważa się, że ONZ przeszacowała dane dotyczące HIV i AIDS w wielu krajach afrykańskich, na przykład w Ruandzie. W Ruandzie stopień infekcji sięga 3%, a nie 30%, jak uważano. Jeżeli zaś weźmiemy wartości uśrednione, to prawdopodobnie w roku 2001 poziom zakażeń osiągnął szczyt, ale też był niższy, niż się uważa. Uważa się, że 97% Afrykańczyków aktywnych seksualnie w wieku dojrzałym jest zarażonych HIV i AIDS, co by dawało tylko 3% niezarażonych. Oczywiście tak nie jest. Jeżeli weźmiemy dane z całej Afryki, nie tylko kobiet czy mężczyzn, możemy powiedzieć, że tylko 3 – 4% Afrykańczyków jest seropozytywnych, co oznacza, że 96 – 97% jest seronegatywnych.

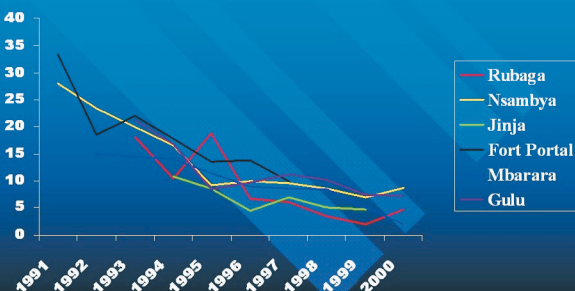
Większość zaś moich kolegów, która dla różnych organizacji pracowała w Afryce, mówi mi, że stereotyp rozwiązłego Afrykańczyka naprawdę nie jest prawdziwy. Czy zebrane dane są więc wiarygodne, to już zupełnie inna historia. Z tym też możemy dyskutować.

What about abstinence?

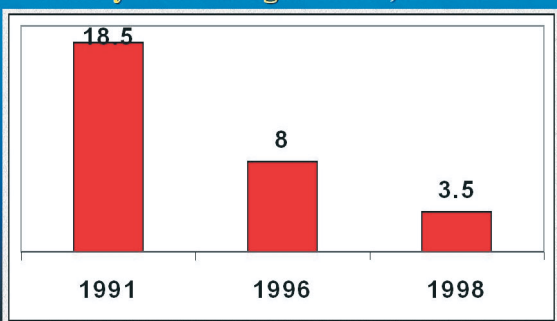
Likewise, if we examine DHS data for abstinence, measured as “Percent of youth ages 15-24 reporting premarital sex in last year,” we see that an (unweighted) average of only 41% of males and 32% of females ages 15-24 report any premarital sex. The proportions of teenagers would be even less; these data are for ages 15 to 24.

Yet, few people in the West would believe the statement: “most teenagers in Africa –in fact men and women up to the age of 24 who are not yet married –are abstaining.

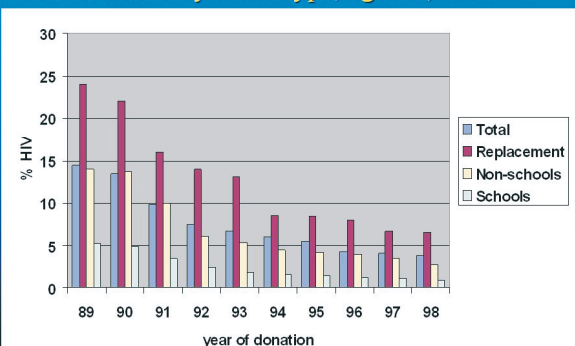
HIV prevalence among 15-19 year old Ugandan antenatal women, 1991-2000



HIV prevalence among Ugandan military recruits aged 19-22, 1991-1998



Trends in HIV prevalence among volunteer blood donors by donor type, Uganda, 1989-98



Do Ugandy pierwszy raz pojechałem w roku 1993. Jeśli chodzi o interwencje, promowano tam wówczas zupełnie coś innego. Nie używano tam słowa „abstynencja”, tylko raczej „opóźnienie” – czyli właściwie nie powinno to być ABC, tylko ADC – opóźnienie rozpoczęcia życia seksualnego, opóźnienie go w czasie, do ślubu. Komunikat brzmiał tak, że jeżeli tego nie zrobimy, nie opóźnimy, jest bardzo prawdopodobne, że umrzemy. Tak że tam o niebezpieczeństwach, które niesie AIDS i HIV, mówiono bardzo otwarcie i wręcz bardzo brutalnie, o czym powiem później. W każdym razie w roku 1993 Uganda miała najwyższy na świecie poziom występowania HIV i AIDS i nikt z ekspertów nie wierzył, że dane te zaczną tak szybko spadać. Większość z nas jako rozwiązanie miała na myśli oczywiście prezerwatywy.

U osób w wieku od piętnastu do dziewiętnastu lat od roku 1991 następuje bardzo duży spadek. Z kolei, jeśli chodzi o inne dane dotyczące rekrutów w wieku dziewiętnastu – dwudziestu dwóch lat, u dawców krwi po roku 1989 wystąpił też ten sam efekt.

Mówiliśmy już o podstawach strategii ABC. Ten skrót tak naprawdę w Ugandzie nie był w tym czasie aż tak popularny. Oczywiście ONZ mówiła o takim programie. Czasem mówiło się tylko o abstynencji i o wierności, ale naprawdę poza podstawowymi organizacjami, związanymi z finansowaniem, nie było żadnych ogólnonarodowych programów. Główny zaś komunikat, skierowany

szczególnie do kobiet, brzmiał: „Opóźnij rozpoczęcie swojego życia seksualnego aż do ślubu. A jeżeli już jesteś aktywna seksualnie, to ogranicz się do jednego partnera”. Tak że wierzyliśmy w to, że najpierw należy zmienić wzorce zachowań, szczególnie w grupie wiekowej piętnaście – dziewiętnaście lat. Oczywiście wiemy, że średni wiek rozpoczęcia życia płciowego w roku 1989 czy wcześniej wynosił piętnaście, szesnaście lat. Teraz ten wiek jest wyższy. A wiemy, że nie od razu umiera się na AIDS.

Jeśli zaś chodzi o podejście prezydenta Museweni do promocji prezerwatyw w Ugandzie, był on dosyć sceptyczny. Było to podejście zupełnie inne niż w krajach zachodnich. Museweni twierdził, że tak jak im zaoferowano magiczną kulę na początku lat czterdziestych, teraz oferuje się prezerwatywę dla bezpiecznego seksu. „Mówi się, że pomiędzy nami a śmiercią naszego kontynentu jest tylko cieniutka warstewka lateksu”.

Uważam, że prezerwatywy odgrywają swoją rolę w ochronie, szczególnie u par, które są już seropozytywne, ale nie mogą być uważane za panaceum na epidemię AIDS w Afryce. Tak więc najważniejsze było opóźnienie rozpoczęcia życia seksualnego oraz ten tak zwany zerograzing, czyli opalikowanie się, pozostawanie w obrębie małej liczby partnerów, idealnie – jednego.

Czy rzeczywiście było to takie proste? Było, ponieważ unikalna sytuacja w Ugandzie polegała na tym, że wszystkie te działania były bardzo aktywnie wspierane przez przywództwo najwyższego szczebla, przez prezydenta Museweni, który bardzo się angażował w całą kampanię przeciwko HIV i AIDS. Na temat zachowań seksualnych prowadzono otwarty dialog na poziomie krajowym. Edukację w kwestii zapobiegania AIDS rozpoczynało się już w szkołach podstawowych, jeszcze zanim dzieci w ogóle pomyślały o rozpoczęciu życia płciowego. Zaangażowały się w to również, co bardzo ważne, organizacje religijne. Także rząd apelował, aby ograniczać się do jednego partnera. Powstał slogan: „Kochaj wiernie”. Zgodnie z naszymi badaniami w roku 1991 był to najbardziej znany i zapamiętywany slogan.

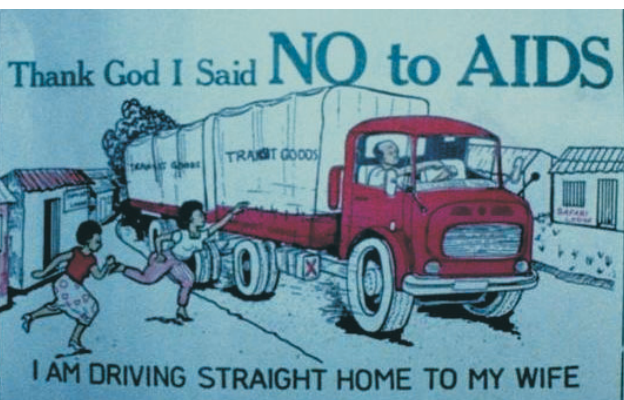
W prewencję angażowały się również osoby, które już żyły z HIV i AIDS. Mówiły o stygmatyzacji swojej sytuacji i włączały się aktywnie w edukację w szkołach, kościołach. Wymagało to od nich na pewno bardzo dużej odwagi. Składały swoje świadectwa na rzecz tych, których można było przed infekcjami ochronić. Wiele z tych komunikatów było podobnych. Brzmiały one mniej więcej w ten sposób: „Zrobiłem coś głupiego i teraz jestem zainfekowany. A ty możesz tego uniknąć, jeżeli będziesz wierny w małżeństwie i jeżeli nie będziesz rozwiązywał”.

Bardzo ważne było też generowanie lęku przed konsekwencjami zakażenia, również społecznymi. Jest ono typowe w podejściu ugandyjskim.

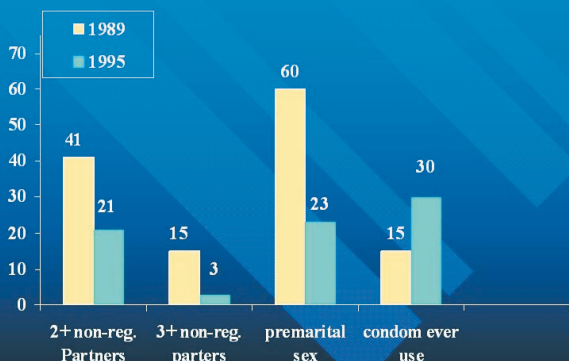
President Museveni on condoms

“Just as we were offered the “magic bullet” in the early 1940s, we are now being offered the condom for “safe sex.” We are being told that only a thin piece of rubber stands between us and the death of our continent. I feel that condoms have a role to play as a means of protection, especially in couples who are HIV-positive, but they cannot become the main means of stemming the tide of AIDS.”

President Museveni, 1991



Changes in sexual behavior among men in Uganda, WHO/GPA surveys, 1989 & 1995



Staram się nikogo i niczego nie osądzać, ale mówię, jak to wyglądało w Ugandzie. Okazało się tam, że jeżeli wzbudziło się w ludziach strach, dużo łatwiej było wpłynąć na ich zachowanie i ludzie od razu wiedzieli, co robić, żeby uniknąć zainfekowania i kontaktu z HIV i AIDS.

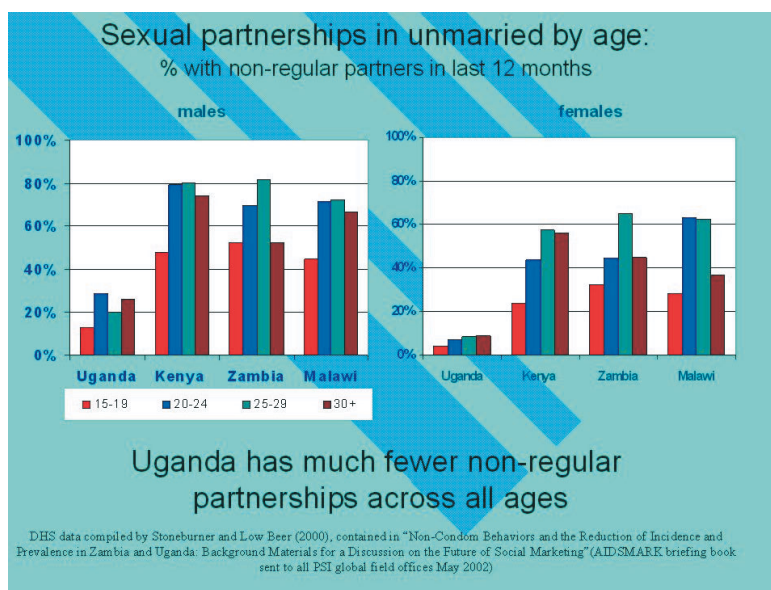
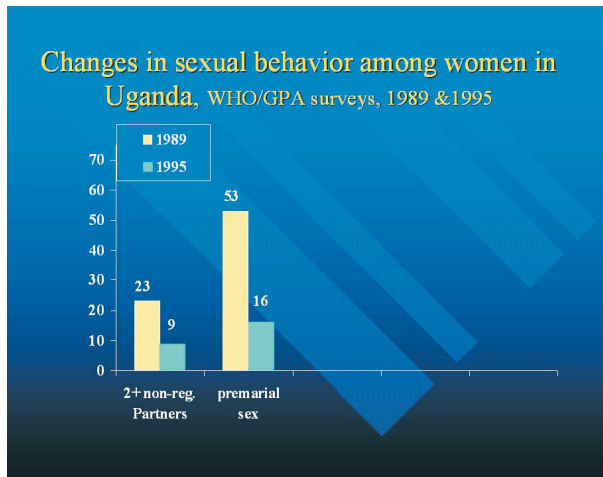
Próbowano doprowadzić do braku stygmatyzacji również przy aktywnym współudziale organizacji religijnych. Próbowano też zmienić sytuację ludzi, którzy już ulegli stygmatyzacji ze względu na zakażenie. Uświadamiano ludzi, że to, że ta a ta kobieta jest zakażona, niekoniecznie jest jej winą, ale winą jej męża, który był już zakażony.

Aby dać państwu przykłady z tego programu zapobiegania, pokażę kilka plakatów. Wielu zresztą doradców zagranicznych bardzo odradzało używanie takich plakatów w Ugandzie, tymczasem okazało się, że one zadziałały. W Afryce, generalnie w biednych krajach, często dochodzi do uwiedzenia młodych dziewcząt przez starszych mężczyzn, którzy za seks dają im pieniądze na kosmetyki, ubrania. Na uniknięciu takich sytuacji kampania w Ugandzie również się koncentrowała. Na plakacie, który państwo widzą, czytamy: „Dzięki Bogu, powiedziałem: NIE AIDS, czyli jadę prosto do domu, do mojej żony”. Wiemy przecież, że kierowcy ciężarówek są szczególnie podatni na pokusy, jakie niesie płatny seks, a tutaj pokazujemy przykład pozytywny.

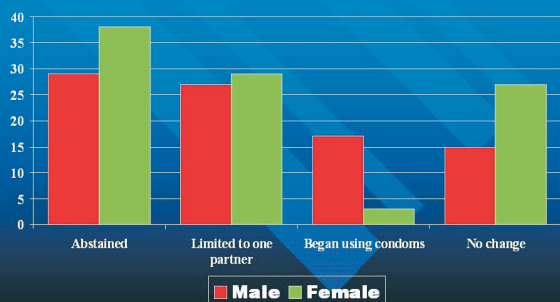
Widzimy na wykresie zmiany zachowań seksualnych wśród mężczyzn w Ugandzie pomiędzy rokiem 1989 a 1995. Z 60% do 23% spadła liczba mężczyzn, którzy dopuszczali się seksu przedmałżeńskiego, ale użycie, przynajmniej raz w życiu, prezerwatyw zwiększyło się. Co dziwne, do niedawna tak naprawdę organizacje nie zadawały pytania, czy korzystano z prezerwatyw regularnie, za każdym razem. A przecież wiadomo, że tylko regularne używanie prezerwatywy zmienia sytuację.

Jeśli chodzi o kobiety, nie mamy tu niestety danych wyjściowych sprzed roku 1986, ponieważ wtedy rozpoczął się cały program, a wiemy, że dane dotyczące nowych infekcji pod koniec lat osiemdziesiątych osiągnęły szczytowe wartości, a później zaczęły spadać. Wiemy natomiast, że pomiędzy rokiem 1986 a 1989 liczba nowych infekcji zaczęła spadać. Wiele organizacji międzynarodowych, dla których pracuję ja i doktor Hearst, słyszało już o innych sukcesach, mianowicie w Senegal, gdzie doprowadzono do poprawy sytuacji, zanim jeszcze wkroczyły organizacje międzynarodowe takie jak nasze.

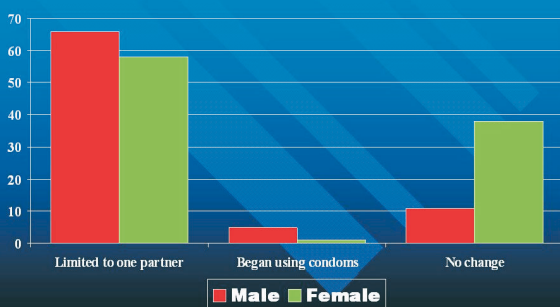
Spójrzmy z kolei na sytuację wśród osób, które utrzymują kontakty płciowe nieregularne z wieloma partnerami, którzy nie są partnerami stałymi, czyli nie pozostającymi w stałym związku. Sytuacja w Ugandzie znacznie odbiega od sytuacji w krajach ościennych, również w funkcji czasu. Widzimy, że w Ugandzie mniej osób uprawia nieregularne stosunki seksualne z wieloma partnerami. Jeśli zaś chodzi o użycie



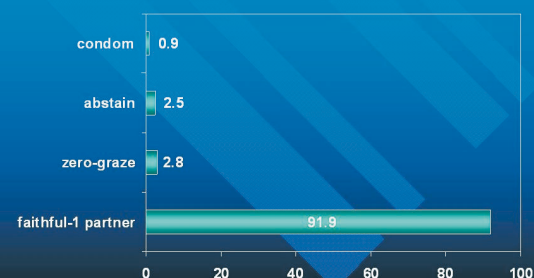
Behavior changes reported by unmarried Ugandans



Behavior changes reported by married Ugandans



Karamoja: "Have you changed your sexual behavior due to AIDS? If so, How?" (1997)



prezerwatyw, to tak jak już powiedział doktor Hearst, w Ugandzie sytuacja wygląda podobnie jak w krajach sąsiednich, choć w Ugandzie na pewno jest nieco niższe.

Jeśli chodzi o pomiar zmian w zachowaniu, możemy zadać przede wszystkim pytanie otwarte: czy zmieniłeś swój wzorzec zachowania? Na przykładzie Ugandyjczyków nieżonatych i niezamężnych widać różnice w zachowaniach, widzimy różnice, jeśli chodzi o abstynencję, o ograniczenie kontaktów do jednego partnera, widzimy też różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami. Są dane z roku 1995. Widzimy, że zmiany zachowania musiały zajść wcześniej niż w roku 1995. Oczywiście u osób powyżej dwudziestego pierwszego roku życia zmiany zachowania następują wcześniej.

Mamy dane z Karamodża na północnym wschodzie Ugandy. Jeśli chodzi o odpowiedzi na te same pytania, czyli o użycie prezerwatyw, abstynencję i inne czynniki, odpowiedzi wskazują na znacznie niższe wartości. Jest to obszar dość niebezpieczny, bardzo odległy, obszar przygraniczny w Ugandzie. Wiemy, że nie ma tam powszechnej dostępności prezerwatyw, dlatego wskazanie użycia prezerwatywy wynosi poniżej 1%.

Jak to wygląda w całej populacji? W roku 1995 6% Ugandyjczyków korzystało regularnie z prezerwatyw. Później dane te wzrosły do 11%, ale tak jak już doktor Hearst powiedział, wciąż są to dane niższe niż w krajach ościennych.

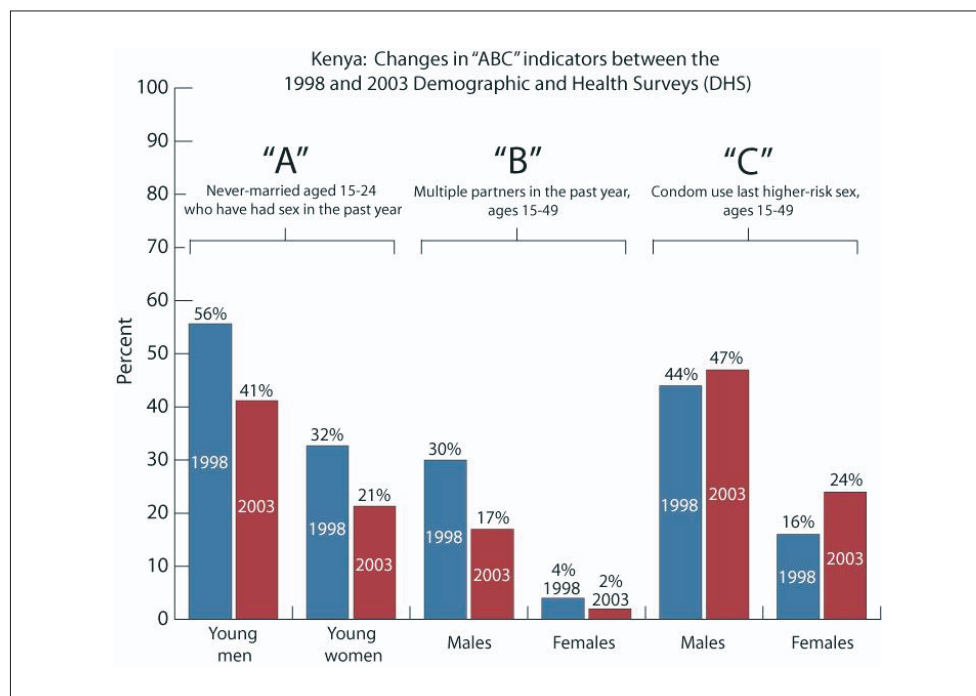
Jeśli zaś zbadamy użycie prezerwatywy przy ostatnim stosunku z jakim-

kolwiek partnerem przez osoby seksualnie aktywne, to widzimy, że wartości dla Ugandy są nieco niższe niż w innych krajach afrykańskich. Widać też, że pewne kraje z niskimi wskaźnikami użycia prezerwatyw mają również niskie wartości, jeśli chodzi o infekcje HIV i AIDS. My zaś, na Zachodzie uważaliśmy pod koniec lat osiemdziesiątych, że jeżeli przekonamy ludzi do masowego regularnego użycia prezerwatyw, to wskaźniki dotyczące HIV i AIDS znacznie spadną.

Jednak nie ma takiego prostego związku i nie możemy tak naprawdę powiedzieć, że to tylko prezerwatywy są częścią historii sukcesów w Ugandzie. Na pewno istotne są też zmiany zachowań. Jeśli chodzi o osoby, które w ogóle nie korzystają z prezerwatyw, być może najprawdopodobniej ograniczają ryzyko infekcji na inne sposoby, trzymając się jednego partnera czy abstynencji.

Condom use, last sex, any partner, of those sexually active: (source: most recent DHS)

	Male	Female	HIV Prev.
Ethiopia	5%	1%	4.0%
Rwanda	6%	1%	3.0%
Malawi:	15%	5%	15%
Uganda	15%	7%	4.0%
Zambia	21%	12%	16.5%
Zimbabwe	29%	9%	24.4%
Namibia	48%	28%	21.3%



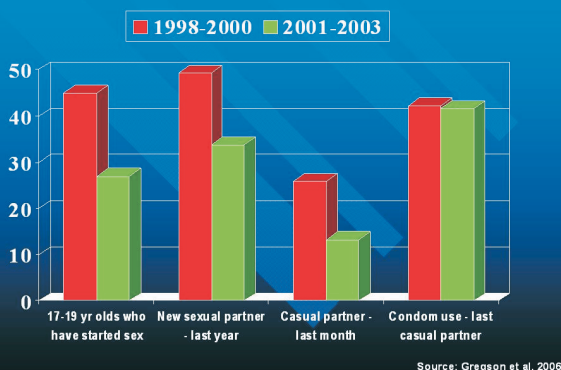
W Senegalu, na Jamajce, która nie leży w Afryce, ale ma też bardzo dużą populację pochodzenia afrykańskiego, wprowadzono program, który jest dosyć podobny do ugandyjskiego. Ostatnio Zambia, Kenia i nawet Zimbabwe dołączyły do tego programu. Był to program medyczny obniżania ryzyka zachorowania, wspólny dla wszystkich krajów.

Powiem nieco na temat Kenii. Przed rokiem 1989 przystępowano tam tylko do redukcji ryzyka od strony medycznej. Związki pomiędzy zapobieganiem AIDS, pracownikami zapobiegającymi AIDS a Kościołem, organizacjami kościelnymi nie były dobre, ponieważ Kościół twierdził, że promocja prezerwatyw jest, innymi słowy, promocją rozwiązłości. Organizacje pozarządowe, rządowe oraz organizacje kościelne w Ugandzie, dobrze ze sobą współpracowały. Myślę, że w tym też leży część tego sukcesu.

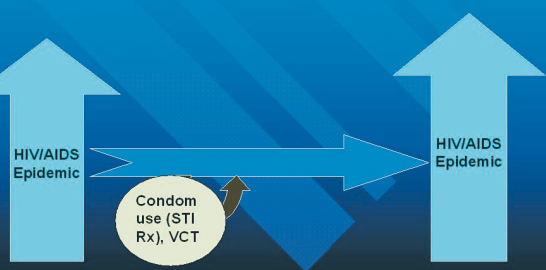
Po roku 1999 – mogę więcej państwu na ten temat powiedzieć, ponieważ byłem w kontakcie z prezesem komitetu do spraw AIDS – przystąpiono do masowej kampanii edukacyjnej w szkołach na temat epidemii AIDS. Zaangażował się w to również rząd. Zorganizowano serię spotkań publicznych. Ustalono, tak jak już pokazał doktor Hearst, że zmiany były spowodowane nie tyle przez prezerwatywy, co po prostu wierność, zmiany zachowań seksualnych.

Jeśli chodzi o wschodnie Zimbabwe, dane opublikowane zostały bardzo nieda-

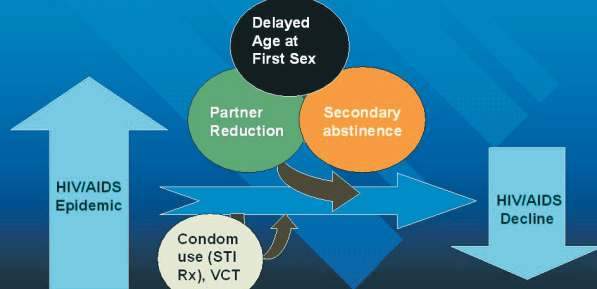
BEHAVIOR CHANGE AMONG MALES IN MANICALAND, ZIMBABWE



To Conclude: Condoms Alone are insufficient for a Generalized Epidemic (or general population in any epidemic)



ABC—all 3 behavior types of changes needed



wno i nawet jeżeli dotyczą tylko części tego kraju, to jednak widzimy ogólną tendencję. Wiemy, że największe zmiany dotyczą komponentów A i B, czyli abstynencji i wierności, a nie C, czyli condoms – prezerwatyw. Tak więc jest to bardzo jasny komunikat. Oczywiście wyjście C jest propagowane wśród osób, które nie korzystają ze sposobów A i B, tak aby był większy wybór.

Mój ugandyjski kolega sporządził bardzo prosty wykres. Tutaj mamy stary model, czyli prezerwatywy, leczenie chorób przenoszonych drogą płciową, doradztwo i testy. Jeżeli zaś opóźnimy pierwszy stosunek płciowy, przystąpimy do abstynencji lub wierności, widzimy, jak bardzo wpływa to na obniżenie wskaźników dotyczących HIV i AIDS.

Dziękuję bardzo za uwagę.

Senator Antoni Szymański **Przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej**

Bardzo dziękujemy panu Edwardowi Greenowi za wykład. Mamy dwie minuty na pytania i odpowiedzi. Bardzo proszę o zgłoszenia.

Dr Anna Marzec-Bogusławska **Dyrektor Krajowego Centrum do Spraw AIDS**

Mam dwa bardzo krótkie pytania. W definicji przedstawionej przez pana profesora, dotyczącej osób szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia, znalazły się trzy populacje: mężczyźni uprawiający seks z mężczyznami, osoby stosujące narkotyki dożylnie i osoby trudniące się seksem komercyjnym. W definicji populacji szczególnie wrażliwych na ryzyko zakażenia z dokumentów europejskich Komisji Europejskiej – przytoczyć tu można chociażby Deklarację Dublińską z 2002 roku czy dokument „Skoordynowane i zintegrowane podejście do walki z epidemią HIV/AIDS w Unii Europejskiej i jej sąsiedztwie” – jasno wynika, że ta definicja przez Komisję Europejską została rozszerzona o takie populacje, jak osoby osadzone w zakładach penitencjarnych czy chociażby osoby nastoletnie, młodzież. Czy pan profesor mógłby odnieść się do tego rozszerzenia? Myślę, że to by było interesujące, zwłaszcza w kontekście tematu dzisiejszej konferencji.

Drugie pytanie. Mieliśmy tutaj bardzo szeroki wachlarz przykładów odnoszących się do Afryki subsaharyjskiej. Ponieważ zarówno pewne tendencje epidemii, jak i uwarunkowania kulturowe bardzo się różnią, jeśli

porównamy Afrykę podzwrotnikową i region Europy Środkowej czy Środkowej i Wschodniej, według definicji Światowej Organizacji Zdrowia – niewątpliwie jest wiele podobieństw, ale chyba więcej różnic – czy ewentualnie moglibyśmy prosić o krótki komentarz na temat podobnych badań w regionie Europy Środkowej i Wschodniej, albo tylko Wschodniej? Europa Wschodnia uznana jest za region o najszybszej dynamice rozprzestrzeniania się epidemii HIV/AIDS, stąd moje pytanie.

Dziękuję.

Dr Edward Green
Harvard University, USA

Jeśli chodzi o pierwszą kwestię, nie jest to moja definicja. Zapożyczyłem ją od eksperta z Banku Światowego. Może trochę za szybko przez to przeszedłem, ale chyba na slajdzie było widoczne, że oprócz tych trzech grup, które pani wymieniła, były też – chociaż może tego rzeczywiście nie powiedziałem – na pewno osoby pozbawione wolności, które należą do populacji szczególnie narażonej na zakażenie i prawdopodobnie należy nadać im taki sam status jak pozostałym trzem.

Jeśli chodzi o młodzież, rzeczywiście jest ona narażona na większe ryzyko w interludium między debiutem seksualnym a zamążpójściem czy małżeństwem. Jest to dla kobiet często okres eksperymentowania seksualnego. Zwykle po wyjściu za mąż kobiety nie mają wielu partnerów. Nawet jeżeli jest to seryjna monogamia, to, powiedzmy, taka kobieta ma kochanka przez ileś miesięcy, a potem ma innego. Jest to więc rzeczywiście grupa podwyższonego ryzyka i właśnie z takiego powodu większość programów AIDS, które są mi znane, obiera sobie za cel populację młodzieży jako populację specjalną. Więcej środków kieruje się częściej do tej grupy wiekowej niż do innych grup wiekowych.

Nie jestem ekspertem w żadnym rozumieniu tego słowa, gdy chodzi o infekcje HIV w Europie Środkowej i Wschodniej; trochę więcej wiem o Ukrainie i Rosji. Wiem, że tam dożylne używanie narkotyków jest poważnym problemem. Wiem, że w tych państwach liczba osób zakażonych zbliża się do poziomu 1% populacji ogólnej, ale oczywiście są to nie tylko te osoby, ale także partnerzy seksualni użytkowników dożylnych narkotyków.

Jeśli chodzi o wzorce zachowań seksualnych, zwłaszcza posiadania wielu partnerów mniej więcej równolegle, na pewno sprzyja to epidemii.

Ale z drugiej strony, kiedy robiliśmy badania nad zachowaniem Afrykańczyków, przekonaliśmy się, że ich zachowania nie są wcale tak bardzo odmienne od europejskich czy amerykańskich, jeśli chodzi o liczbę partnerów w ciągu całego życia czy też zjawisko seksu w grupie wiekowej piętnaście – dziewiętnaście lat, czyli przed małżeństwem. A zatem dane epidemiologiczne czy demograficzne są tu bardzo podobne.

Jeśli chodzi o dane azjatyckie, znam je trochę lepiej, też są dosyć podobne. Niektóre dane, które ostatnio spotkały się z większym zainteresowaniem, mówiły o tym, że pod koniec swojego życia seksualnego niektórzy mężczyźni w Afryce mają być może więcej partnerek, z którymi mieli kontakt seksualny. Tutaj może kontakt z tymi partnerkami jest krótszy. Afrykański mężczyzna być może będzie miał żonę w wiosce, ale kiedy wybiera się do pracy na plantacji, w kopalni czy do miasta, będzie miał kochankę, dajmy na to, przez kilka lat. Okazuje się, że HIV jest dość trudny do przeniesienia w typowym stosunku heteroseksualnym. Trzeba wielokrotnie, w cudzysłowie, próbować. Żeby zachorować, potrzeba wiele aktów seksualnych. A zatem jeżeli w Afryce ma się równolegle wielu partnerów przez pewien okres, jest to zagrożenie, które wymaga działania modyfikującego.

Senator Antoni Szymański **Przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej**

Dziękuję panu Edwardowi Greenowi. Będziemy mieli jeszcze okazję wysłuchania go podczas dyskusji. Gdyby były pytania do pana Greena, bardzo proszę kierować je do mnie na kartce. Chciałbym też państwu powiedzieć, że na stronie internetowej Senatu www.senat.gov.pl znajdują się materiały z naszej konferencji i będzie można do nich sięgnąć.

Teraz proszę pana Szymona Grzelaka, który przedstawi temat „Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Wnioski z badań polskich i zagranicznych”. Pan Szymon Grzelak jest wiceprezesem Zarządu Fundacji Homo Homini im. Karola de Foucauld; psycholog, praktyk i badacz, specjalista z zakresu profilaktyki młodzieżowej, autor książki „Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce”.

Dr Szymon Grzelak

Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży

Wnioski z badań polskich i zagranicznych

Dzień dobry państwu. Jest dla mnie zaszczytem występować przed takim gronem. Mam nadzieję, że mimo tremy uda mi się ten referat dobrze przedstawić.

Zacznę od definicji. Wychowanie w dziedzinie seksualności, wychowanie do miłości, wychowanie seksualne, prorodzinne to temat bardzo szeroki. Pasjonuję się nim również jako praktyk, nie tylko jako badacz. Ze względu natomiast na to, że najszerszy materiał badawczy, jaki jest dostępny, a chcemy tu mówić o wynikach badań empirycznych, dotyczy właśnie zapobiegania ciąży wśród nastolatków i zakażeniom przenoszonym drogą płciową, koncentruję się tylko na wąskim aspekcie problematyki związanej z wychowaniem w sferze seksualności.

Są dwa podstawowe kierunki profilaktyki ryzykownych zachowań seksualnych według obecnego tu doktora Greena. Pierwszy to przede wszystkim pierwszorzędowa zmiana zachowań, czyli jak mówił pan doktor, unikanie ryzyka, ograniczanie ryzykownych zachowań seksualnych. Oznacza to w praktyce propagowanie wstrzemięźliwości seksualnej lub wierności. I drugorzędowa zmiana zachowań, drugi termin, którego może czasami będę używał, oznaczająca ograniczanie szkód, czyli jak gdyby zmniejszanie ryzyka bez zmniejszania liczby samych aktów ryzykownych. W praktyce oznacza to propagowanie środków antykoncepcyjnych. Wokół tego dylematu trwa dyskusja w światowej profilaktyce.

Pierwszym rodzajem materiału badawczego, na podstawie którego można odpowiadać na pytanie o skuteczną profilaktykę młodzieży, są badania

Dr Szymon Grzelak – wiceprezes Zarządu Fundacji Homo Homini im. Karola de Foucauld, autor książki *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2006.

ewaluacyjne w twardych schematach eksperymentalnych, które powinny mieć przynajmniej – to są najważniejsze cechy tych badań – grupę eksperymentalną i kontrolną; właściwy dobór i wielkość grup; dobór losowy lub dobór umyślny, ale na podstawie odpowiednich kryteriów; co najmniej dwa punkty pomiaru: przed interwencją i po interwencji, a jeszcze lepiej więcej tych punktów pomiaru; pomiar zmiany zachowań, czyli żebyśmy badali nie tylko wiedzę i postawy młodzieży, ale także zachowania, w tym wypadku zachowania seksualne; zastosowanie procedury *double blind* – nie będę wyjaśniał tego terminu, bo myślę, że większości jest on znany; monitoring jakości wdrożenia programu. Jeśli chcemy ocenić, czy program jest skuteczny, czy nie, musimy wiedzieć, na ile dobrze był wdrożony, na ile wiernie w stosunku do założeń. Inaczej nie będziemy wiedzieli, co oceniamy.

Jeśli popatrzyć na różne regiony świata, gdzie są prowadzone badania o najwyższej jakości, okazuje się, że przede wszystkim, w 80 – 90%, w Stanach Zjednoczonych. Na drugim miejscu będziemy mieli Kanadę i Wielką Brytanię, a także, co ciekawe, kraje rozwijające się, w dużej mierze ze względu na fakt, że bardzo poważnym sponsorem tych badań są Stany Zjednoczone, a Amerykanie narzucają wymagania, żeby prowadzić badania w sposób prawidłowy.

Wreszcie dopiero na trzecim miejscu wskazałbym pozostałe, poza Wielką Brytanią, kraje Europy Zachodniej, w tym głównie Skandynawię oraz Europę Środkową i Wschodnią. Jako Europa jesteśmy nieco w przypadku tych badań opóźnieni.

Patrząc na wnioski z dwudziestu pięciu lat badań ewaluacyjnych w dziedzinie, o której mowa na tej konferencji, możemy powiedzieć przede wszystkim, że większość prowadzonych badań jest niskiej jakości. Zaledwie około 20% z nich spełnia podstawowe kryteria metodologiczne. Dlaczego to jest ważne? Dlatego że okazuje się, że dobrą skutecznością wykazują się zwykle słabe badania, czyli bardzo łatwo ktoś, kto się dobrze nie zna na tego typu badaniach, może paść ofiarą iluzji, że ich wyniki są dobre, tylko nie wie, że same badania są słabe i być może ich jakość nie uprawnia do wyciągania określonych wniosków.

Ponadto wśród nielicznych programów skutecznych – bo w każdej dziedzinie profilaktyki młodzieżowej, jeśli już zaczynamy badać, okazuje się, że są też programy skuteczne – mamy zarówno programy zmierzające ku kształtowaniu postaw wstrzemięźliwości, jak są też skuteczne programy, które zachęcają do korzystania z antykoncepcji, czy wreszcie możemy znaleźć w badaniach programy mieszane, z których niektóre również mogą być

skuteczne – równolegle próbujące zachęcać do wstrzemięźliwości i do stosowania antykoncepcji.

Jednak widzimy tu pewną zmianę w czasie. Mianowicie w XX wieku w światowej profilaktyce zdecydowanie dominowały oddziaływania nakierowane na zachęcanie młodzieży do korzystania z antykoncepcji. Od drugiej połowy lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku jest coraz większe zainteresowanie, zarówno w praktyce, jak i w badaniach, programami kształtującymi wstrzemięźliwość i programami mieszanymi. Jedną z przyczyn tego zainteresowania są właśnie informacje docierające od takich specjalistów jak doktor Green czy doktor Hearst, którzy podważyli pewne dogmaty obowiązujące w profilaktyce.

Jeśli chodzi o rodzaje programów profilaktycznych dotyczących profilaktyki młodzieży i o ich skuteczność, należy spytać, w przypadku których programów nie ma jeszcze w badaniach dowodów ich skuteczności? A zatem nie ma żadnych dowodów na skuteczność klinik planowania rodziny i punktów konsultacyjnych. Takie badania były robione w Stanach Zjednoczonych i nie przyniosły żadnych rozstrzygających wyników. W Szwecji kliniki planowania rodziny są czymś dość powszechnym, jednak do roku 2004, jak wiem, nie przeprowadzono żadnych badań co do ich skuteczności. Czyli brak dowodów skuteczności, nie mamy wiedzy, na ile to jest skuteczne. To samo dotyczy klinik szkolnych, to samo dotyczy szkolnych programów dostępności prezerwatyw, które w różnych krajach świata były wdrażane. Programy, które się opierały na samym popularyzowaniu prezerwatyw, jeśli nie zawierały innych elementów, też nie wykazywały się skutecznością.

Jeśli chodzi o programy, o których można powiedzieć, że istnieją dowody ich skuteczności albo niektóre spośród programów okazywały się skuteczne, są to cykle zajęć edukacyjno-profilaktycznych dla młodzieży, czyli na przykład różne formy czy programy profilaktyki AIDS czy edukacji prorodzinnej, seksualnej – rzeczywiście niektóre z tych programów są skuteczne; środowiskowe programy profilaktyczne, czyli takie, które obejmują nie tylko młodzież, ale szerzej – lokalne środowisko; i wreszcie protokoły konsultacji klinicznych – co stosują głównie lekarze, czyli pewne wskazania dla lekarzy, jak rozmawiać z młodym człowiekiem, który jest zagrożony podejmowaniem zachowań ryzykownych, jak lekarz powinien rozmawiać, jakie materiały wręczyć młodemu człowiekowi, żeby zmniejszyć prawdopodobieństwo podejmowania zachowań ryzykownych. I rzeczywiście, niektóre tego typu programy okazywały się skuteczne.

W programach, które mają ogólnie wspomagać młodzież, zwłaszcza młodzież z grup populacji podwyższonego ryzyka, próbowano zmniejszać

takie problemy jak problem ciąży wśród nastolatków czy zakażeń przenoszonych drogą płciową, tworząc młodzieży na przykład lepsze możliwości edukacyjne. Na przykład w Stanach Zjednoczonych prowadzono takie programy dla młodzieży czarnoskórej. Programy edukacji zawodowej na przykład nie okazały się skuteczne, przynajmniej nie ma żadnych dowodów ich skuteczności. Co zaś ciekawe, niektóre z programów wolontariackich okazywały się skuteczne. Tak jakby wolontariat lepiej wychowywał młodzież niż danie jej pewnych możliwości np. zarobkowania, zdobywania miejsca pracy.

Po stronie bardziej skutecznych programów można wreszcie umieścić nowy nurt programów wspierających rozwój młodzieży. To jest dość nowy nurt, nie będę się tu szerzej o tym rozwodził, ale jest już kilka badań potwierdzających skuteczność tego typu programów.

Jeśli chodzi o nieskuteczne strategie profilaktyczne, to może zabrzmieć szokująco, ale takie są wyniki badań, głównie amerykańskich, to bezstronne przekazywanie wiedzy o seksualności jest nieskuteczne. Przez niektórych tego typu podejście jest uważane jako jedyne, powiedzmy, poprawne politycznie, czyli że nie można młodzieży do niczego przekonywać, że trzeba jej dawać wybór i tak dalej. Okazuje się, że tego typu podejście jest nieskuteczne. Żeby osiągnąć efekty, trzeba młodzież motywować, trzeba do czegoś zachęcać. I wreszcie druga rzecz – samo zwiększanie dostępności prezerwatyw jest również nieskuteczne, jeśli nie jest poparte motywowaniem do korzystania z nich. Czyli sama dostępność prezerwatyw to za mało.

Cechy programów skutecznych, najczęściej wymieniane w badaniach, to po pierwsze, silnie motywują one do konkretnych zachowań. Żeby program był skuteczny, musi konsekwentnie, silnie motywować do wstrzeźmliwości, do wierności lub w przypadku programu zachęcającego do korzystania z antykoncepcji – właśnie do tego typu zachowań.

Po drugie, musi korzystać z przekonanych realizatorów. Czyli w pewnym sensie z punktu widzenia skuteczności profilaktyki mitem jest, że ten, kto uczy, nie powinien mieć swoich poglądów albo nie powinien ich eksponować. Wręcz przeciwnie, powinien je mieć i powinien w sposób szanujący poglądy rodziców, za wyrażeniem ich zgody, i szanujący młodzież, wychowywać w jakimś kierunku. Nalepiej, żeby jeszcze sam we własnym życiu stosował się do tego, czego naucza.

Skuteczne programy rzetelnie pokazują konsekwencje zachowań ryzykownych, czyli nie umniejszają ani nie zwiększają. Nie należy straszyć w profilaktyce, ale też w żadnym razie nie ukrywać prawdziwych konsekwencji.

wencji zachowań ryzykownych. Dobre, skuteczne programy, w świetle badań, uczą odpierania presji ku aktywności seksualnej – to bardzo ważny element wspólny z innymi rodzajami profilaktyki młodzieży. I wreszcie, stosują aktywne metody pracy. Nie sam wykład, nie same prelekcje, tylko nowoczesna praca z młodzieżą i dobry z nią kontakt.

Dobre programy powinny być dostosowane do wieku i tła kulturowego. Do pewnego momentu w światowej profilaktyce dominował pewien nurt: my, zachodni eksperci, wiemy lepiej, jak wychowywać waszą młodzież. W tej chwili ten kierunek się zmienia: wy jesteście ludźmi, wy – adresaci profilaktyki, którzy macie swoje wartości, swoje poglądy. A my, szanując wasze poglądy, chcemy realizować profilaktykę, która nie będzie burzyć waszych wartości. Dowody badawcze pokazują, że wchodząc w kolizję z wartościami kulturowymi czy religijnymi, trudno jest osiągnąć skuteczność profilaktyki.

Skuteczność programów szkolnych jest większa, gdy uwzględniają też rodziców i gdy program skierowany jest do młodzieży młodszej. Czyli na przykład w warunkach polskich dobrze jest tego typu działania zaczynać, powiedzmy, od pierwszych klas gimnazjalnych, a nie dopiero pod koniec liceum.

Ważnym pytaniem dla profilaktyki jest to, jakie czynniki mają wpływ na inicjację kontaktów seksualnych przez młodzież. Jeśli znamy odpowiedź na to pytanie, wiemy, na jakie czynniki możemy wpływać, żeby inicjację seksualną młodzieży opóźnić. Odniosę się do badań amerykańskich, a także do badań polskich, do których miałem dostęp. Wśród czynników, które chronią młodzież przed wczesną inicjacją seksualną, a dotyczą rodziny, należą przede wszystkim: pełna rodzina, bo młodzież, która ma pełną rodzinę, inicjatywę seksualną podejmuje później niż ta, która nie ma pełnej rodziny; następnie – konserwatywna postawa rodziców wobec aktywności seksualnej młodzieży, która chroni młodzież przed wczesną inicjacją. Tam, gdzie rodzice mają bardziej liberalną postawę, młodzież konsekwentnie wcześniej podejmuje kontakty. Następny element – jakość relacji rodzinnych i metod wychowawczych. Im lepsze, tym późniejsza inicjacja seksualna.

Bardzo ważnym czynnikiem jest czynnik religijny. Religijność, zarówno w badaniach polskich, jak i zagranicznych, jest jednym z podstawowych czynników chroniących przed wczesnym podejmowaniem kontaktów seksualnych. I wreszcie są też doniesienia o tym, że dobre wyniki w nauce także są takim czynnikiem. Oczywiście tych czynników jest dużo więcej. Pokazuję te, które są najczęściej wymieniane.

Jeśli chodzi o czynniki ryzyka. Rodzina: rozwód rodziców to bardzo ważny czynnik ryzyka. Indywidualne czynniki to palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, korzystanie z narkotyków. Co to oznacza? Profilaktyka dotycząca młodzieży powinna być prowadzona w sposób spójny. Profilaktyka alkoholowa, antynarkotykowa powinna być prowadzona równolegle z wychowaniem w sferze seksualności, ponieważ te różne zagrożenia, problemy młodzieży wiążą się wzajemnie ze sobą. Presja seksualna jest też czynnikiem ryzyka. Korzystanie z pornografii jest czynnikiem ryzyka, co przy właściwie nieograniczonej dostępności w Polsce młodzieży do pornografii jest istotnym problemem. Kolejny czynnik ryzyka to permissywna postawa wobec seksu przedmałżeńskiego. I wreszcie, co ciekawe, choć nie jest to czynnik, który poprzedza inicjację kontaktów seksualnych, tylko raczej jest z nim skorelowany, to osoby, które wcześniej podejmują kontakty seksualne, mają bardziej negatywny stosunek do płodności i do posiadania dzieci. Myślę, że w świetle tego, co wiemy o danych demograficznych Polski, jest to dość istotny element.

Wreszcie czynniki, które bezpośrednio poprzedzają inicjację wczesnych kontaktów seksualnych – to są dane z moich badań podłużnych, które umożliwiły wychwycenie czynników, które nie tyle korelują, co poprzedzają inicjację kontaktów seksualnych; wcześniej cytowane badania miały charakter głównie korelacyjny. A zatem są to: korzystanie z substancji psychoaktywnych; przekonanie, że istnieją metody antykoncepcji zapobiegające w stu procentach poczęciu dziecka i zakażeniu HIV, czyli wiara młodzieży w mit, że mogą współżyć i nie ponosić żadnych konsekwencji. Ponadto aprobata korzystania z alkoholu w kontaktach z płcią przeciwną i wreszcie brak rozmów z rodzicami o miłości i seksualności.

Jeśli chodzi o polskie badania ewaluacyjne, do tej pory znanych mi jest pięć prób badawczych. Posegregowałem te badania według jakości. Badania wychowania do życia w rodzinie, które były przeprowadzone parę lat temu, niestety nie miały grupy kontrolnej. Trudno jest wobec tego wyciągać pełne wnioski co do skuteczności proponowanych rozwiązań. Badania nad profilaktyką AIDS z kolei, nieco późniejsze, nie posiadały pretestu; też z takiej metody badawczej trudno jest wnioskować, jaka jest skuteczność programu i na ile zmiany zaobserwowane są wynikiem prowadzenia tego programu, a nie innych czynników. I wreszcie mamy kilka innych prób badawczych dobrej jakości metodologicznej. Jedno badanie nad programem „Płciowość i odpowiedzialność nastolatków” i nad programem „Wyspa Skarbów” oraz wreszcie badanie o najlepszej jakości, bo jeszcze

z posttestem, przeprowadzonym trzy lata po zakończeniu realizacji programu: „Badania nad programem *Płciowość i odpowiedzialność nastolatków*”.

Praktycznie w warunkach polskich jedyne programy badane to programy nastawione na wstrzemięźliwość i wierność. To jest odwrócenie sytuacji, inaczej niż w krajach zachodnich, gdzie jest dosyć duża wiedza o skuteczności programów zachęcających do korzystania z antykoncepcji. W Polsce tego typu programy nie były badane, nie ma danych, nie wiemy, jaka jest ich skuteczność. Badania o wysokiej jakości prowadzone były głównie w trzech miastach: Warszawie, Wołominie, Ostrołęce, najwięcej w Warszawie i w Wołominie.

Teraz podam kilka przykładowych informacji o jednym z tych badań: ewaluacja programu „PiON”. Macie państwo informacje o schemacie badawczym, wieku osób badanych, grupie badanej dla poszczególnych etapów badań – im dalszy etap, tym trudniej do tej młodzieży dotrzeć, bo zmieniali szkoły na szkołę średnią, więc grupa maleje. Siedem miesięcy był prowadzony program „PiON”, około dwudziestu czterech godzin zajęć. Przy pomiarze jakości realizacji programu w skali od jeden do dziesięciu, gdzie dziesięć oznaczałoby idealną jakość wdrożenia programu, faktycznie uzyskano jakość jego wdrożenia na poziomie 6,8. Zatem wyniki, które mamy, nie są wynikami programu zrealizowanego dobrze w stu procentach.

Jeśli chodzi o zachowania seksualne młodzieży, udało się uzyskać wśród chłopców śladowe opóźnienie inicjacji współżycia seksualnego w perspektywie do czterech miesięcy po zakończeniu programu. Ale to jest ślad statystyczny, to jest dopiero

zapowiedź wyniku, a nie mocny wynik. Niestety, patrząc na liczby, na procenty z badań przeprowadzonych po trzech latach widać, że odsetek chłopców po inicjacji seksualnej rzeczywiście jest niższy w grupie eksperymentalnej, gdzie był prowadzony program kontrolny, ale różnica nie jest istotna statystycznie.

Jedyny istotny efekt, który udało się uzyskać w badaniach prowadzonych trzy lata po zakończeniu programu, to śladowe

Wpływ programu PiON na czynniki poprzedzające inicjację kontaktów seksualnych

Najważniejsze czynniki:	Istotny wpływ programu	
	1 posttest	2 posttest
Korzystanie z substancji psychoaktywnych	+	+
Wiedza, że nie ma metod antykoncepcji o 100% skuteczności	+	+
Aprobata dla korzystania z alkoholu w kontaktach z płcią przeciwną		
Brak rozmów z rodzicami o miłości i seksualności		+

zmniejszenie kontaktów genitalnych wśród dziewcząt w ciągu ostatnich sześciu miesięcy. Czyli jeśli chodzi o zachowania, wyniki są, powiedzmy sobie, średnio słabe. Dobrze, że jakiegokolwiek osiągnięto, ale to nie są mocne wyniki.

Jeśli chodzi o wpływ programu na wymieniane już czynniki poprzedzające inicjację kontaktów seksualnych, to, jest znacznie lepiej. Widać wpływ programu na trzy z czterech czynników poprzedzających. Oczywiście tych czynników jest więcej, ale tu chodzi o te, które wskazano jako rzeczywiście poprzedzające.

Powiem już tylko krótko o programie „Wyspa Skarbów”, drugim polskim badaniu. To krótki program, cztery godziny zajęć, za to jakość realizacji programu jest wyższa, około dziewięciu w skali jeden do dziesięciu. Jeśli chodzi o wpływ na młodzież w zakresie czynników związanych z wczesną inicjacją seksualną, znowu udało się wpłynąć na trzy z czterech istotnych czynników. Można powiedzieć, że mamy pewną skuteczność polskich programów na poziomie czynników powiązanych z inicjacją seksualną, ale niekoniecznie na poziomie zachowań. Trzeba by prowadzić na ten temat dalsze badania.

Drugie źródło wiedzy na temat skuteczności profilaktyki młodzieżowej i w ogóle profilaktyki w tej sferze dotyczy badań epidemiologicznych, pod warunkiem, że były prowadzone w społecznościach, w których system profilaktyki jest w miarę jednorodny. Przykład Wielkiej Brytanii. Wielka Brytania to kraj, w którym absolutnie dominuje edukacja seksualna zorientowana na zachęcanie do korzystania z antykoncepcji. W ostatnich badaniach brytyjskich lekcje szkolne są

Wpływ programu „Wyspa Skarbów” na czynniki poprzedzające inicjację kontaktów seksualnych

Najważniejsze czynniki:	Istotny wpływ programu	
	Gimn.	Lic.
Korzystanie z alkoholu	+	
Wiedza, że nie ma metod antykoncepcji o 100% skuteczności	+	+
Aprobata dla korzystania z alkoholu w kontaktach z płcią przeciwną		+
Brak rozmów z rodzicami o miłości i seksualności		

Wielka Brytania (epidemiologia)

- **Najwyższy procent cięż ciąży nastolatek w Europie Zachodniej**
- **W latach 1998-2003 wzrost zakażeń HIV o ponad 100%**
- **W latach 1995-1999 wzrost zachorowań na:**
 - chłamydiozę o ponad 100%
 - rzeżączkę o ponad 100%
 - kiłę o prawie 150%

Szczególnie silny wzrost zakażeń wśród młodzieży

PHLS (2000). *Trends in sexually transmitted infections in the United Kingdom 1990-1999*. London: Public Health Leadership Society.
Wellings, K. i inni (2001). Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *The Lancet*, 358, s. 1843-1850.

najczęściej wymienianym przez młodzież źródłem wiedzy o seksualności, nawet częściej niż rodzice.

Powiem o danych brytyjskich, jeśli chodzi o epidemiologię. To najwyższy procent cięż nastrobatek w Europie Zachodniej, bardzo duży wzrost zachorowań na HIV, bardzo wysoki wzrost zachorowań przenoszonych drogą płciową; szczególnie silny wzrost wśród młodzieży. Obrazuje to bardzo wyraźnie niepowodzenie profilaktyki Wielkiej Brytanii.

Za kluczowe czynniki wzrostu zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową Anglicy uważają niski wiek inicjacji seksualnej, dużą liczbę partnerów, częste zmiany partnerów i posiadanie partnerów równoległych, oraz, jako piąty czynnik w kolejności, niekorzystanie lub niewłaściwe korzystanie z prezerwatyw.

Co pokazują dane dotyczące zmian zachowań Brytyjczyków w sferze seksualnej? Są to: wcześniejsza inicjacja kontaktów seksualnych, więcej partnerów, częstsze zmiany partnerów, więcej partnerów równoległych – wszystkie te czynniki sprzyjają wzrostowi zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową. Naprzeciw tych czynników zaobserwowano wzrost korzystania z prezerwatyw, ale jak pokazywały wcześniejsze dane epidemiologiczne, ten jeden czynnik nie jest w stanie zrównoważyć negatywnego wpływu pozostałych czterech. I wreszcie Anglicy wskazują jeszcze na niekorzystny wpływ kohabitacji.

Może już nie będę się odwoływał do skuteczności prezerwatyw. Jak wiemy, jest ona ograniczona, nie jest stuprocentowa w ochronie przed chorobami przenoszonymi drogą płciową. W literaturze brytyjskiej, w „Lancecie” pojawiają się publikacje próbujące tłumaczyć niepowodzenie brytyjskiej, ale również prowadzonej w innych rejonach świata profilaktyki opartej na zachęcaniu do korzystania z prezerwatyw.

Zakładano, że propagując prezerwatywy spowoduje się, że ludzie będą wierzyli w ich skuteczność i że więcej osób skorzysta z nich i uniknie zakażeń. Nie przewidziano, że ludzie poczują się bezpieczniej i będą mieli więcej kontaktów seksualnych, więcej partnerów seksualnych i więcej osób w rezultacie się zakazi – w wyniku ograniczonej skuteczności prezerwatywy. Jest to tak zwany model kompensacji ryzyka, który mówi, że człowiek ma pewien tolerowany poziom ryzyka i porównuje postrzegane ryzyko danego zachowania z tym swoim akceptowanym zachowaniem. I w zależności od tego, jak to porównanie wypada, takie potem podejmuje zachowanie: ostrożne albo ryzykowne. Jak wiadomo, młodzież raczej ma tendencje do podejmowania zachowań bardziej ryzykownych, czyli tym bardziej ma to wpływ na profilaktykę.

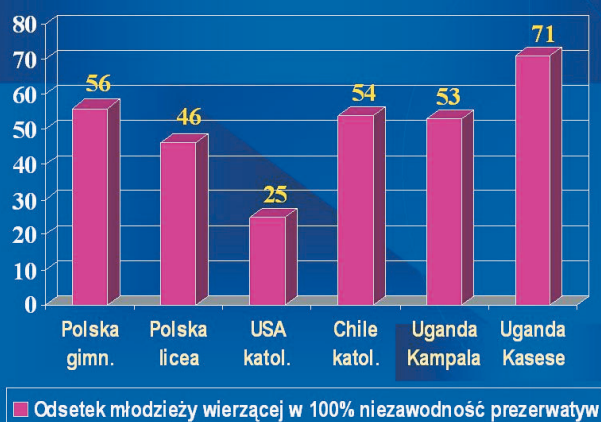
Jest wiele przykładów wpływu efektu kompensacji ryzyka na profilaktykę. Podam jeden z nich. Jedna z kampanii medialnych w Kanadzie doprowadziła do wzrostu intencji korzystania z prezerwatyw, ale zarazem wzrostu intencji kontaktów z przypadkowymi partnerami. Zastosowanie programu pogrubianych prezerwatyw, bardziej bezpiecznych, nie doprowadziło do zmniejszenia liczby zakażeń chorobami, ponie-

waż ci, którzy mieli pogrubiane, rzadziej je stosowali zgodnie z instrukcją. Propagowanie seksu oralnego w środowiskach homoseksualnych doprowadziło do wzrostu zakażeń drogą oralną. Wreszcie terapia antyretrowirusowa, która powinna zmniejszać zakaźność, bo osoba, która jest poddana terapii, jest mniej zakaźna. W rezultacie są badania, które pokazują, że tam, gdzie ją stosowano, również dochodzi do pewnego wzrostu liczby zakażeń w wyniku podejmowania bardziej ryzykownych kontaktów seksualnych.

Co z tego wynika dla profilaktyki młodzieżowej? W przypadku oddziaływań opartych na promocji prezerwatyw prawdopodobieństwo, że efekt kompensacji, czyli ten negatywny, przeważy nad efektem profilaktycznym, jest tym większe, im rzadsze są kontakty seksualne w tej populacji. Wniosek stąd, że promocja prezerwatyw wśród młodzieży szkolnej niesie szczególne ryzyko negatywnych skutków ubocznych. Mamy tu przykład z moich badań, pokazujący na różnych próbach młodzieży w różnych krajach procent młodzieży, która wierzy w stuprocentową skuteczność prezerwatyw. Jest to pewien problem, bo ta młodzież właśnie chętniej podejmuje kontakty seksualne.

Przejdźmy na chwilę do Stanów Zjednoczonych. W latach dziewięćdziesiątych zmieniło się podejście do profilaktyki ryzykownych zachowań seksualnych w USA. Po decyzji Kongresu z 1996 roku pojawił się nowy nurt. Na szeroką skalę zaczęto wdrażać programy edukacji ku abstynencji seksualnej, przeznaczając na nie naprawdę duże sumy pieniędzy. Założenia tego typu programów polegały na wspieraniu młodzieży w wychowaniu

Przekonanie, że prezerwatywy w 100% chronią przed HIV/AIDS (Grzelak, 2004)



Założenia rządowego programu edukacji ku wstrzemięźliwości seksualnej w USA

- Wspieranie wychowania młodzieży (12-18) ku abstynencji seksualnej
- Prowadzenie badań nad skutkami edukacji ku abstynencji seksualnej
- Tworzenie oparcia społecznego dla decyzji nastolatków o odłożeniu aktywności seksualnej do zawarcia małżeństwa.

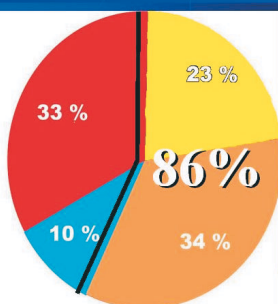
Wstrzemięźliwość seksualna jest traktowana jako:

- Jedyna pewna metoda uniknięcia ciąży pozamałżeńskiej i chorób przenoszonych drogą płciową
- Oczekiwana norma dla wszystkich dzieci w wieku szkolnym

DHHS (2002), *Evaluation of Abstinence Education Programs Funded under Title V, Section 510; Interim Report*. U.S. Department of Health and Human Services.

Wstrzemięźliwość seksualna w polityce oświatowej okręgów szkolnych w USA

- Abstynencja jako jedyna opcja
- Abstynencja jako preferowana opcja
- Abstynencja jako jedna z opcji w szerszym programie edukacji seksualnej
- Brak polityki w edukacji seksualnej



Landry, D.J., Kaeser, L., Richards, C.L. (1999). Abstinence Promotion and the Provision of Information About Contraception in Public School District Sexuality Education Policies. *Family Planning Perspectives*, 31(6), s. 280-286.

ku abstynencji, prowadzeniu badań nad skutecznością edukacji ku abstynencji, tworzeniu oparcia społecznego dla opóźniania decyzji o podjęciu kontaktów seksualnych i wreszcie traktowaniu wstrzemięźliwości seksualnej jako oczekiwanej normy dla wszystkich dzieci w wieku szkolnym.

W realiach amerykańskiego systemu edukacyjnego, wyjąwszy 33% okręgów szkolnych, które nie posiadają żadnej strategii edukacyjnej w tym zakresie, z pozostałych procent – 86 łącznie, jak pokazuje wykres, traktuje abstynencję seksualną jako preferowaną opcję w edukacji seksualnej.

Spójrzmy na wyniki badań epidemiologicznych nad inicjacją kontaktów seksualnych wśród młodzieży amerykańskiej. Widzimy systematyczne opóźnianie inicjacji seksualnej wśród młodzieży amerykańskiej. Jeżeli mówimy o spadku, od roku 1988 do 2002 wśród chłopców wynosi on prawie 20%. To są miliony młodych ludzi niemających praktycznie możliwości zakażenia chorobą przenoszoną drogą płciową.

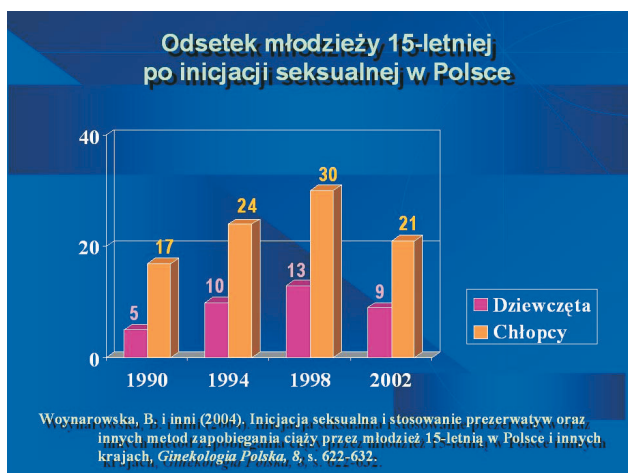
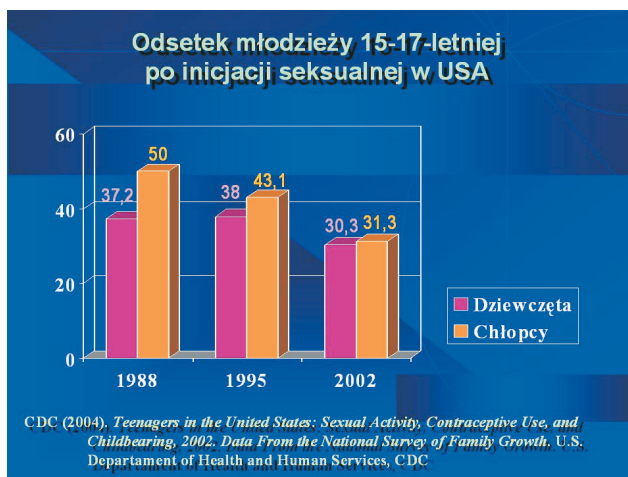
Badania polskie również pokazują opóźnienie inicjacji seksualnej. Niestety, sami autorzy badań stwierdzają, że nie do końca wiemy, jak to opóźnienie wygląda, bo były pewne różnice próby badanej. Ale mamy pewną zbieżność dat. Czas, w którym następuje to opóźnienie, nawet jeśli ono częściej jest artefaktem, zbiega się w czasie z wprowadzeniem przedmiotu wychowanie do życia w rodzinie, w przewadze nastawionym na zachęcanie do wstrzemięźliwości i wierności.

Jakie są wnioski dla polskiej edukacji i profilaktyki przy obecnym stanie wiedzy? Pierwszoplanowymi celami szkolnego wychowania w sferze seksualności powinno być kształtowanie postaw wstrzemięźliwości

i wierności. Poważna część badań prowadzonych w świecie nie potwierdza założenia, że masowa promocja prezerwatyw wśród młodzieży daje bilans prozdrowotny. Założenia i ogólny kierunek podstawy programowej wychowania do życia w rodzinie wydają się słuszne, należy jednak pracować nad jakością programów oraz jakością ich wdrażania i nad tym, żeby w ogóle ten przedmiot był prowadzony, co jest pewną bolączką obecnej edukacji. Nieliczne badane w Polsce programy wykazały się istotnym wpływem na czynniki związane z wczesną inicjacją seksualną, nie wykazano jednak ich wyraźnego wpływu na same zachowania seksualne. Stąd wniosek, że konieczne jest zwiększenie liczby polskich badań ewaluacyjnych wysokiej jakości.

Niepokoici całkowity brak polskich badań nad oddziaływaniami ukierunkowanymi na drugorzędową zmianę zachowań, czyli na korzystanie z antykoncepcji, gdyż nie możemy na temat tych programów się wypowiadać na podstawie dowodów empirycznych. Jakikolwiek przekaz na temat antykoncepcji kierowany do młodzieży powinien zawierać zarówno pełne informacje o sposobach działania, jak też skutkach ubocznych i ograniczeniach skuteczności poszczególnych metod, żeby młodzież miała świadomość, że każdy kontakt seksualny jest potencjalnie ryzykowny, nawet z prezerwatywą.

Ostatnia seria wniosków. „Interwencje, które bagatelizują lub ignorują system przekonań danej kultury, mogą tracić uczestników i dużą część sposobności do wywarcia pozytywnego wpływu” – to jest cytat z najnowszej szwedzko-amerykańskiej książki o profilaktyce. Mój wniosek idący za tym i za danymi, które prezentowałem, jest taki, że w kontekście polskiej kultury tworzenie szerokiej płaszczyzny współpracy z organizacjami religijnymi



mi różnych wyznań powinno być jedną z podstaw ogólnokrajowej strategii profilaktycznej, żeby nie traktować organizacji religijnych jako potencjalnych przeciwników, ale jako jednego z głównych partnerów w realizacji profilaktyki.

Ostatni wniosek: profilaktyka młodzieżowa powinna znajdować oparcie w przekazie medialnym i społecznym, ukazującym wierny i trwały związek dwojga osób jako jedyny zdrowy kontekst współżycia seksualnego. Takie próby podejmowało na przykład Krajowe Centrum AIDS ze strategią medialną na rzecz wstrzemięźliwości ABC w zeszłym roku.

Bardzo państwu dziękuję za uwagę.

Senator Antoni Szymański **Przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej**

Dziękuję panu Szymonowi Grzelakowi za wielką dyscyplinę i za bardzo interesujące przedstawienie problemu. Teraz chciałbym poprosić pana profesora Andrzeja Zielińskiego, kierownika Zakładu Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny. Temat jest następujący: „Problem występowania i zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową u młodzieży”.

Problem występowania i zwalczania chorób przenoszonych drogą płciową u młodzieży

Panie Senatorze! Szanowni Państwo!

Dostałem tylko dziesięć minut, wobec tego proszę mi wybaczyć skrótowość tego, co państwu przedstawię.

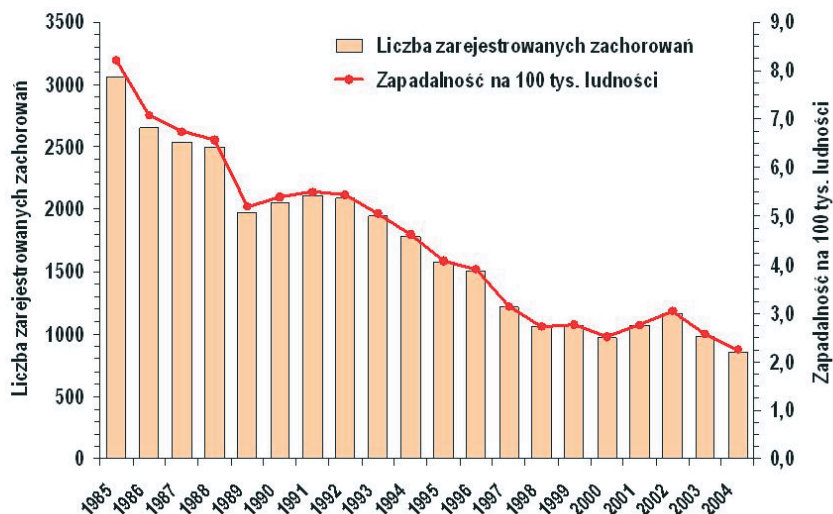
Jeśli chodzi o drogi zakażeń przenoszonych drogą płciową, jest to nie tylko ryzykowny stosunek płciowy, ale również każdy inny kontakt z płynami ustrojowymi, na przykład z wydzieliną pochwową, nasieniem, krwią, mlekiem kobiety, ze śliną. Wirus opryszczki i ludzki wirus papiloma (HPV) może być przeniesiony nawet tylko przez kontakt skórny lub dotykanie narządów płciowych przy nieuszkodzonej skórze.

Statystyki epidemiologiczne mają swój koloryt lokalny, ale co do zakażeń wśród młodzieży jest kilka podstawowych faktów. Mianowicie około 2/3 zakażeń przenoszonych drogą płciową występuje u osób poniżej dwudziestego szóstego roku życia. Około 1/4 tych zakażeń występuje u nastolatków. Największy odsetek zakażonych jest wśród osób w wieku osiemnaście – dwadzieścia osiem lat.

Wiemy, że za wschodnią granicą jest bardzo źle. U nas tak bardzo źle nie jest. Powiem państwu o kilku liczbach. Jeśli chodzi o Ukrainę, w latach 1994 – 1996 liczba zarejestrowanych zakażeń HIV wzrosła z pięćdziesięciu do dwunastu tysięcy. Liczba przypadków syfilisu w tym kraju w tym samym okresie, 1994 – 1996, wzrosła z trzech tysięcy do osiemdziesięciu tysięcy. W Rosji w latach 1990 – 1996 liczba przypadków syfilisu w grupie młodzieży wzrosła sześćdziesiąt osiem razy, w grupie dorosłych tylko czterdzieści osiem razy. Ale to, że u nas jest lepiej, nie powinno nas uspokajać. Są to jednak kraje ościenne.

Prof. dr hab. Andrzej Zieliński – kierownik Zakładu Epidemiologii w Państwowym Zakładzie Higieny.

Kila (ogółem) w Polsce w latach 1985-2004 Liczba zachorowań i zapadalność



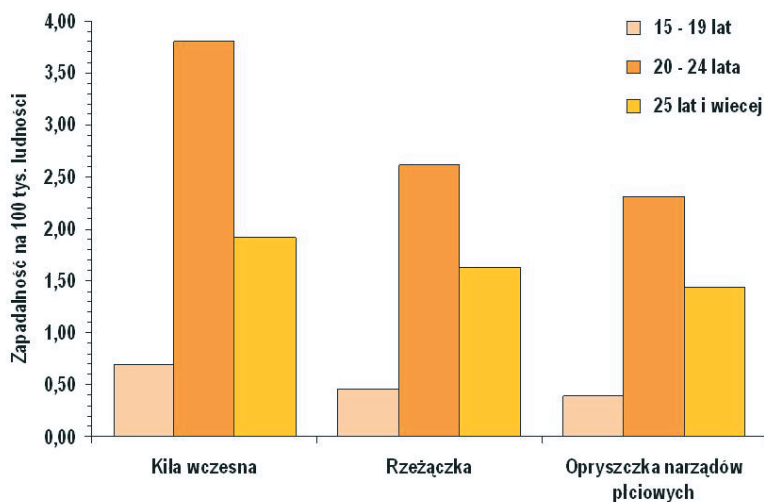
Jeśli popatrzymy na dane dotyczące kiły w Polsce, to liczba zarejestrowanych przypadków od wielu lat ma wyraźnie tendencję spadkową. Zapadalność na tę chorobę wyraźnie spadała. To, co mamy zarejestrowane w każdym systemie nadzoru epidemiologicznego, jest jednak zwykle wierzchołkiem góry lodowej. Bardzo wiele przypadków umyka naszym systemom rejestracji i czasem musimy posługiwać się wskaźnikami surogatowymi, które bezpośrednio nie mówią o liczbie zachorowań, ale wskazują na to, że coś dzieje się nie tak.

Proszę zwrócić uwagę na ten wykres. To liczba przypadków kiły wrodzonej. Ogólnie liczba przypadków kiły w Polsce spada. Ale od 1997 roku dziwnym trafem, przy ogólnym spadku liczby zarejestrowanych przypadków kiły, wzrasta liczba przypadków kiły wrodzonej. Czyżby populacja kobiet w ciąży była jakąś wyróżnioną populacją? Byłaby populacją o, jak to się mówi, stroniczości selekcji z tego punktu widzenia? Proszę zwrócić uwagę na jeszcze jedno. Jeśli porównamy zapadalność w stosunku do liczby, czyli czerwoną kreskę w stosunku do słupków, to ona wyraźnie wybiega tu ponad słupki. Dlaczego? Bo w tym okresie również bardzo spadła liczba urodzeń. I ta zapadalność, która mówi o proporcji, jest znacznie mocniejszym wskaźnikiem niż sama liczba przypadków.

Kiła wrodzona w Polsce w latach 1985-2004 Liczba zachorowań i zapadalność



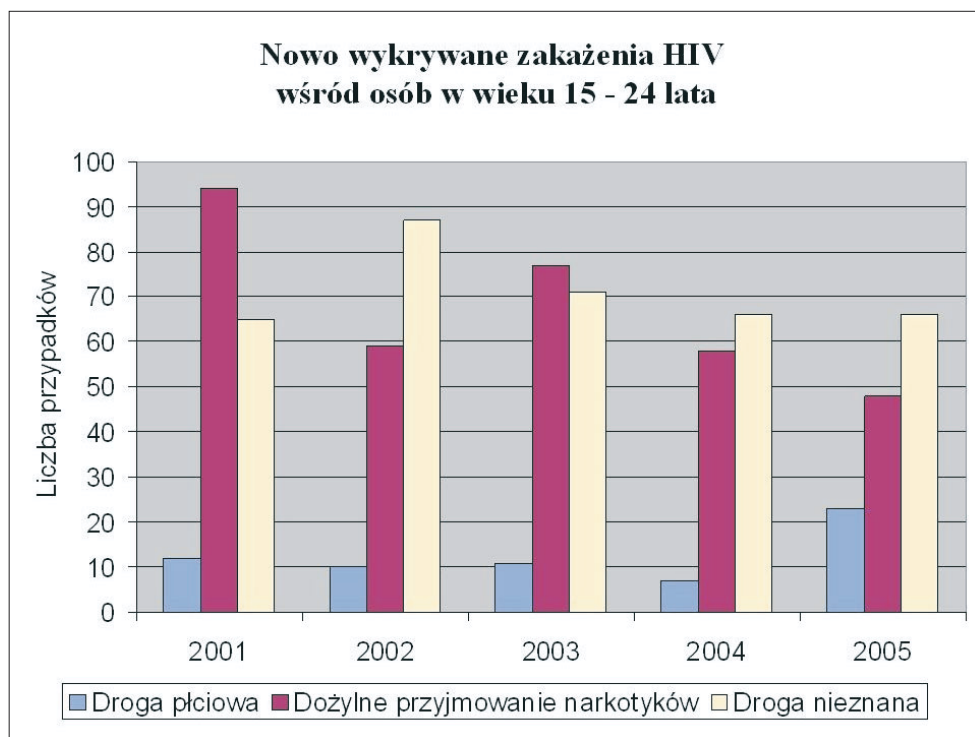
Choroby weneryczne w Polsce w 2004 roku. Zapadalność wg wieku



Jeśli chodzi o choroby przenoszone drogą płciową w Polsce – kiłę wczesną, rzeżączkę, opryszczkę narządów płciowych – w grupach wieku, ogólnie najwyższe wskaźniki odnoszą się do ludzi w wieku dwudziestu – dwudziestu czterech lat. Niższe są u nastolatków i również niższe u osób powyżej dwudziestego piątego roku życia.

Jeśli chodzi o nowo wykrywane zakażenia HIV – oczywiście więcej pewnie na ten temat może powiedzieć pani dyrektor Marzec – chciałem zwrócić uwagę, że zakażenia HIV mogą być przenoszone przez ludzi w różny sposób. Wybrałem tutaj dwa sposoby zdefiniowane i jeden sposób, który jest nieokreślony ze względu na to, że ludzie nie podali drogi. Nie jest wielką tajemnicą, której łatwo się domyślić, że jakkolwiek ten biały słupek nie składa się wyłącznie z zakażeń przenoszonych drogą płciową, to niewątpliwie kryje on w sobie bardzo wiele zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Proszę zwrócić uwagę na niebieski słupek. To droga płciowa, która w Polsce przy zakażeniach HIV pozostawała w cieniu zasadniczego problemu, jakim było uzależnienie od substancji dożylnych. Jeśli chodzi o liczbę przypadków zgłoszonych w 2004 roku i liczbę przypadków zgłoszonych w 2005 roku, widać bardzo wyraźny procentowy wzrost. I to jest, powiedzmy,



ta część mojego przekazu dotycząca najbardziej może sugestywnych danych i najlepiej może świadczących o sytuacji, jaka występuje wśród młodzieży w dziedzinie chorób przenoszonych drogą płciową, w tym zakażeń HIV.

Jeśli mówimy o programach zapobiegawczych, jeśli mówimy o zwalczaniu, mamy do czynienia zawsze z pewnym balansem między ideologią i metodologią. Powiem szczerze, że pan Grzelak powiedział wiele z tego, co przygotowałem dzisiaj we wstępie do swojego referatu. Chciałbym państwu powiedzieć, jak ja widzę tę różnicę. Ideologia to jest system poglądów, ocen, przekonań, często politycznych, wyznawany przez jakąś grupę ludzi lub osoby indywidualne. Metodologia nauk jest natomiast dziedziną nauki zajmującą się sposobami pozyskiwania wiedzy o rzeczywistości, porządkowaniem uzyskanych danych i badaniem tam związków. Czy są to związki przyczynowe, czy tylko związki podniesionego ryzyka – to już zależy od tego, jak te badania wiążą.

Nie należy lekceważyć żadnej z tych dziedzin, ale należy zachować równowagę pomiędzy metodologią i ideologią. Bo to, że się troszczymy o zdrowie społeczeństwa, to że uprawiamy zdrowie publiczne, ma charakter ideologiczny. Nie ma wyników badań, które mówią, że my coś powinniśmy robić. Wyniki badań mówią nam najwyżej, jaka jest rzeczywistość. Zadania, jakie stawiamy społeczeństwu, mają natomiast charakter ideologiczny. Ale ideologia nigdy nie powie nam, co jest skuteczne. Ideologia może nam tylko powiedzieć, co byśmy chcieli osiągnąć lub jeśli jest normatywna, co powinniśmy chcieć osiągnąć. Ale aby się dowiedzieć, jak to osiągnąć, trzeba stosować metodologię. Metodologią dla badań z dziedziny zdrowia publicznego są badania epidemiologiczne. Epidemiologia dostarcza nam nie tylko narzędzi do zbadania, ile czego jest w społeczeństwie, ale również jakie są związki pomiędzy czynnikami narażenia a ostatecznym efektem. Jeśli nie stosujemy odpowiednich metod epidemiologicznych, zawsze będzie to pozostawione domysłom, pozostawione ideologii i kierowane ideologią.

Prawdopodobnie wy-czerpałem już mój czas, chciałem jednak zwrócić uwagę na jedno: jak trudne jest określanie

Ewaluacja programów zdrowia publicznego bez epidemiologii

- Sprowadza się do sprawdzania punkt po punkcie, czy zostały podjęte planowane działania.
- Pomija możliwość sprawdzenia, czy działania te przyniosły jakikolwiek zamierzony efekt
- Stanowi ewidentne nadużycie metodologiczne
- Jest powszechnie stosowana w Polsce z bardzo nielicznymi wyjątkami

związków ryzyka i związków przyczynowych. Jeśli bierzemy tylko dwie zmienne, z których jedną uznamy za czynnik ryzyka, a drugą za efekt i badamy związek między nimi, możemy łatwo popełnić błąd, dlatego że w sytuacji społecznej jest cała masa innych czynników współwystępujących. Te czynniki noszą nazwę *confounders*, czyli czynników zakłócających. Nieuwzględnianie tych czynników w badaniu, nawet jeśli skądinąd badania przeprowadzone są metodologicznie poprawnie, może pomijać bardzo istotne czynniki modyfikujące lub zakłócające wyniki. Tyle chciałem powiedzieć, bo zasadniczym moim przesłaniem jest to, że problem jest bardzo poważny, ale żeby go rozpoznać, musimy stosować badania na odpowiednim poziomie i nie możemy ograniczać się do ideologii.

Dziękuję.

Senator Antoni Szymański **Przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej**

Dziękuję panu profesorowi za ten przekaz. Bardzo proszę teraz panią Annę Marzec-Bogusławską, dyrektorkę Krajowego Centrum ds. AIDS. Temat: „Profilaktyka HIV/AIDS w kampaniach Krajowego Centrum ds. AIDS. Przekaz skierowany do młodzieży”.

Profilaktyka HIV/AIDS w kampaniach Krajowego Centrum ds. AIDS

Przekaz skierowany do młodzieży

Szanowni Państwo!

Na początku mojego wystąpienia bardzo serdecznie dziękuję za zaproszenie na konferencję jej organizatorom: Komisji Rodziny i Polityki Społecznej Senatu oraz Fundacji Homo Homini i panu Szymonowi Grzelakowi.

Tematem mojego wystąpienia są kampanie profilaktyczne organizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS, które były skierowane w szczególności do młodzieży. Zanim powiem o kampaniach, chciałabym parę słów powiedzieć na temat podstaw prawnych funkcjonowania Krajowego Centrum ds. AIDS, które działa od roku 1993, jest agendą ministra zdrowia odpowiedzialną za realizację całokształtu zadań w zakresie zapobiegania HIV/AIDS i leczenia, oraz o podstawach prawnych realizacji Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV.

Moi przedmówcy poruszali kwestie wieloaspektowości działań związanych z walką z epidemią HIV/AIDS. Jesteśmy przekonani o tym, że zapobieganie rozprzestrzenianiu się epidemii nie będzie skuteczne, jeżeli nie będzie miało wielu partnerów. Żeby tych wielu partnerów mogło uczestniczyć w działaniach profilaktycznych, edukacyjnych społeczeństwa, potrzebna jest solidna podstawa prawna. Taką podstawę mamy w postaci rozporządzenia Rady Ministrów z 13 września 2005 w sprawie Krajowego Programu Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV” z 13.09.2005 (Dz.U. Nr 189, poz. 1590), które narzuca wielu działom gospodarki, jednostkom samorządowym, jak również innym jednostkom, które chciałyby się włączyć w działania zapobiegawcze, obowiązek włączania się merytorycznego, ale również finansowego w walkę z epidemią.



HIV i AIDS w Polsce (wg. PZH)

Dane od początku epidemii (1985) do końca lutego 2006 r

- 9961 zakażonych ogółem
- z tego co najmniej 5308 zakażonych w związku z używaniem narkotyków drogą dożylną (53%)
- 1742 zachorowań na AIDS
- 817 chorych zmarło
- ok. 30 000 szacunkowa liczba osób żyjących z HIV i AIDS (ponad 20% to kobiety)
- ok. 660 nowo-wykrywanych zakażeń HIV rocznie

Moja wypowiedź ogranicza się tylko do zakażeń HIV i zachorowań na AIDS. Nie będę mówiła o innych zakażeniach przenoszonych drogą płciową. Chciałabym przypomnieć państwu, że według danych Państwowego Zakładu Higieny, od roku 1985 do końca lutego 2006 roku wykryto w Polsce 9961 zakażeń, czyli blisko dzieś się tysięcy. Przy czym szacuje się, że w naszym kraju żyje około trzydziestu tysięcy osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

Chciałabym również podkreślić, że zwiększa się liczba kobiet wśród ogółu osób zakażonych. W pierwszych latach epidemii mieliśmy do czynienia z zakażeniem jednej kobiety na szesnaście, siedemnaście zakażeń mężczyzn. W tej chwili właściwie ponad 20% zakażonych stanowią kobiety, co niewątpliwie wpisuje się w wypowiedź pana profesora Zielińskiego, mojego przedmówcy, który mówił o zwiększonej liczbie zakażeń będących efektem kontaktów seksualnych. Większość z nich to są kontakty heteroseksualne.

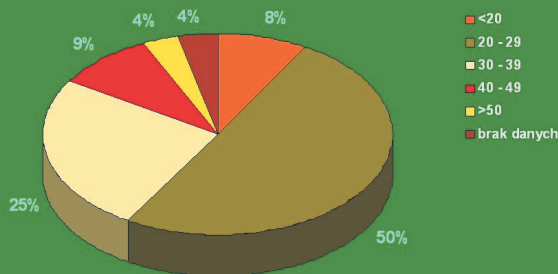
Każdego roku w Polsce wykrywa się około 660 zakażeń. Proszę zaś zwrócić uwagę, że osoby młode, poniżej dwudziestego roku życia, które zakaziły się mając mniej niż dwadzieścia lat, stanowiły według danych skumulowanych 8%.

Jakie w tej sytuacji podejmujemy działania profilaktyczne? Przede wszystkim są one wieloaspektowe. Była tutaj również o tym mowa, że należy

włączać przedstawicieli organizacji pozarządowych, w tym środowisk religijnych. Krajowe Centrum ds. AIDS, działając w imieniu ministra zdrowia, udziela rocznie około czterdziestu organizacjom pozarządowym dotacji na profilaktykę HIV/AIDS. Podpisujemy rocznie ponad sto pięćdziesiąt umów dotacyjnych. Przedstawiciele tych organizacji, nie tylko oczywiście środowisk religijnych wielowyznaniowych, bo



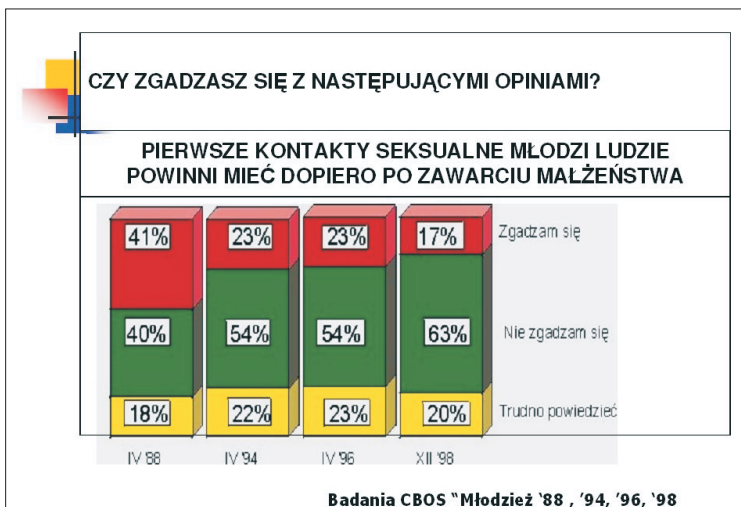
Zakażenia HIV (1985 – 2005) wg wieku



współpracujemy poza organizacjami katolickimi także z organizacjami Kościoła luterańskiego, są również na tej sali. Poza tym prowadzimy bardzo wiele działań edukacyjnych skierowanych do różnych grup zawodowych, do nauczycieli, nauczycieli religii, oczywiście również specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia. Wydaje nam się, że nauczyciele, jeżeli chodzi o edukację szkolną, są najważniejszą grupą, ponieważ pracując z młodzieżą, znając swoją młodzież, po otrzymaniu odpowiedniej, rzetelnej wiedzy, opartej na faktach naukowych, są w stanie przekazać ją młodzieży w sposób najlepszy.

Zajmujemy się również organizacją kampanii multimedialnych. Właściwie każdego roku mamy kampanie skierowane do młodych osób. Taką kampanią skierowaną do młodzieży była kampania w 2002 r., z której w tej chwili chciałabym państwu pokazać kilka slajdów. Główną myślą tej kampanii było to, iż „jestem wolny, sam decyduję o tym, co robię, ale muszę być świadomy konsekwencji swoich zachowań, które mogą prowadzić do zakażenia HIV”. To była kampania prowadzona pod hasłem: „HIV nie wybiera. Ja mogę!” Grupą docelową kampanii była młodzież między piętnastym a dziewiętnastym rokiem życia. Ta kampania miała miejsce w roku 2002.

Była tutaj mowa, iż nie należy wybierać prezerwatywy jako jedynego środka przeciwdziałania epidemii HIV/AIDS. Myślę, że dobrze się składa, że rozmawiamy w tym właśnie gronie, ponieważ w Polsce chyba na szczęście nigdy prezerwatywa nie była traktowana jako główny element walki z epidemią HIV/AIDS. Raczej staraliśmy się iść w kierunku zmiany zachowań, w kierunku edukacji społecznej, w kierunku współpracy, partnerstwa i przeciwdziałania stygmatyzacji i dyskryminacji. Oczywiście jako któryś z elementów pojawia się również prezerwatywa, ale ona nigdy elementem głównym nie była. Z całą pewnością nie było jej w kampanii skierowanej do młodzieży. Postawiliśmy na zmianę zachowań.



Przed kampanią zrobione były bardzo dokładne badania fokusowe, w których zapytaliśmy młodych ludzi, jaki przekaz na temat HIV/AIDS chcieliby usłyszeć i jaki przekaz zrobiłby na nich wrażenie. Ku naszemu zaskoczeniu – były to badania robione przez TNS OBOP, o ile dobrze pamiętam, i według metodologii ogólnie dla takich badań przyjętych – usłyszeliśmy, że młodzi ludzie chcieliby usłyszeć, że AIDS to choroba śmiertelna, że to konsekwencja ich zachowań. Zazwyczaj staramy się nie straszyć w kampaniach, dlatego to nas bardzo zaskoczyło: młodzi ludzie chcieli usłyszeć, że na AIDS można umrzeć, chcieli się przestraszyć, uznali, że tylko w ten sposób są w stanie zareagować, zauważyć w ogóle kampanię. Stąd nawiązanie do elementów nagrobnych, takich jak porcelanka przy parafrazowaniu powiedzenia „Z kwiatka na kwiatek”. Była w kampanii część przeznaczona dla chłopców i część przeznaczona dla młodych kobiet. Współpracowaliśmy również z różnymi stronami internetowymi.

Generalnie w naszych kampaniach pojawia się również taki parasol kampanii: „Nie daj szansy AIDS, zrób test na HIV”. W omawianej przeze mnie poprzednio kampanii nie mogliśmy promować testowania, ponieważ według prawa polskiego należy zapytać o zgodę rodziców lub opiekunów osób, które mają mniej niż osiemnaście lat, nie możemy więc zachęcać do anonimowego wykonania testu. Ale już w następnej kampanii w 2005 r., której grupą docelową byli kobiety i mężczyźni między osiemnastym a dwudziestym dziewiątym rokiem życia, a której celem było ograniczenie liczby zakażeń HIV drogą kontaktów seksualnych, promowaliśmy również, oparte na zasadzie dobrowolności, testowanie na obecność HIV.

Cieszę się bardzo, że tak wiele słów dzisiaj zostało powiedzianych na temat kampanii ABC. W Polsce taka kampania odbyła się w zeszłym roku. Oczywiście osobom, które nie rozpoczęły inicjacji seksualnej, proponowaliśmy abstynencję seksualną. Zachęcaliśmy do bycia wiernym, zawsze podkreślaliśmy, że tylko wzajemna wierność w stałym związku jest w stanie ochronić młodych ludzi przed zakażeniem. Osobom, które mimo wszystko podejmują ryzykowne zachowania i pomimo wiedzy wybrały taki styl życia, proponowaliśmy zabezpieczanie się prezerwatywą, jednak z zastrzeżeniem, że prezerwatywa nie chroni przed zakażeniem HIV, ale według badań zaprezentowanych również dzisiaj, znacznie zmniejsza ryzyko zakażenia HIV.

Główna myśl kampanii ABC to: „Zdecyduj sam. Wybierz ABC zapobiegania AIDS i ciesz się życiem”, „Nasi partnerzy”. Mam nadzieję, że większość z państwa pamięta ten znak graficzny, który był widoczny również na citylightach, billboardach. Mamy tutaj metaforę życia, ułożenia czegoś z trzech kostek, które mimo wszystko występują oddzielnie.

Należałoby jeszcze powiedzieć, że w Polsce, podobnie jak na świecie, zmieniło się też podejście ekspertów, choć wydaje się, że tak naprawdę nic się nie musiało zmieniać, ponieważ, jak wcześniej powiedziałam, prezerwatywa nigdy nie była i nie jest głównym elementem walki z epidemią HIV/AIDS. Zawsze staraliśmy się, by nasze działania były kompleksowe, dostosowane do odbiorcy, dostosowane również do aktualnej sytuacji epidemiologicznej. I jak się wydaje, te działania są mimo wszystko skuteczne.

Proszę pamiętać, że Polska leży między takimi krajami jak Niemcy, w którym jest, według mojej wiedzy, blisko 70 tysięcy osób zakażonych, a Ukrainą, gdzie mamy ponad pół miliona osób zakażonych, i Kaliningradem, gdzie wskaźniki są na poziomie krajów Afryki podzwrotnikowej, o których tutaj była już mowa. Mimo wszystko udało nam się sytuację epidemiologiczną ustabilizować, co jednak nie upoważnia do zaniechania działań. Musimy pamiętać, że AIDS nie zna granic, że nasze działania muszą być kontynuowane i muszą być na pewno wieloaspektowe i kompleksowe.

Mówiąc o młodzieży, musimy pamiętać jeszcze o jednej kwestii, a mianowicie o tym, że dzieci mają rodziców. Że jeżeli w odpowiedni sposób rodzice będą rozmawiać ze swoimi dziećmi, niewątpliwie są w stanie zmienić bardzo wiele. Dlatego nasza przyszła kampania będzie skierowana właśnie do dzieci i rodziców jednocześnie, ale o tym mam nadzieję opowiedzieć państwu przy okazji naszego następnego spotkania.

Dziękuję uprzejmie.

Senator Antoni Szymański

Przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej

Bardzo dziękuję pani Annie Marzec-Bogusławskiej. Proszę w tej chwili o zabranie głosu panią doktor Wiktorię Wróblewską ze Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie.

Postawy młodzieży w sferze seksualnej w Polsce w okresie przemian a potrzeba edukacji

Witam państwa serdecznie i bardzo dziękuję za zaproszenie do udziału w tej konferencji. Jestem demografem i zajmuję się w pewnej części zagadnieniami dotyczącymi zdrowia, stąd i zagadnieniami zachowań i postaw młodzieży w sferze seksualnej w Polsce.

Sięgnęłam do książki Fromma „O sztuce miłości”^{*}, żeby wskazać na to, że młodzież podejmując życie seksualne bardzo często utożsamia to z miłością, że wydaje się jej, iż jest to takie bardzo łatwe i przyjemne, wbrew przytłaczającym dowodom świadczącym o czymś wręcz przeciwnym.

Zagadnienia, które chciałabym tu przedstawić, to tło społeczne i kulturowe przemian w latach dziewięćdziesiątych w Polsce, system wartości, w szczególności zaś będę przedstawiać postawy młodzieży wobec związków przedmażeńskich; w zachowaniach zwrócę uwagę na inicjację seksualną; w konsekwencjach wybiegam poza ścisłą tematykę tej konferencji, bo zajmę się urodzeniami wśród nastolatków. Przedstawię także kilka informacji na temat zachowań i urodzeń w porównaniu międzynarodowym.

Źródła, z których korzystam, są to na ogół ogólnopolskie lub międzynarodowe badania, które były przeprowadzane przez różne instytuty w Polsce, ale nie tylko. Między innymi są to badania uczniów w wieku jedenastu, trzynastu, piętnastu lat. Korzystam tu z danych dotyczących piętnastolatków, one były także prezentowane przez pana doktora Grzelaka. Jeśli chodzi o zachowania młodzieży – oprę się na badaniu uczniów szkół średnich z 1996 roku, badaniach CBOS, powtarzanych, ba-

Dr Wiktoria Wróblewska – pracownik naukowy Instytutu Statystyki Demografii w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie

^{*} „Przekonanie, że nie ma rzeczy łatwiejszej niż miłość, utrzymywało się jako powszechny pogląd wbrew przytłaczającym dowodom świadczącym o czymś wręcz przeciwnym”. Erich Fromm, „O sztuce miłości”, The Art of Loving, 1956.



Źródła danych

- **Health Behaviour in School-aged Children study, 2001-2002;** badanie w 35 krajach uczniów w wieku 11, 13 i 15 lat (w Polsce N= 3179 K i N=3204 M)
- **Badanie postaw młodzieży wobec spraw seksualności, 1996;** uczniowie 15-19 lat (N=9047)
- **Badania CBOS "Młodzieży '88 , '94, '96, '98** (N=ok. 1,200)
- **Badanie postaw i zachowań studentów, 2002** (N=1450)
- **Population Policy Acceptance Study, 2002** (*badanie międzynarodowe populacyjne*)
- **Badanie Family and Fertility Survey (FFS), 1991** (N=4211 K oraz N= 4313 M urodzonych w latach 1973 – 1942)
- **Dane statystyczne GUS**

daniach studentów i ogólnopolskich populacyjnych badaniach z roku 2002, a także wcześniejszych, żeby porównać, jak zmieniły się zachowania obecnego pokolenia dzieci i młodzieży w stosunku do pokolenia rodziców.

W zasadzie gołym okiem widać zmiany dotyczące sfery życia seksualnego i płciowości. Przemiany przyniosły ze sobą odkrywanie tematów tabu i odreagowywanie ograniczeń przeszłości w sferze płciowości i życia seksualnego człowieka. Ma to niewątpliwie swój pozytywny wymiar do wartościowania tej sfery, jednocześnie niesie ze sobą wiele negatywnych konsekwencji, które w szczególności dotyczą osoby młode.

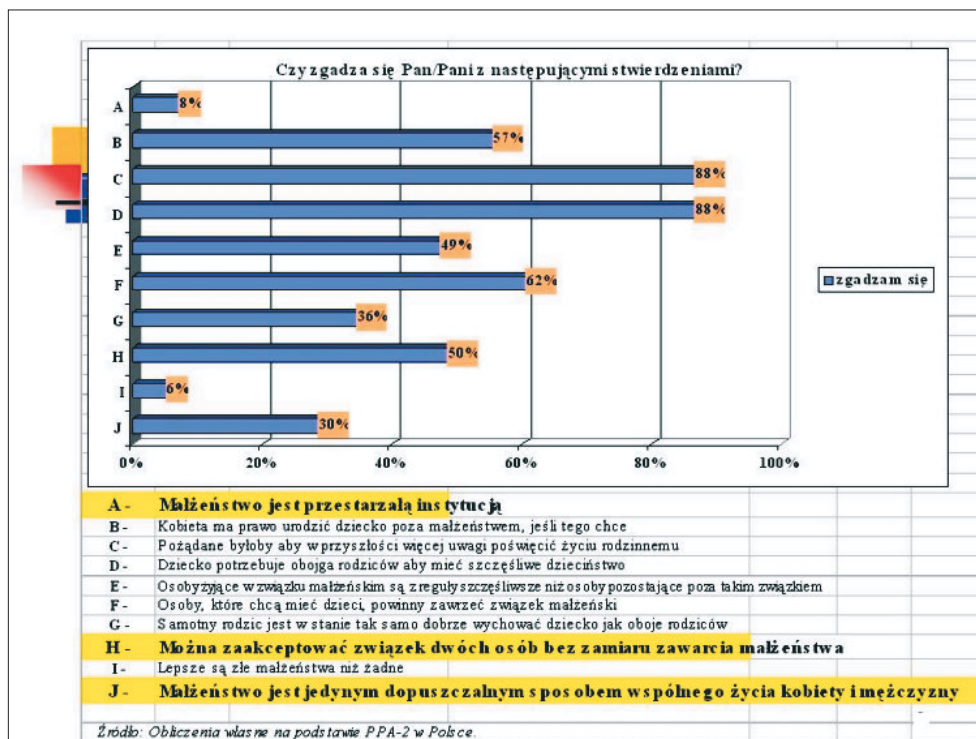
Chciałabym odnieść się do tego, co mówili dziś profesorowie ze Stanów Zjednoczonych, panowie Hearst i Green, mówiąc o tym, że sami byli zaskoczeni, że jest możliwa zmiana zachowań w tak bardzo tradycyjnych kulturowo społeczeństwach jak ludność afrykańska. Okazuje się, że równie szybko była możliwa zmiana zachowań w tak tradycyjnym społeczeństwie, jakim wydawało się społeczeństwo polskie. Mam na myśli młodzież.

Jak to się odbywało? W różny sposób. Między innymi zachodzi proces „westernizacji”, czyli przenikania zachodnich wzorców zachowań, tworzenia rodziny, w tym kohabitacja. Za chwilę przedstawię kilka danych. Nastąpił wzrost znaczenia własnych preferencji i orientacji, a zmniejszyła się rola norm zewnętrznych, czyli odniesienia już nie pionowe, lecz poziome,

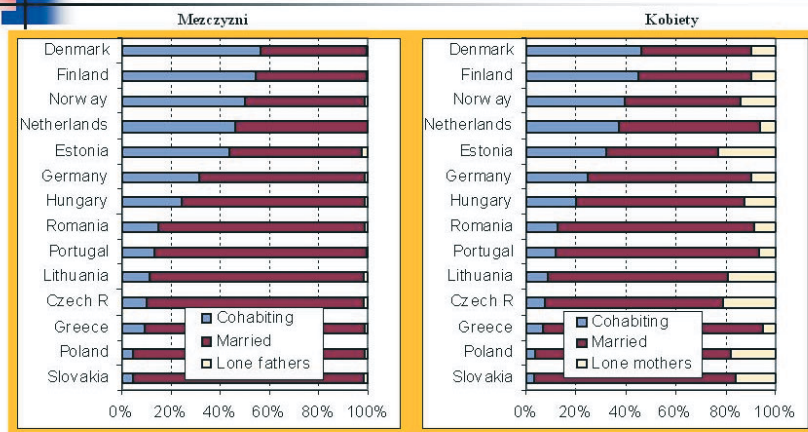
kiedy główne znaczenie ma opinia rówieśników, kolegów. Znaczenie zależności pionowych i autorytetów zostało zastąpione odniesieniami poziomymi.

Jest jeszcze jeden, szerszy aspekt zachodzących przemian, które się obserwuje także w krajach Europy Centralnej, w mniejszym stopniu Wschodniej. Wiąże się to z ogólną poprawą naszej zasobności, czyli następuje przechodzenie od wartości materialistycznych do postmaterialistycznych. Kwestią zasadniczą przestaje być posiadanie środków niezbędnych do przeżycia, a oczekiwane są bardziej wyszukane formy kultury, rozrywki, pracy zawodowej, które dają satysfakcję i spełnienie. Jest to widoczne szczególnie wśród pokolenia osób młodych i wśród osób wykształconych.

Ten system wartości postmaterialistycznych przenosi się także na sferę relacji międzyludzkich, a więc szukanie samorealizacji i spełnienia przenosi się na zachowania w dziedzinie życia rodzinnego i seksualnego. Chodzi więc o satysfakcję, o przyjemność płynącą z życia w relacji z partnerem, o spełnienie w miłości. Nie ma już takiej zależności, że kobieta poprzez małżeństwo miała poczucie pełnej stabilizacji. W tej chwili młode dziew-



Osoby w wieku do 35 lat w związkach (rodzinach) według stanu cywilnego , 2000 rok



Council of Europe CAHPS (2004) 1.1, D.Philipov

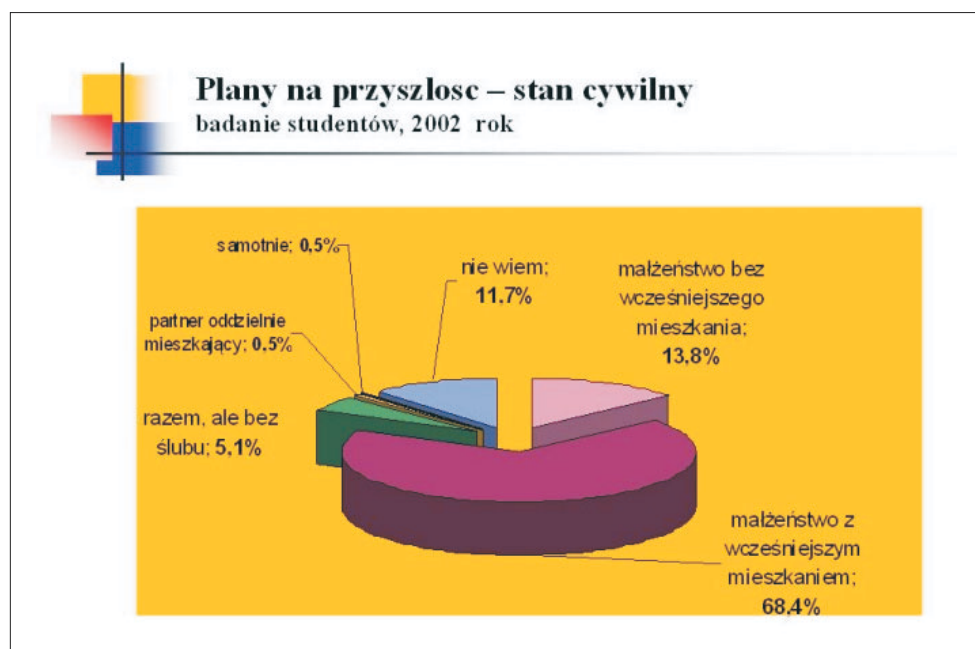
czyny są wykształcone i nie szukają partnera po to, aby móc spokojnie myśleć o swojej przyszłości w wymiarze ekonomicznym.

System wartości młodzieży. Jak wykazuje większość badań, ciągle rodzina, różnie definiowana czy ujmowana, udane życie rodzinne, szczęście w małżeństwie pozostaje dla młodych Polaków jedną z najważniejszych wartości. Dyktuje to niewątpliwie tradycja, religia, czasem trudne warunki życia podnoszące jej rangę jako grupy wsparcia. Ale z drugiej strony nastąpiło bardzo wyraźne odejście od przekonania, że małżeństwo jest jedynym dopuszczalnym sposobem życia we dwoje. Spadła wartość małżeństwa i życia rodzinnego jako źródła szczęścia i spełnienia. To jest właśnie to przejście do wartości postmaterialistycznych. Wzrosło przekonanie, że radość z posiadania rodziny i bliskości dzieci mogą zastąpić inne źródła, na przykład dobra praca zawodowa.

Pokażę kilka slajdów obrazujących miejsce małżeństwa. O tym, że małżeństwo ciągle jest uważane i szanowane w pewnym sensie jako instytucja w Polsce, świadczy chociażby to, że tylko 8% badanych stwierdziło, że małżeństwo jest instytucją przestarzałą. Ale jednocześnie – to jest słupek H – 50%, czyli połowa, uważa, że można akceptować związek osób bez zamiaru zawarcia małżeństwa. Z opinią, że małżeństwo jest jedynym dopuszczalnym sposobem wspólnego życia kobiety i mężczyzny, zgadza się 30%, czyli 70% uważa, że można również w inny sposób te relacje układać.

W porównaniu z innymi krajami na razie te nasze postawy nie przekładają się jeszcze na zachowania. Mam na uwadze związki kohabitacyjne. Jak możecie państwo zauważyć, Polska jest przedostatnia, na dole. W związkach kohabitacyjnych pozostaje minimalna część społeczeństwa. Spis narodowy z 2002 roku wykazał, że jest około dwieście tysięcy takich związków, co na kilka milionów małżeństw jest rzeczywiście nieznaczącą grupą. Jeśli spojrzymy na stronę prawą, zauważymy na końcu jasny słupek; to są dane trochę niepokojące, bo jest to udział kobiet samotnie wychowujących dzieci. Czyli dziś kwestia odpowiedzialności partnerów nie ma tak dużego udziału, jeśli dotyczy samotnych rodziców, samotnych kobiet w większości krajów zachodnich. Jak widzimy, związki kohabitacyjne są natomiast bardzo popularne w krajach skandynawskich, mamy tu także Holandię, ale również Europę Wschodnią, chociażby Estonię i w mniejszym stopniu Litwę.

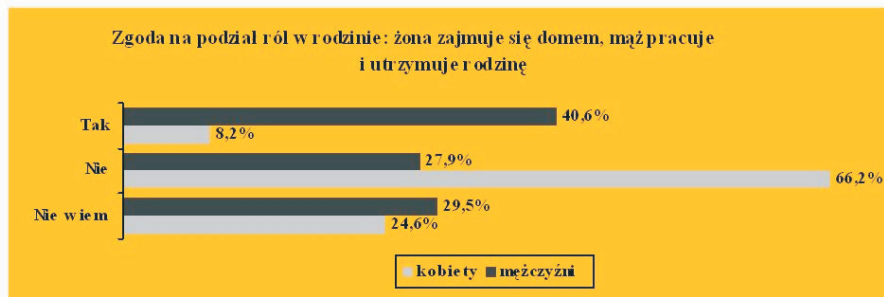
Spójrzmy teraz na pytania o plany na przyszłość, jeśli chodzi o stan cywilny. Dominuje małżeństwo. Na ogół jednak prawie 70% młodych osób – według badania wśród studentów – chciałoby się „sprawdzić”, w cudzysłowie, czyli – małżeństwo z wcześniejszym wspólnym mieszkaniem. Na małżeństwo bez wcześniejszego wspólnego mieszkania wskazało niespełna 14%. Razem, ale bez ślubu – tylko 5%, to jest ten przyszły odsetek związków kohabitacyjnych.





Plany na przyszłość – podział ról w rodzinie

badanie studentów, 2004 rok

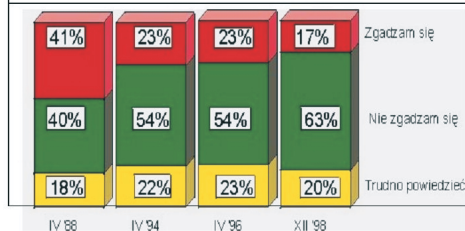


Mówiłam też o tym, że kobiety stają się coraz bardziej odpowiedzialne za swoje życie, chcą brać je w swoje ręce, chcą pracować. Nie chcą na ogół powielać relacji występujących w rodzinie ich pochodzenia i nie zgadzają się na taki tradycyjny podział ról, że żona zajmuje się domem, a mąż pracuje i utrzymuje rodzinę. 66% młodych dziewcząt odpowiedziało na takie stwierdzenie „nie”.

Postawy wobec przedmażeńskich związków seksualnych. Prezentuję tu wyniki kolejno powtarzanych badań, w tym przypadku przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej. Jest to odpowiedź na pytanie o pierwsze kontakty seksualne młodych ludzi: „Czy zgadzasz się z następującymi opiniami: że pierwsze kontakty seksualne powinny być dopiero po zawarciu

CZY ZGADZASZ SIĘ Z NASTĘPUJĄCYMI OPINIAMI?

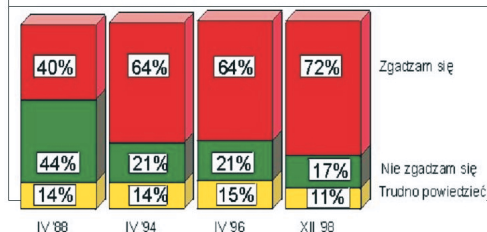
PIERWSZE KONTAKTY SEKSUALNE MŁODZI LUDZIE POWINNI MIEĆ DOPIERO PO ZAWARCIU MAŁŻENSTWA



Badania CBOS "Młodzież '88, '94, '96, '98

CZY ZGADZASZ SIĘ Z NASTĘPUJĄCYMI OPINIAMI?

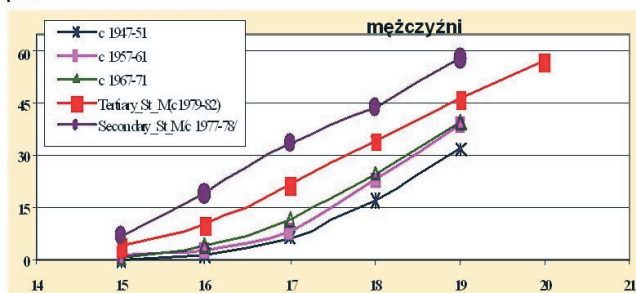
TO ZUPEŁNIE NORMALNE, ŻE KOCHAJĄCY SIĘ LUDZIE UTRZYMUJĄ ZE SOBĄ KONTAKTY SEKSUALNE, ŚLUB NIE JEST DO TEGO KONIECZNY



Badania CBOS "Młodzież '88, '94, '96, '98

małżeństwa?” W 1988 roku ponad 40% uczniów ostatnich klas szkół średnich odpowiedziało: „Tak, zgadzam się”; w roku 1998 takich odpowiedzi było już tylko 17%, dominowały odpowiedzi: „Nie zgadzam się”. Czyli młodzi ludzie mają prawo rozpoczynać kontakty seksualne przed zawarciem małżeństwa. I dalej: „To zupełnie normalne, że kochający się ludzie utrzymują ze sobą kontakty seksualne, ślub nie jest do tego konieczny”. Odpowiedzi: „Zgadzam się” w 1998 roku wskazało 72%. Podobnie jakby odwrócenie poprzednich odpowiedzi. Tu nastąpił wzrost „Zgadzam się” z 40% do 72%.

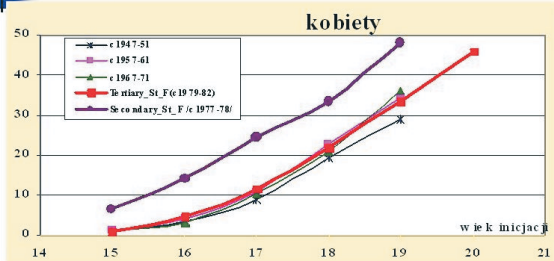
Doświadczenia seksualne dla wybranych kohort urodzeniowych
 pokolenie rodziców (1947-51, 1957-61, 1967-71)
 pokolenie młodzieży (1977-78, 1979-82)
 Sexual experiences for selected birth cohorts



(% osób, które miały doświadczenie inicjacji seksualnej w danym wieku według roku urodzenia)

Źródło: Obliczenia własne na podstawie FFS 1991, Badania uczniów 1996 oraz Badania studentów, 2002

Doświadczenia seksualne dla wybranych kohort urodzeniowych
 pokolenie rodziców (1947-51, 1957-61, 1967-71)
 pokolenie młodzieży (1977-78, 1979-82)
 Sexual experiences for selected birth cohorts



(% osób, które miały doświadczenie inicjacji seksualnej w danym wieku według roku urodzenia)

Źródło: Obliczenia własne na podstawie FFS 1991, Badania uczniów 1996 oraz Badania studentów, 2002

Te postawy przekładają się na zachowania młodzieży. Prezentuję tu kilka linii dla porównania. Te trzy linie na dole to pokolenie rodziców, czyli osoby, które urodziły się w latach 1947 – 1951 do 1967 – 1971. Są to wyniki dużych ogólnopolskich badań reprezentacyjnych. Ukazują odsetek osób, które podjęły współżycie w danym wieku. Jeśli przyjrzymy się bardziej uważnie, to w pokoleniu rodziców w wieku osiemnastu lat – są to dane dla mężczyzn – ten odsetek kształtował się od 15% do 20%. W wieku dziewiętnastu lat już około 30 – 40%.

Linia czerwona i górna, fioletowa, obrazują zachowania już bardziej współczesnej młodzieży. Górna linia dotyczy wyników badań przeprowa-

dzonych wśród uczniów szkół średnich. Widzimy, że jeśli chodzi o inicjację seksualną, granica obniżyła się mniej więcej o dwa lata. Taki sam jest odsetek osób podejmujących współżycie w tej chwili w wieku siedemnastu lat, jak w pokoleniu rodziców w wieku lat dziewiętnastu.

Podobne wyniki mamy w przypadku dziewcząt. Tu zwraca uwagę linia czerwona, która obrazuje zachowania studentek. Widzimy niewielkie różnice. Jeśli chodzi o wiek inicjacji, odsetek młodych dziewcząt studiujących podejmujących życie seksualne jest podobny jak w pokoleniu rodziców. Jest to o tyle interesujące, że wskazuje, iż młodzież ucząca się, studiująca, zajmująca rozwijaniem nie zawsze ma czas i nie jest zainteresowana wchodzeniem w takie związki seksualne w takiej skali, jak to się odbywa na poziomie szkoły średniej.

Przedstawię jeszcze bardziej szczegółowe zestawienia. Są o tyle istotne, że mówimy tu o profilaktyce HIV, a więc spójrzmy na dane dotyczące liczby partnerów – czy był to jednorazowy związek seksualny, czy też są one dość regularne i powtarzane. To są wyniki badania CBOS ostatnich klas szkół średnich: licea, technika, szkoły zawodowe. Jak widzimy, wzrasta odsetek osób utrzymujących dość regularnie takie kontakty seksualne, a maleje tych, którzy nigdy nie mieli związków seksualnych; zarówno w odniesieniu do chłopców, jak i dziewcząt.



Jeśli nie jest to dla Ciebie zbyt krępujące pytanie, napisz, czy utrzymujesz stosunki seksualne?	Chłopcy				Dziewczeta			
	'88	'94	'96	'98	'88	'94	'96	'98
	w procentach							
Tak, dość regularnie	8	14	12	14	2	8	10	13
Tak, od czasu do czasu	26	31	29	29	7	14	17	16
Nie, ale miałem(am) już pierwszy stosunek	10	13	11	11	4	8	8	9
Nie, nigdy nie miałem(am) stosunku seksualnego	34	27	32	27	69	55	54	50
Odmowa odpowiedzi	22	14	16	20	18	15	11	11

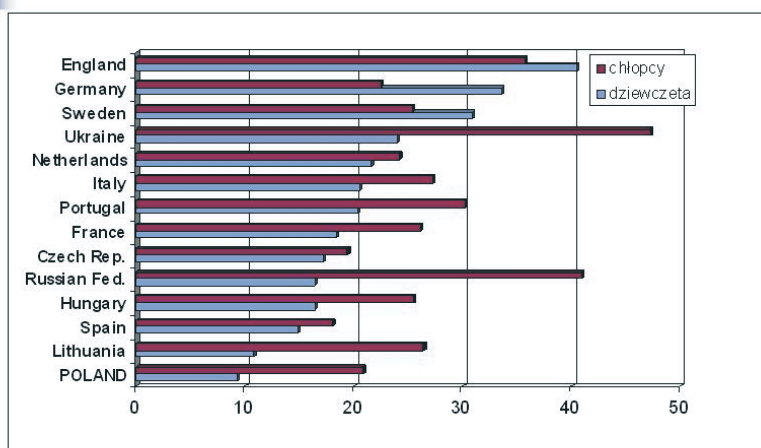
**Badania CBOS "Młodzież '88, '94, '96, '98-
Uczniowie ostatnich klas szkół średnich: liceów,
Techników i szkół zawodowych**

Jeśli nie jest to dla Ciebie zbyt kłopotliwe pytanie, napisz, czy utrzymujesz stosunki seksualne?	Typ szkoły			
	liceum ogólnokształcące	technikum	liceum zawodowe	zasadnicza szkoła zawodowa
	w procentach			
Tak, dość regularnie	13	18	12	10
Tak, od czasu do czasu	21	23	24	23
Nie, ale miałem(am) już pierwszy stosunek	7	9	11	11
Nie, nigdy nie miałem(am) stosunku seksualnego	46	36	36	36
Odmowa odpowiedzi	13	14	17	20

**Badania CBOS "Młodzież '88, '94, '96, '98-
Uczniowie ostatnich klas szkół średnich:
liceów (średni wiek 18 lat),
techników(19 lat) i szkół zawodowych (17 lat)**

Autorzy tego badania zrobili też zestawienie w zależności od typu szkoły. Jest to zestawienie podobne do tego, jakie mieliśmy dla studentów i po-

Zachowania młodzieży – % uczniów 15-letnich, którzy mieli doświadczenie inicjacji seksualnej- porównanie międzynarodowe



Na podstawie: Health Behaviour in School-aged Children Study, 2001-2002

zostałych osób, a mianowicie w liceach jednak inicjacja odbywa się później i odsetek osób wchodzących w związki seksualne jest niższy. Warto jeszcze zwrócić uwagę na pewne inne aspekty: inny wiek inicjacji jest w liceach, w technikach, w liceach zawodowych. Okazuje się, że większą grupą ryzyka podejmowania wczesnych związków seksualnych są uczniowie szkół zawodowych.

W zestawieniu międzynarodowym – mam tu głównie dane dotyczące krajów europejskich, które wybrałam z tego międzynarodowego badania, a to badanie było prowadzone przez stronę polską – można znaleźć na ten temat artykuły pani profesor Wojnarowskiej – widzimy, że zachowania

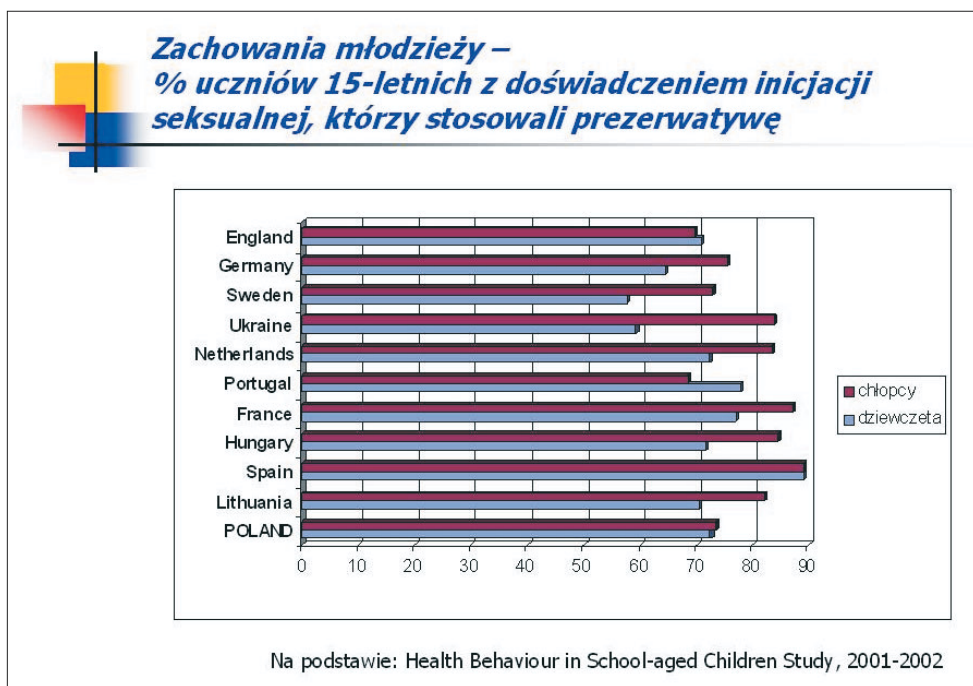
Stosowanie antykoncepcji					
kobiety	FFS'1991			bad.,1996	badan., 2001.02
	c 1947-51	c 1957-61	c 1967- 71	c 1978-81	c 1979-82
<i>no method</i>	59,3	56,2	50	22,3	8,3
Withdrawal	13,7	13,8	16	22,3	9,5
Periodic abstinence	16,1	18,1	16,6	6,4	2,8
Condom	7,2	6,5	11,2	55,7	59,9
Pill	2,4	2,5	2,1	3,8	18,3
IUD	0,4	1,4	1,3	0	0
Other	1,3	1,5	3	6,4	1
mężczyźni	c 1947-51	c 1957-61	c 1967- 71	c 1978-81	c 1979-82
	49,3	45,3	39,2	19,7	10,2
<i>no method</i>	49,3	45,3	39,2	19,7	10,2
Withdrawal	19,1	20,8	18,6	10,1	5,6
Periodic abstinence	8,9	8,5	8,1	4,8	3,3
Condom	20,5	23,9	29,4	68,8	70,2
Pill	0,7	0,6	2,2	6,3	9,4
IUD	0,5	0,5	0,3	0	0
Other	1,1	0,6	2,4	5,3	0,3

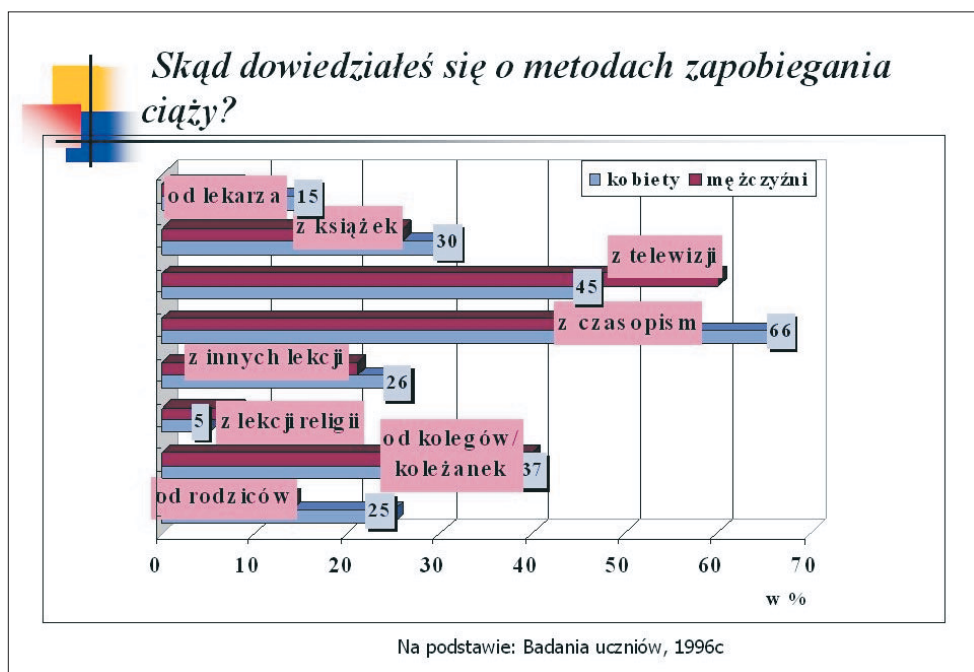
osób młodych, piętnastoletnich uczniów w Polsce w porównaniu do innych krajów są inne. To znaczy w szczególności młode dziewczęta w Polsce mają mniej doświadczeń seksualnych niż w innych krajach. Były tu prezentowane dane dla Anglii i wykres właśnie potwierdza wczesną inicjację uczniów w szkołach angielskich: w przypadku dziewcząt wskaźnik wynosi 40%; powtarzam, dotyczy to uczniów w wieku piętnastu lat. W odniesieniu do chłopców, jeśli chodzi o sferę seksualną w krajach Europy Wschodniej, w przypadku Ukrainy i Rosji jest to powyżej 40%.

Stosowanie antykoncepcji bardzo się zmieniło. Pierwsze trzy kolumny to jest to, co określiłam jako pokolenie rodziców. Stosowanie antykoncepcji przy pierwszych związkach seksualnych, w szczególności mężczyzn. Wyróżniłam linię dotyczącą zastosowania prezerwatyw. Jak widzimy, w pokoleniu rodziców było to 20% – 30%. Jeśli przejdziemy do obecnych zachowań i stosowania antykoncepcji, to okazuje się, że jest to dominująca i bardzo powszechnie stosowana metoda – 70%. To było badanie piętnastoletnich uczniów stosujących antykoncepcję. Wśród dziewcząt bardzo wzrasta stosowanie środków hormonalnych. Można więc powiedzieć, że prezerwatywy stały się środkiem dominującym, jeśli chodzi o antykoncepcję młodzieży w Polsce.

Czasem mówi się, że Polacy nie stosowali i nie stosują antykoncepcji. Nie jest to prawdą. To, że dane mówią, że 50% nie stosowało antykoncepcji w pokoleniu rodziców, wynika z faktu, że na ogół te osoby podejmowały współżycie będąc już w związkach małżeńskich.

Teraz omówię stosowanie antykoncepcji wśród uczniów piętnastoletnich, na podstawie przeglądu międzynarodowego. Jak państwo widzicie, jeśli chodzi o stosowanie prezerwatywy, mamy bardzo zbliżone wyniki w większości krajów, od 70% do nawet 90%. Można stąd wyciągnąć wnioski, że gdy chodzi o środki antykoncepcyjne, nastolatki są wyposażone





w wiedzę instrumentalną. Najbardziej znane i stosowane są prezerwatywy i tabletki antykoncepcyjne. Nie znają na ogół żadnej z metod naturalnych.

Slajd, który pokażę, mieści się w kontekście prowadzonej tu dyskusji „Skąd dowiedziałeś się o metodach zapobiegania ciąży?”. Gdybyśmy szukali źródła wiedzy, jakim są lekcje w szkole, to daje około 25%. Na ogół dostarczają jej media, czasopisma, telewizja. Książki, lekarz też nie dominują. Wyróżnia się jeszcze udział kolegów i koleżanek, a niewielki jest udział rodziców.

Mam dane z artykułu T. Rylko z 1958 roku. Okazuje się, że uwarunkowania wczesnej inicjatywy seksualnej są tak podobne, że możemy je ciągle powtarzać: wcześniejsze dojrzewanie młodzieży, brak ogniska domowego, zanik autorytetów,

Uwarunkowania

- T. Rylko w 1958 roku pisać o kryzysie seksualizmu młodzieży, obejmującego:
 - spadek wiary w prawdziwą miłość
 - kryzys tradycyjnych form małżeństwa
 - kryzys wiary w czystość i jej potrzebę
- podał kilka przyczyn takiej sytuacji, a wśród nich:
 - wcześniejsze dojrzewanie młodzieży
 - brak ogniska domowego
 - zanik autorytetów wychowawców
 - proces migracji i wyobcowanie ze środowiska
 - brak uświadamienia lub niewiedza
 - alkohol
 - cynizm
 - emancypacja
 - pornografia
 - kryzys wiary

Uwarunkowania

Czynniki współwystępujące ze zwiększonym ryzykiem inicjacji:

- częsty kontakt z alkoholem
- odwiedzanie stron pornograficznych
- wychodzenie na dyskoteki
- niepowodzenia w szkole
- atrakcyjność fizyczna kobiet i aktywność fizyczna mężczyzn

Czynniki wspomagające wstrzemięźliwość:

- System wartości i norm wynikający z przekonań i życia religijnego młodzieży.
 - Religijność jest szczególnie istotna na poziomie decyzji o podjęciu współżycia seksualnego, nie ma natomiast wpływu na dalsze postępowanie np. wybór metody zapobiegania ciąży.

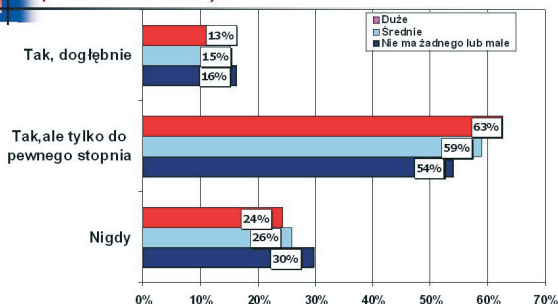
proces migracji, brak uświadomienia, alkohol, cynizm, emancypacja, pornografia, kryzys wiary. Dokładnie takie same otrzymujemy w naszych badaniach, a więc: kontakt z alkoholem, strony pornograficzne, dyskoteki, niepowodzenia w szkole, a także atrakcyjność fizyczna kobiet i aktywność fizyczna mężczyzn. Nie mówię, że te czynniki miały wpływ na wczesną inicjację, ale z nią współwystępowały.

Doświadczenie inicjacji i liczba dotychczasowych partnerów a znaczenie religii

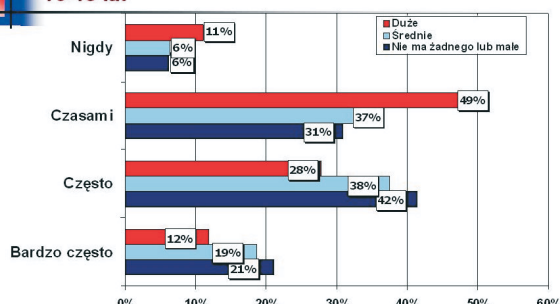
Płeć	Znaczenie religii	Liczba partnerów (w %)				
		0	1	2	3	4+
Mężczyźni	Nie ma żadnego lub małe	27	22	15	13	22
	Średnie	34	21	15	11	19
	Duże	66	19	6	3	6
Kobiety	Nie ma żadnego lub małe	27	36	11	10	16
	Średnie	38	37	13	7	5
	Duże	70	22	4	2	2

Wśród czynników zaporowych jedynym, który powtarzał się w tych badaniach, jeśli było pytanie o system wartości, okazało się, że szczególnie istotne na poziomie decyzji o podjęciu współżycia seksualnego młodzieży jest życie religijne. Tym slajdem potwierdzam to stwierdzenie. Jeśli religia nie ma żadnego znaczenia, liczba osób, które podjęły współżycie, jest bardzo duża, odsetek mężczyzn i kobiet wynosi 70%, a nawet więcej. Jeś-

Rozmowy z rodzicami o dojrzewaniu płciowym (w wieku 14-18 lat)



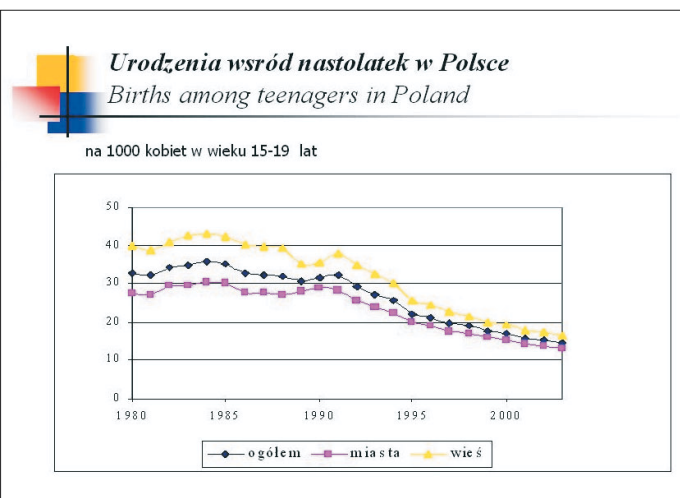
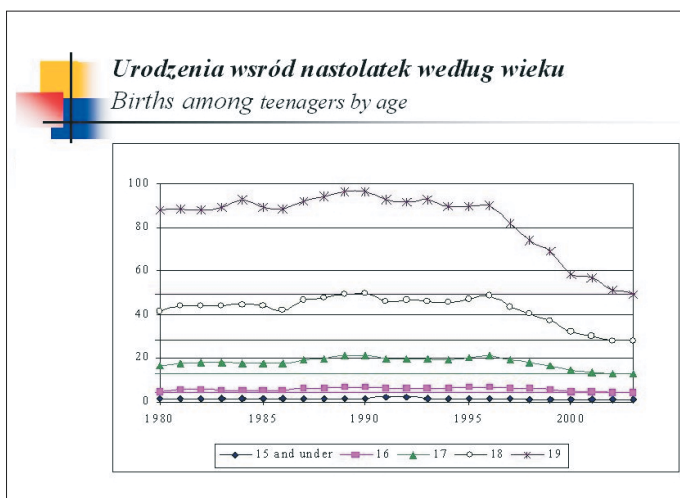
Otwarte rozmowy o seksie z przyjaciółmi w wieku 16-18 lat



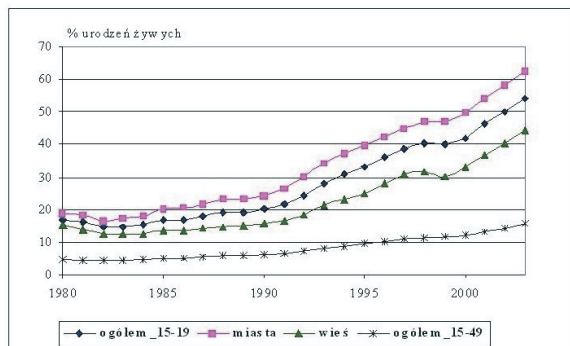
li religia ma duże znaczenie, te proporcje się odwracają. Także liczba partnerów, która, jak wiemy, ma związek z możliwością zarażenia, zwiększa się w przypadku, gdy religia nie ma żadnego znaczenia.

Konsekwencje, o których chciałabym tu jeszcze wspomnieć, to przede wszystkim, ryzyko zarażenia się chorobami przenoszonymi drogą kontaktów płciowych i późniejsza bezpłodność, zachorowania na nowotwory i o czym jeszcze nie było mówione, to ciąża i wczesne macierzyństwo. Jest to też ryzyko komplikacji u dzieci z powodu niedorozwoju fizycznego matek, niska waga urodzeniowa dzieci, urodzenia przedwczesne, urodzenia pozamałżeńskie i przerwania ciąży, wczesna „kariera małżeńska”, trudności z kontynuacją nauki.

Liczba urodzeń wśród nastolatek w Polsce zmniejsza się. W liczbach absolutnych jest to od ponad trzydziestu tysięcy do około dwudziestu tysięcy (dane z lat 2003, 2004), czyli jest to bardzo pozytywne zjawisko. Jeśli chodzi o urodzenia wśród nastolatek, takie samo jest natężenie w miastach i na wsi. Największy udział mają tu osoby w wieku osiemnaście, dziewiętnaście lat. Jak widzimy, spadek w grupach najmłodszych: piętnaście, szesnaście, siedemnaście lat nie jest znaczący. Na przykład w 2004 roku swoje pierwsze dziecko urodziło prawie trzysta dziewczynek w wieku piętnastu lat i mniej, w wieku szesnastu lat około tysiąca, a siedemnastu – około trzech tysięcy. Rośnie natomiast liczba urodzeń pozamałżeńskich. W miastach w grupie piętnaście – dziewiętnaście lat jest to już powyżej 60%.



Urodzenia pozamałżeńskie w wieku 15-19 lat *Births out of wedlock*



Dla porównania – jeśli chodzi o urodzenia wśród nastolatków w Polsce, statystyki są na średnioeuropejskim poziomie, jeśli brać pod uwagę całą Europę. Jeśli porównamy się z sytuacją w krajach zachodnich, w Polsce urodzeń wśród nastolatków jest więcej dwa, a nawet trzy razy. W porównaniu do Stanów Zjednoczonych w Polsce jest zdecydowanie mniej. Na Ukrainie zaś ten poziom jest bardzo wysoki.

Jeśli mówimy o programach, mówi się o sukcesie, jeśli chodzi o programy dotyczące zapobiegania ciąży i urodzeniom wśród nastolatków chociażby w Szwecji czy w Holandii. Rzeczywiście, liczby to obrazują. Ten sukces był związany między innymi z tym, że był jednorodny program. Była kampania, którą w pełni akceptowali rodzice, podobnie media i szkoła. Tego nie można powiedzieć o sytuacji w USA ani o sytuacji w Polsce.

Urodzenia wśród nastolatków w innych krajach *Births among teenagers – international review*

Kraj	Rok	Urodzenia na 1000 kobiet w wieku 15-19
Szwecja	2001	7
Francja	2000	10
Hiszpania	2000	9
Holandia	2001	7
Włochy	2000	7
USA	2000	49
Ukraina	1998	41
Rosja	2001	28
Polska	2001	16

Podsumowując: W Polsce trwa proces przejmowania przez młodzież zachodnich wartości i zachowań, propagowanych przez media, w tym obrazu ludzkiej seksualności. Istnieje wielość programów i propozycji dotyczących wychowania. Na szczęście jest też coraz więcej programów propagujących chociażby to, o czym tu dzisiaj państwo mówiliście, czyli np. model ABC czy nowy program „Warto czekać”. Dobrze, że takie programy są. One się będą rozwijać. Brak jest wartości, które w jednoznaczny sposób byłyby przedstawiane, reprezentowane przez środowiska rodzinne, szkołę, środowisko rówieśnicze, wychowawców i medialnych idoli. Powoduje to dysonans między tradycyjnymi wzorcami zachowań, odmiennym rytmem życia

i systemem wartości otoczenia, dezorientację młodych ludzi i chaos aksjologiczny. W tej sytuacji młodzi ludzie wybierają najczęściej to, co najbardziej oddziałuje na ich zmysły.

Moim zdaniem, aby pomóc młodzieży w podejmowaniu dobrych wyborów dotyczących przyszłości, w tym odpowiedzialności za zdrowie swoje i innych oraz aby wspierać ich stan dobrego zdrowia, fizycznego, emocjonalnego, społecznego, potrzebny jest spójny program edukacyjny oraz integracja podejmowanych działań. Należy zwracać uwagę na zgodność przekazu na poziomie rodziny, szkoły, środowiska i mediów.

Dziękuję bardzo za uwagę.

Senator Antoni Szymański **Przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej**

Bardzo dziękuję pani Viktorii Wróblewskiej, również za tak potrzebne rozszerzenie tematyki naszego spotkania.

Jestem przekonany, również po tej ostatniej prezentacji, że otrzymaliśmy dzisiaj ogromną dozę wiedzy o tematyce, która nas bardzo interesuje. Oczywiście nie jest to pełny obraz. Musielibyśmy dużo dłużej rozmawiać i przedstawiać różne inne aspekty. Ale to, co było możliwe w danym nam czasie, udało się uzyskać. Myślę, że staje przed nami zadanie określenia, co z tej wiedzy wynika, jakie są najlepsze strategie, jakie strategie powinniśmy stosować wobec młodzieży, tak bardzo zróżnicowanej, jeśli chodzi o problemy, jakimi się zajmujemy.

Wpłynęły do mnie dwa pytania. Pierwsze: Jakie znaczenie dla rozwiązywania afrykańskich problemów mogłaby mieć decyzja Kościoła o dopuszczeniu ograniczonego używania prezerwatyw? Drugie: Co to znaczy, że ONZ przeszacowała dane z krajów afrykańskich z 97% chorych na 3%? Nie chciałbym, żeby te pytania nas zdominowały, bo problematyka naszego spotkania jest znacznie szersza, czyli dotyczy strategii, profilaktyki, zadań, które przed nami stoją.

Kto z państwa chciałby zabrać głos w dyskusji?

Diskusja

Dr Edward Green
Harvard University, USA

Pierwsze pytanie dotyczyło roli Kościoła, a w szczególności polityki o tolerowanym i ograniczonym użyciu prezerwatyw. Wydaje mi się, że widzieliśmy już dobre przykłady tego, że prezerwatywy nie odgrywają tak wielkiej roli w zapobieganiu AIDS, jak się spodziewaliśmy, szczególnie w epidemii uogólnionej, obejmującej znaczny procent społeczeństwa, z jaką mamy do czynienia w krajach afrykańskich i basenu Morza Karaibskiego. Także my jako eksperci w dziedzinie AIDS na pewno przeszacowaliśmy rolę prezerwatyw, a nie doceniliśmy roli promowania abstynencji i wierności. To nie jest kwestia aż tak wielkiej zmiany zachowania. Przecież jeżeli spojrzymy na dane, to w dużym stopniu nie jest to kwestia czy problem zmiany zachowania, bo większość Afrykańczyków to ludzie, którzy obecnie nie angażują się tak bardzo w zachowania ryzykowne. W tej chwili może nie abstynencja, ale monogamia, wierność jednemu partnerowi dotyczy 49 – 50% z nich. Tak więc powinniśmy mówić raczej o promowaniu bezpiecznych zachowań seksualnych, o unikaniu ryzykownych zachowań seksualnych niż o zmianie zachowania. Myślę, że to są kwestie czysto językowe.

Na pewno wielką rolę odgrywają tutaj organizacje religijne. Jeżeli spojrzymy w przeszłość, to w latach osiemdziesiątych i nawet teraz widzimy, że organizacje kościelne, organizacje religijne nie odgrywały wcześniej aż tak wielkiej roli w zapobieganiu AIDS jak obecnie. Na pewno odgrywają bardzo dużą rolę w Afryce, to one niosą pomoc sierotom, ludziom dotkniętym chorobą, to one roztaczają opiekę nad ludźmi dotkniętymi problemem AIDS. Wcześniej organizacje zajmujące się walką z epidemią AIDS nie zapraszały ich właściwie do dyskusji, ale teraz już wiemy, jakie znaczenie

mają abstynencja i wierność, i że mogą być skutecznie promowane, że rola tych organizacji jest potencjalnie bardzo duża i powinna być doceniona. Natomiast współpraca z nimi daje im na pewno przewagę konkurencyjną, ponieważ organizacje religijne mają naturalne predyspozycje, jeśli chodzi o promowanie zachowań ze względu na głoszone nauczanie, na ich misję. Tak więc powinniśmy podkreślać i propagować ich rolę.

Dr Norman Hearst
University of California, San Francisco, USA

Nie jestem pewien, czy dobrze zrozumiałem pytanie o przeszacowanie danych dotyczących przypadków zakażeń wirusem HIV i liczby chorych na AIDS. Ostatnio słyszeliśmy w mediach wiele o tym, że tak naprawdę dane dotyczące liczby zakażonych wirusem HIV, szczególnie w Afryce, nie były wiarygodne, bo były zawyżone. W tej chwili wiemy, że oficjalne dane są na znacznie niższym poziomie. To jest bardzo skomplikowane pytanie techniczne, dotyczące tego, jak tworzono te dane szacunkowe.

W grę wchodzi tu także pewne aspekty polityczne. Chcę dodać, iż można zaobserwować pewną tendencję; organizacje międzynarodowe mają skłonność do uzasadniania własnego istnienia. W tym przypadku „walka z AIDS” jest takim rodzajem uzasadnienia. Może w ten sposób to powiedzmy, aby lepiej zrozumieć problem.

Nie możemy jednak powiedzieć, że ogólnie liczba przypadków HIV/AIDS znacznie się zmniejsza. W niektórych krajach się zmniejsza, a w niektórych krajach już dane wyjściowe były tak wysokie, że obecnie notowany spadek, w świetle naszej obecnej wiedzy, musi wyglądać inaczej. Na szczęście jakość badań i informacji poprawia się.

Dr Edward Green
Harvard University, USA

Jeżeli mógłbym coś do tego dodać, to wizerunek rozwiązłego Afrykańczyka wiąże się też z bardzo wysokimi wskaźnikami, jeśli chodzi o HIV i AIDS. Musimy sobie uświadomić, że mamy głęboko utrwalony stereotyp Afrykańczyka, który w bardzo wczesnym wieku rozpoczyna współżycie seksualne, współżyje z wieloma partnerami, dlatego problem HIV i AIDS wymyka się tam spod kontroli. Wydaje się, że pewne rozwiązania, które

opierają się na promocji abstynencji i wierności, były traktowane jako absolutnie nierealne, ponieważ uważano, że nie brały pod uwagę tego, jacy ci ludzie są. Obecnie dane ukazują nam zupełnie inny obraz Afrykańczyka, niż tego rozwiązłego, zachowującego się w sposób, który powoduje, że problem wymyka się całkowicie spod kontroli.

Dr Wiktoria Wróblewska
Instytut Statystyki Demografii
Szkola Główna Handlowa w Warszawie

Niewątpliwie są problemy ze statystykami – ja jestem też statystykiem, nie tylko demografem – publikowanymi przez ONZ, jeśli chodzi o kraje rozwijające się. Różne agendy będą podawać różne liczby. Ale z drugiej strony są pewne liczby twarde. Na przykład te, które przez panów profesorów były tu prezentowane: 40% kobiet w ciąży, u których wykryto wirusa HIV. Jest to bardzo wymowne. Z drugiej strony są liczby wskazujące na to, że jednak dużo osób jest chorych i zakażonych, co się przekłada na dużą liczbę zgonów spowodowanych przez choroby związane z AIDS. To też są dość twarde liczby, a dotyczą właśnie krajów afrykańskich.

Jeśli chodzi o tych 97%, ja nigdy nie widziałam takich statystyk.

(*Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS Anna Marzec-Bogusławska*: Tam jest chyba 37%).

Chyba 37%, zdaje się, że taka maksymalna liczba była tu prezentowana. Trudno zresztą się ściśle trzymać tego, czy jest to 37%, czy 18%. Ale gdy przełożymy się te dane na miliony osób mieszkających w Afryce, to jednak jest to bardzo dużo. Biorąc jeszcze pod uwagę śmiertelność związaną z tą chorobą, jeśli chodzi o niektóre kraje afrykańskie, jest to sytuacja dramatyczna.

Dr Anna Marzec-Bogusławska
Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS

Ponieważ bardzo wiele tutaj mówimy na temat statystyk związanych z zakażeniem HIV i z chorobą AIDS, pozwolę sobie powiedzieć o pewnym przedziale, bo te dane tutaj nie padły. Otóż Światowa Organizacja Zdrowia i UNAIDS szacują, że na świecie żyje obecnie około czterdziestu milionów osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. Oczywiście podaje się pewien

przedział, ale tak czy inaczej, daje to około czterdziestu milionów osób. Od ponad dwudziestu dwu do dwudziestu pięciu milionów osób już zmarło z przyczyn związanych z HIV/AIDS.

Wracając do tematu naszej konferencji. Ponad siedemnaście milionów dzieci zostało osieroconych z przyczyn związanych z HIV/AIDS. Przy czym jako osoby osierocone organizacje międzynarodowe w statystykach podają tylko podwójne sieroty, czyli dzieci, które straciły oboje rodziców z przyczyn związanych z HIV/AIDS. Warto też powiedzieć, że są prognozy, że jeżeli ta sytuacja nie ulegnie zmianie, to do końca roku 2010 będzie być może na świecie już ponad trzydzieści trzy miliony dzieci, które oboje rodziców stracą z przyczyn związanych z HIV/AIDS. Oczywiście nie o statystyki tutaj chodzi, ale mówię to gwoli ścisłości.

Dziękuję.

Robert Waśkiewicz

Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Dorosłym Ofiarom Wykorzystania Seksualnego w Dzieciństwie

Bardzo wiele tutaj wspaniałych rzeczy usłyszałem o profilaktyce na poziomie zachowań powierzchniowym, ale ja się w moim życiu stykam od lat z bardzo wieloma osobami, dla których sprawa ryzykownych zachowań seksualnych, jak promiskuityzm, nie jest kwestią wyboru, ale reakcji na doznana wcześniej, w dzieciństwie traumę seksualną.

Mam następujące pytanie: Jak wygląda profilaktyka przyczyn, a nie przejawów i skutków ryzykownych zachowań seksualnych, czyli przede wszystkim profilaktyka kazirodztwa i nadużyć seksualnych na dzieciach, dla których później promiskuityzm nie jest sprawą wyboru, ale przymusu powtarzania traumy?

Drugie pytanie: Czy istnieją i jakie programy edukujące rodziców, jak kochać i chronić dzieci, a nie je krzywdzić, tak aby nie musiały potem kompensować nadużyć seksualnych i braku miłości w ryzykownym seksie?

Dziękuję bardzo.

Dr Edward Green

Harvard University, USA

Może postaram się odpowiedzieć najpierw na pierwsze pytanie. Krytycy modelu ABC, a szczególnie części A i B, wskazują na ofiary wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie i ofiary uwiedzenia. Wiemy, że nie powinniśmy tutaj przesadzać, ale problem jest naprawdę bardzo poważny. Tak jak pani dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS powiedziała, dane, to widać na przykładzie Botswany, są alarmująco wysokie. Nie chcemy, z jednej strony, przeszacować tych danych, ale z drugiej strony, nie chcemy ich także nie doszacować.

Jak to wyglądało w Ugandzie od strony interwencji? Jeżeli miałbym więcej czasu, mógłbym państwu powiedzieć, jak rząd i organizacje pozarządowe i kościelne w Ugandzie zabrały się do uświadamiania kobietom na przykład, w jaki sposób mogą odmówić stosunku płciowego. Dopiero w połowie lat dziewięćdziesiątych uchwalono ustawę nakładającą sankcje prawne za uwiedzenie nieletnich. Do połowy lat dziewięćdziesiątych, szczególnie jeśli chodzi o uwiedzenie, może nie o gwałt, nie było to traktowane z należytą powagą, nie było wysokich kar, takich jak na przykład kara więzienia za uwiedzenie nieletniej. Tak więc zastosowano też pewne środki prawne, mające na celu ochronę kobiet i dziewcząt.

Mamy też do czynienia z pewnymi czynnościami, które umożliwiają zachowania typu A, B albo C. Weźmy na przykład wykorzystanie prezerwatyw. Jeżeli mamy do czynienia ze społeczeństwem patriarchalnym, gdzie mężczyźni nie chcą używać prezerwatyw, a kobieta nie może im odmówić seksu, sytuacja jest jeszcze gorsza. Kobieta często uważa, że nie może odmówić seksu mężczyźnie, nawet jeżeli podejrzewa, że uprawiał seks z inną kobietą czy odmawia użycia prezerwatywy. Zmiana norm, standardów jest jednak możliwa. Jak pokazuje nam przykład Ugandy, możliwe jest wdrożenie ustawodawstwa chroniącego w znacznie większym stopniu kobiety i dziewczęta.

Dr Szymon Grzelak

Wiceprezes Zarządu Fundacji Homo Homini im. K. de Foucauld

Chciałem trochę się nie zgodzić ze stwierdzeniem, że mówiliśmy o bardziej powierzchownym poziomie. Myślę, że taka masowa edukacja to jest coś, co ma swoją specyfikę. Jest bardzo ważne, żeby masowa edukacja kie-

rowana do młodzieży, z której często większość nie podejmuje kontaktów seksualnych, była prowadzona w taki sposób, żeby za wszelką cenę uniknąć sytuacji, w której będziemy z góry zakładać, że młodzież współżyje i będziemy prowadzić edukację skierowaną również do niewspółżyjących w taki sposób jak do współżyjących. Może więc to nie tyle kwestia powierchowości, co pewnej strategii, w zależności od tego, do kogo kierujemy oddziaływanie.

Specyficzną grupą problemową, w której przyczyną kontaktów seksualnych jest pewien przymus wynikający właśnie z trudnych doświadczeń, jest grupa, do której trzeba podejść zupełnie inaczej. To będą przyczyny sięgające bardzo głęboko. Myślę, że jest tu raczej kwestia pewnego podziału zadań pomiędzy tymi, którzy wychodzą z bardziej masową edukacją, np. lekarzami, którzy przy okazji stykają się z dziewczyną czy chłopakiem, u których tego typu problem się pojawia, a organizacjami wyspecjalizowanymi w pomocy. Czyli powinien istnieć swoisty dobry pas transmisyjny między osobami, które edukują, a osobami, które są w stanie przejąć potem określone trudne osoby do głębszej pracy.

Odnosząc się do drugiego pytania dotyczącego rodziny, rodziców. Rzeczywiście, rodzina jest podstawowym czynnikiem chroniącym, ale może być też podstawowym czynnikiem ryzyka. Może pominąłem ten wątek w odniesieniu do sytuacji na świecie. Nie ma badań, które by oceniały skuteczność różnych form wychowania rodzinnego mających wpływ na to, jak później ci młodzi ludzie się zachowują w sferze seksualnej, które sięgałyby do początków wychowania. Wymagałoby to nieprawdopodobnie złożonych, wieloletnich badań, a nie wiadomo, według jakich kryteriów to robić. Czyli my mamy z innych przesłanek wiedzę o tym, że klucz do sprawy w dużej mierze leży w rodzinie, tylko że w rodzinie wychowującej dziecko od małego. Kiedy więc edukować? A zatem znowu wracamy do problemu: to może edukować młodych ludzi, jak zakładać dobre rodziny. I kółko nam się zamyka.

Krzysztof Wojcieszek

Chciałbym przede wszystkim bardzo podziękować organizatorom za to spotkanie, niezwykle pożyteczne i bogate, które bardzo dużo mi dało. Zajmuję się profilaktyką od wielu lat i jak zrozumiałem przesłanie dzisiejszej konferencji, stoimy oto przed pewnym wyborem. Są pewne czynniki, jak z ostatniego referatu wynikało, które mogą rodzić nowe zagrożenia, a któ-

rych dotąd nie było. Sprawa wyboru strategii, sposobu informowania, metod profilaktyki wydaje się w tym momencie kluczowa.

W związku z tym mam pytanie, chyba głównie do pana profesora Greena, ale może i do wszystkich innych. Otóż mam przekonanie, że istota sprawy mieści się w szerokim obszarze kulturowym. Na przykład w Ugandzie komunikat: „Nie rób tak, bo zginiesz” był istotny z tego względu, że stało za nim przekonanie, że warto żyć. A więc sądzę w mojej praktyce profilaktycznej, że trzeba się starać formować kulturę wokół pewnego stylu życia i że to jest podstawowy kierunek, w którym powinno się zmierzać, czasami nawet bardzo głęboko sięgając do zupełnie podstawowych kwestii, czyli właśnie: warto żyć czy nie. Osobiście jestem zwolennikiem poglądu, że poziom rozpacz w społeczeństwach jest bardzo istotnym czynnikiem pozwalającym przewidywać to, co się będzie w nich działo.

Jestem mocno z troskany o wpływ czegoś takiego jak styl życia związany ze współczesnym marketingiem. Pytanie dotyczy właśnie tego, czy, zdaniem pana profesora Greena, ten styl życia, który wypływa ze współczesnej propozycji kulturowej, takiej marketingowej (jesteś producentem albo konsumentem), ma coś do rzeczy w tej sprawie, czy nie?

Słyszę, że muszę prościej sformułować to pytanie ze względu na barierę językową. Powiem więc tak: badania epidemiologiczne, których kilka było na sali prezentowanych, pokazują, że na przykład w Polsce pewien kryzys w tym zakresie nastąpił na początku lat dziewięćdziesiątych. Na przykład był pokazywany wykres dotyczący kiły, dotyczący inicjacji, ja znam dane dotyczące substancji psychoaktywnych. To się wiązało wyraźnie z wejściem pewnej kultury nowoczesnego marketingu, nakierowanej na konsumpcję, która w Polsce nie była wcześniej tak intensywnie promowana. Upatruję w tym pewnego rodzaju zagrożenie. Moje pytanie dotyczy tego, czy zdaniem pana profesora to, co się wydarzyło w Ugandzie, było związane tylko z jakimś wąskim zagadnieniem, np. współżyć – nie współżyć, i tylko z tą sprawą, czy też wiązało się z szerszym tłem stylu życia, wartości, systemów aksjologicznych? Czyli krótko: czy cała kultura, czy tylko jedno zagadnienie?

Dr Edward Green
Harvard University, USA

Trudno mi jest dokładnie zrozumieć, co pan ma na myśli mówiąc „kultura marketingowa” w kontekście polskim. Spróbuję może zacząć od części dotyczącej Ugandy i roli kultury w tamtejszej sytuacji. Prezydent

Museweni, jego doradcy i współpracownicy doradzający w sprawie tej nowej choroby też najpierw powiedzieli, że jest to choroba amerykańska. „Słyszeliśmy, że jest to choroba głównie amerykańskich gejów, a my przecież tego nie robimy, my w Ugandzie absolutnie nie jesteśmy zagrożeni tą chorobą”. Okazało się, że niestety nie było to prawdą.

Rząd Ugandy, po pierwsze, stwierdził, że tutaj nie ma rozwiązań medycznych i postanowił, że odwoła się do tradycji, które istniały jeszcze w czasach przed modernizacją, przed europeizacją. Odwołał się do tradycyjnych wartości różnych plemion, ceniących wartość dziewictwa aż do ślubu, wierność żonie czy wierność żonom w przypadku poligamii. Stwierdzono, że z pomocą odwiecznych afrykańskich tradycji da się doprowadzić do zmiany sytuacji, będącej następstwem zmian kulturowych, europeizacji, urbanizacji, amerykanizacji czy chociażby działalności mediów, które przyczyniły się między innymi do rozpowszechniania pornografii.

W Republice Południowej Afryki i krajach sąsiednich notowane są bardzo wysokie wskaźniki dotyczące infekcji HIV i AIDS. Jest to również związane z migracjami zarobkowymi. Mieszkańcy terenów wiejskich, przede wszystkim mężczyźni, opuszczają rodziny niejednokrotnie na wiele miesięcy wyjeżdżając do pracy w odległych miastach. W tej sytuacji więzy rodzinne są zrywane, a przypadki rozwodów nierzadkie.

Tak więc rozwiązaniem, jakie przyjęto w Ugandzie, było odwołanie się do tradycyjnych wartości, takich jak małżeństwo i rodzina. Uznano, że należy sięgnąć do innych sprawdzonych, zdrowych rozwiązań miejscowych, bez odwoływania się do rozwiązań i wartości oferowanych przez kulturę świata zachodniego.

W jaki sposób wiąże się to z Polską? Wydaje mi się, że chodzi tutaj o poziom rezygnacji, poziom rozpacz i czy jest związek pomiędzy tym a wzorcami zachowań czy danymi dotyczącymi zakażeń i zachorowań? Wiedząc trochę mniej o AIDS w Europie Środkowej, rozumiem, że transformacja ustrojowa i powstanie społeczeństwa wolnorynkowego w Polsce czy na Ukrainie doprowadziło do bardzo dużej biedy i rozwarstwienia pomiędzy biednymi i bogatymi, bezrobocia, niepewności jutra i dużego poziomu rozpacz wśród młodych osób, które chętnie sięgają po narkotyki. W zakres całego obrazu wchodzi zatem także narkomania, która dwadzieścia lat temu nie była aż w takim stopniu powszechna. Wydaje mi się, że właśnie poziom rezygnacji też ma znaczenie. Ludziom musi się chcieć dbać o zdrowie i zastanawiać się nad swoją przyszłością. Myślę, że to jest też część całego obrazu.

Dr Norman Hearst

University of California, San Francisco, USA

Pracowałem w Brazylii i widziałem, że młodzi, biedni ludzie w Brazylii bardziej obawiali się tego, że zostaną zastrzeleni przez policjanta, że będą ofiarami przemocy niż że ich przyszłość jest niepewna. Obawiali się nie tego, że jakaś choroba, której doświadczą teraz, może ich za dziesięć lat zabić, ale tego, że znacznie wcześniej mogą umrzeć z innych powodów.

Jeśli dobrze zrozumiałem wcześniejsze pytania o problemy związane z zagadnieniem konsumizmu i obrazu rzeczywistości lansowanej przez media, to jest oczywiste, że jeżeli mówimy młodzieży w szkole jedną rzecz, a media i marketing stale ją bombardują przekazem niezwykle mocno nasyconym erotyzmem i seksualnością (pro-sexual marketing), musimy być realistami. Jeżeli w szkole mówimy: „Powstrzymaj się od seksu”, a wszyscy inni ze wszystkich stron zarzucają młodego człowieka informacjami, jak to fajnie jest uprawiać seks, to musimy być realistami. Myślę, że na pewno jest to duży problem.

Dr Anna Marzec-Bogusławska

Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS

W uzupełnieniu pozwolę sobie powiedzieć parę słów. Pana pytanie było interpretowane na wiele sposobów, ale rozumiem, że pytał pan również o szerszy kontekst sukcesu, który odniesiono w Ugandzie. Myślę, że nie sposób tutaj nie podkreślić czegoś, co w języku angielskim określane jest mianem *political commitment*, czyli pewnego przyzwolenia, zaangażowania wszystkich sił politycznych, rządu w połączenie tych sił w walce z epidemią. Połączenie wiedzy i konkretnych wyników badań.

Rzeczywiście, Uganda jest często dawana jako przykład kraju, w którym działania profilaktyczne są coraz bardziej efektywne, ale pamiętajmy, że jest to kraj o wysokiej prevalencji zakażeń HIV, więc tam ta specyfika działań jest też trochę inna. Ale jakkolwiek sukces w tym kraju nie byłby możliwy właśnie bez takiego dużego zaangażowania rządu i prezydenta osobiście, jak słyszeliśmy o tym od przedmówców.

Dziękuję.

Krzysztof Wojcieszek

Dziękuję bardzo. Te odpowiedzi mnie satysfakcjonują, mimo trudności komunikacyjnych. A panu profesorowi Greenowi, już w kuluarach, wytłumaczę, na czym polegały problemy z marketingiem w początku lat dwudziestych w Polsce.

Teresa Król

Zastępca redaktora naczelnego miesięcznika „Wychowawca”

Zwrócę się do pani doktor Anny Marzec-Bogusławskiej jako przedstawicielki rządu. Otóż w latach 2000 – 2003 funkcjonował bardzo dobry program dla młodzieży „Żyję bez ryzyka AIDS” autorstwa pani Grażyny Węglarczyk, która jest tu obecna. To było szkolenie kaskadowe, które objęło kilkanaście tysięcy uczniów, kilka tysięcy nauczycieli. W związku z powyższym myślę, że – co podkreśliła pani doktor – bardzo istotną sprawą jest edukacja. Stąd monit z naszej strony, żeby znowu powrócić do tego programu. Jego kontynuacja jest nader potrzebna.

Dr Anna Marzec-Bogusławska

Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS

Ten program właściwie cały czas jest w pewnym sensie kontynuowany, dlatego że staramy się edukować. Zresztą może pani Grażyna Węglarczyk zechce powiedzieć osobiście parę słów na ten temat, ale proszę pamiętać, że cały czas edukacja jest prowadzona. Kaskadowo edukowani są nauczyciele. Prowadzimy również szkolenia dla kuratorów oświaty i wychowawców, dla nauczycieli, nauczycieli religii. Mówiłam o tym w swoim wystąpieniu, że nauczyciele są tą grupą, która zna młodzież najlepiej. Jeżeli mówimy o edukacji z zewnątrz, a nie o edukacji prowadzonej przez rodziców, to oni są w stanie najlepiej pokierować i stworzyć przekaz informacyjny dla młodzieży, którą znają na co dzień i z którą pracują. Stąd właśnie jak najbardziej i szkolenia nauczycieli, i programy profilaktyczne, których potrzeba będzie zgłaszana do Centrum, będą realizowane.

Bardzo wiele działań profilaktycznych prowadzimy we współpracy z organizacjami pozarządowymi i tę formę chcemy kontynuować.

Ewa Sowińska

Rzecznik Praw Dziecka

Dziękuję wszystkim państwu za zorganizowanie tak wspaniałej konferencji i za zaproszenie.

Chciałam powiedzieć, że jako lekarz z wykształcenia zawsze bardzo wielką wagę przywiązywałam właśnie do działań profilaktycznych i uważam to za naczelne zadanie. Korzystając z tego, że fragment jednej z wypowiedzi sugerował oczekiwanie młodzieży, żeby bardziej dobitnie pokazywać jej zagrożenia, jakie istnieją, chciałabym dopowiedzieć, że wczesna inicjacja seksualna i co najczęściej za tym idzie – wielopartnerstwo i różne inne nałogi, które temu towarzyszą, są też przyczyną – poza zakażeniem HIV – innych zakażeń przenoszonych drogą płciową. W młodym wieku jest niedojrzałość immunologiczna właśnie tej sfery narządów płciowych u dziewcząt. Zakażenia drogą płciową doprowadzają również do raka szyjki macicy. Mówiąc o zagrożeniach, które dzisiaj były omawiane, należy uczulić także na to. To bardzo ważne, żeby już gimnazjalna młodzież to zagrożenie dostrzegała, usłyszała o nim i miała jego świadomość.

Dziękuję bardzo.

Ewa West

Międzynarodowa Fundacja „Wiedzieć Jak”

Nasza fundacja zdecydowała się próbować wprowadzić do Polski program amerykański, program rządowy Luizjany „Wychowanie do abstynencji”. Mamy już wiele rzeczy zrobionych, ale jest to dopiero faza przygotowawcza. Ten program sprawdził się w Stanach Zjednoczonych, sprawdził się w Luizjanie, gdzie znacznie spadła aktywność seksualna młodzieży w ciągu kilku lat od wprowadzenia tego programu. Mam nadzieję, że powinno być ważne dla Polski, żeby tego typu programy wdrażać i u nas.

Dziękuję bardzo.

Dr Dorota Cianciara
Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Poddyplomowego
w Państwowym Zakładzie Higieny

Moja wypowiedź to właściwie komentarz. Pierwszy to taki, że mówiliśmy dzisiaj dużo o pewnych trudnościach czy niebezpieczeństwach wynikających z introdukcji jednych doświadczeń do krajów drugich. Jeśli powiem, że Polska nie jest Stanami Zjednoczonymi Ameryki Północnej, to oczywiście państwa rozśmieszą. Ale Stany Zjednoczone jeszcze do niedawna były krajem, który miał najwyższy wskaźnik ciąż wśród nieletnich. My szczęśliwie do takich krajów nie należymy. Co chcę przez to powiedzieć? Jeśli w Ameryce nastąpił moment, że zaszła potrzeba zmiany paradygmatu w edukacji w tym kierunku, to nie sądzę, żeby Polska doszła do takiego momentu. Chcę powiedzieć trywialnie i kolokwialnie, i może nieco upraszczając, że myśmy w Polsce chyba nie przeżyli epoki „za dużo przekazu C”, tylko „za mało przekazu C”. Nie chcę przez to powiedzieć, że namawiam do propagowania prezerwatyw, ale zwracam uwagę na nierównomierność tych działań, które prowadzono w Stanach i które prowadzi się w Polsce.

Druga rzecz, o której chciałam powiedzieć, to żeby jednak być bardziej pokornym, uważnym i unikać pewnych stereotypów. Otóż na pewno dobre kontakty z rodzicami mają wysoką korelację z rozpoczynaniem życia płciowego, z abstynencją. Ale nie znajdziecie państwo dowodów, że dobre kontakty z rodzicami powodują ową abstynencję; być może są jej skutkiem. Podobnie można powiedzieć, że istnieje bardzo wysoka korelacja między korzystaniem z pornografii a czynnikami ryzyka, ale nie znajdziecie państwo dowodu wprost, że jedno powoduje drugie. Wiemy, że są to czynniki ze sobą skorelowane, wspólnie występujące, ale niekoniecznie jedno musi powodować drugie, co powinno nas skłaniać do pewnej pokory i ostrożności w momencie podejmowania decyzji związanych z programami profilaktycznymi.

Trzecia rzecz, o której chciałam powiedzieć i na co chciałabym zwrócić państwa uwagę, to że wśród wymienionych tu przyczyn, z których w tej chwili zachowania seksualne młodzieży w Polsce się zmieniają, jest jeszcze jeden element, o którym nie mówiono, a który jest równie ważny. Otóż od wielu lat obniża się wiek dojrzewania płciowego, natomiast systematycznie oddala się w czasie decyzję o zawarciu związku małżeńskiego. Jeszcze sto lat temu ludzie dojrzewali w czternastym, piętnastym roku życia, a w osiemnastym lub wcześniej wchodzili w związki małżeńskie, obecnie zaś osiągają

biologiczną dojrzałość, bo nie społeczną ani psychiczną, bardzo wcześnie, a potem mija jeszcze wiele lat, zanim zawrą związek małżeński. To również jest jeden z ważnych elementów, który powinniśmy brać pod uwagę.

Dziękuję bardzo.

Ewa Kowalewska **Human Life International – Europa**

Chciałam zwrócić uwagę na jedno zagadnienie. Myślę, że około dziesięciu lat temu pani profesor Chrabowska, patolog, zwracała uwagę na pewną logiczną prawidłowość dla wszystkich, którzy się zajmują epidemią. Mianowicie wytyczne dotyczące epidemii muszą być jednoznaczne, czyli człowiek, który przestrzega tych wytycznych, musi wiedzieć, jak ochronić swoje zdrowie i życie. I musi być to jasny przekaz dla wszystkich warstw społecznych. Tymczasem w przypadku prezerwatywy ten przekaz był bardzo niejasny, ponieważ był częściowy. Można go porównać do takiego zalecenia jak w przypadku epidemii czerwonki – mycia jednej ręki albo połowy jabłka. Cytuję panią profesor Chrabowską. Ale pomimo uwag naszych lekarzy, że ważny jest pewien styl życia, czyli dokładnie to, o czym dzisiaj mówimy i wspaniale, że o tym mówimy, jest jednak bardzo silna tendencja do myślenia, że prezerwatywa ma załatwić wszystko i wszystko rozwiązuje.

Problem w przypadku rozwiązań problemów w Afryce centralnej istnieje już od kilku lat. Widzieliśmy tutaj dane, które najświeższe były z 2003 roku, a mamy już 2006 rok, czas płynie. Te rozwiązania, które były wprowadzane w Ugandzie, mają już parę lat. Wielu z nas dowiaduje się o tym dzisiaj dzięki tej konferencji, za co jestem niezwykle wdzięczna. Myślę, że to, iż również naukowcy amerykańscy dochodzą do wniosku, że pewna przestrzeń nie była pokazywana i że najwyższa pora, żeby ją omówić i przedstawić na wykresach i w badaniach, jest niesłychanie cenne.

Dla mnie jednak ważne pozostaje pytanie, skąd się bierze pewna ideologizacja tematu zamiast podawania danych? Czy przyczyną tej ideologizacji tematu są pieniądze, które ktoś zarobił na upowszechnianiu prezerwatyw? Bo przecież ktoś je musiał wyprodukować. Dlaczego tak mało mówi się o postawach?

Robię dużo programów na terenie Rosji, Ukrainy i dla mnie jest zupełnie zrozumiałe, że tam jest tak duże zagrożenie epidemiologiczne, ponieważ tamtejsza młodzież została praktycznie pozbawiona fundamentów. Została pozbawiona rodziny, została pozbawiona wiary, została pozbawiona

tradycji rodzinnej, kulturowej i narodowej. I to jest przyczyna. W tej chwili powrót do tych tradycji jest jedynym wyjściem.

Bardzo chciałam podziękować za dzisiejszą konferencję. Myślę, że ona stwarza możliwość racjonalnej współpracy wszystkich środowisk, na podstawie badań faktów, również na płaszczyźnie międzynarodowej. I to jest bardzo dla nas wszystkich ważne.

Serdecznie dziękuję.

Ilona Jachna **Międzynarodowa Fundacja „Wiedzieć Jak”**

Jestem nauczycielem z Łodzi, uczę w liceum. Jestem nauczycielem matematyki, ale także dodatkowo przedmiotu – przygotowanie do życia w rodzinie, który został dobrze przygotowany. Dziesiątki, setki godzin, poświęciłam na to, żeby się przygotować do pracy z młodzieżą, którą w tej dziedzinie jest niezwykle trudno prowadzić, ponieważ wzorce zachodnie są powszechnie przejmowane, tak że nauczyciel, który staje wobec młodzieży i chce wystąpić z nauką Jana Pawła II na temat małżeństwa, który jest przecież wzorcem, autorytetem, staje przed poważnym zadaniem. Jeżeli mówi się o czystości, jeżeli mówi się o tym, że środki antykoncepcyjne nie są bezpieczne dla piętnastoletniej dziewczyny i w konsekwencji niosą bardzo poważne zdrowotne skutki, młodzież tego nie chce słuchać.

Jest też problem dla dyrekcji, gdyż przedmiot przygotowanie do życia jest przedmiotem dodatkowym, czyli młodzież może uczęszczać lub nie na zajęcia. Grupy tworzone są na poziomie międzyklasowym, wobec tego albo zajęcia są przed lekcjami, albo po lekcjach. Do tego uczestniczy w nich mniejszość. A jest taka prawidłowość, że jeśli młodzież ma być w mniejszości, to nawet gdyby chciała coś robić i to jest dobre, ma jakieś hamulce przed większością rówieśników.

A sytuacja jest dramatyczna. Piętnastoletni chłopak proponuje piętnastoletniej koleżance, z którą spotyka się przez rok, rozpoczęcie współżycia seksualnego. Jeśli ta się nie zgadza, on ją po prostu zostawia. To jest powszechne. Jestem matką chłopaków, którzy patrząc na to, co się wokół dzieje, chcą czerpać z tych samych wzorców. I pomimo że wyrastają w rodzinie, z której wynoszą inne wzorce, jest to bardzo, bardzo trudne, by przy nich pozostawali.

Dlatego uważam, że rozwiązania od góry są konieczne i to być powinno zrobione jak najszybciej.

Dziękuję bardzo.

Dr Anna Marzec-Bogusławska **Dyrektor Krajowego Centrum ds. AIDS**

Proszę państwa, zgłoszono dwa pytania. Jaki procent młodzieży został objęty kampaniami Krajowego Centrum ds. AIDS? Przesłaliśmy nasze materiały do sześciuset dziewięćdziesięciu szkół, taki był plan. Dodatkowo mieliśmy zapytania od kilkudziesięciu szkół, w związku z tym jeszcze więcej materiałów zostało wysłanych. Prócz tego Internet oraz bardzo wielu partnerów medialnych. Szacujemy, że ponad 40% młodzieży zetknęło się z kampanią.

Następne pytanie: Czy jest projekt upowszechniania tych danych w środowiskach wyższych seminariów duchownych, wśród organizacji takich jak harcerstwo, stowarzyszenia działające w Kościele i poza nim? Krajowe Centrum ds. AIDS współpracuje z Zakładem Nauki o Rodzinie Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego i w miarę możliwości, według potrzeb i programów tam realizowanych uczestniczymy w szkoleniach.

Dziękuję.

Dr Edward Green **Harvard University, USA**

Szkoda, że nie ma więcej czasu na odpowiadanie na państwa pytania. Ktoś powiedział, że potrzeba nam więcej pokory. Rzeczywiście, nie możemy uważać, że znamy odpowiedzi na wszystko i narzucać pewne rozwiązania innym krajom. Zwróćmy uwagę, że wskaźniki infekcyjne narastają w tej chwili w Stanach Zjednoczonych, zwłaszcza wśród mężczyzn utrzymujących stosunki płciowe z mężczyznami, a my, Amerykanie, jeździmy do takich krajów jak Uganda i mówimy, że wiemy, jak rozwiązać ich problem. A powinniśmy do nich podchodzić z pokorą, bo u nich zachorowalność spadła o 66%, a u nas nie spadła. Przez lata osiemdziesiąte trochę ten wskaźnik spadał, ale w ostatnim okresie, kiedy leki antyretrowirusowe stały się powszechnie dostępne, znowu seksualne zachowania ryzykowne narastają. Tymczasem my jedziemy do Ugandy razem z Bankiem Światowym, z ONZ i ich uczymy.

Pozostawię państwa z taką niepokojącą myślą: wydaje się, że ostatnio w Ugandzie w badaniu populacyjnym wykazano, że mamy już 7% zakażeń HIV, a kilka lat temu szacowano je na poziomie 4%. Opierano dane na podstawie badań seksualnie aktywnych kobiet. Dlaczego wskaźnik wzrósł? Dlatego że przygodny seks stał się bardziej powszechny. Trochę heretycko to zabrzmia,

ale powiem: ponieważ główni fundatorzy nie przeznaczali pieniędzy na strategię A i B. Ostatni program amerykański, na który przeznaczono 15 mln dolarów, kładzie nacisk na A i B, ale pracującym w USAID – ja akurat zaczynałem w USAID – właściwie trudno myśleć według reguł, do jakich nie jesteśmy przyzwyczajeni. Czyli pozostawię państwa z pewnym niepokojem, że po tym, kiedy odniesiono taki wielki sukces, zewnętrzni eksperci chyba trochę zepsuli to i zamienili dobry program na gorszy, który stosowany jest gdzie indziej. I teraz wskaźniki dotyczące infekcji pogarszają się.

Dr Norman Hearst
University of California, San Francisco, USA

Krótko, teraz nie o Ugandzie, ale o Polsce i Stanach Zjednoczonych. Chcę poprzeć niektóre wcześniejsze komentarze, że istnieje wiele aspektów doświadczeń amerykańskich, których na pewno Polska nie powinna naśladować.

Dr Szymon Grzelak
Wiceprezes Zarządu Fundacji Homo Homini im. K. de Foucauld

W wypowiedzi pani doktor Cianciary, w wypowiedzi pani West zauważyłem, że dyskusja zaczęła zmierzać w kierunku konkretnych rozwiązań. Siedzimy tutaj jako grono ludzi, którym zależy na młodzieży i którzy mają jednak zróżnicowane spojrzenie na to, co jest dobrem tej młodzieży i jakie metody przyjąć.

Chciałbym mieć nadzieję, że ta konferencja pomoże w przeniesieniu debaty nad profilaktyką młodzieżową w tym obszarze na poziom, w którym z jednej strony będziemy robili to w szerszej współpracy ludzi różnie myślących, w której będziemy się odwoływali rzeczywiście do sprawdzonych strategii i do twardych danych, ale także w sposób, który będzie odnosił się z szacunkiem i respektem do pojęć, które w atmosferze współczesnej kultury są nowym tabu seksualnym, jakimi są wstrzemięźliwość i wierność.

Dziękuję.

Senator Antoni Szymański

Przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej

Moją rolą jest podsumowanie i podziękowanie. Z tej pierwszej roli zrezygnuję, dlatego że miałem okazję czytać książkę pana Grzelaka i tam podsumowania i wnioski zajmują szesnaście stron. Zachęcam państwa do tego, żeby do nich sięgnąć. Z tymi wnioskami rzeczywiście bardzo się zgadzam. Było zaś tutaj wiele wypowiedzi, które poszerzają również to, o czym mówił pan Grzelak w swojej książce. Nie sposób teraz z powodu braku czasu proponować wniosków z naszej jakże bogatej konferencji.

Senacka komisja zastanawiała się nad programem konferencji. Było wiele głosów wśród senatorów, że jest za wąski, że powinniśmy właśnie mówić o profilaktyce, że powinniśmy mówić więcej o wychowaniu. Ale ta konferencja udowadnia również, że nie można poruszyć wszystkich tematów, więc być może jest to zapowiedź kolejnej konferencji, poświęconej innym aspektom, nie tylko AIDS, chorobom, ale np. temu, jak wczesne zaczynanie współżycia oddziałuje na dojrzałość młodych ludzi i co to znaczy w ich życiu. Nie tylko przez pryzmat chorób, ich dojrzałości, jakości życia i tak dalej. Być może jest taka potrzeba. Widzę, że państwo potwierdzacie aplauzem, że taka potrzeba jest. Przedstawię to oczywiście senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej. Państwa obecność tutaj zachęca nas, żebyśmy się tego podjęli.

Dziękuję wszystkim uczestnikom konferencji, w tym referentom: pani doktor Wiktorii Wróblewskiej, pani doktor Annie Marzec-Bogusławskiej, panu profesorowi Andrzejowi Zielińskiemu, panu doktorowi Szymonowi Grzelakowi oraz gościom, którzy do nas przybyli zza oceanu, panu doktorowi Normanowi Hearstowi oraz panu doktorowi Edwardowi Greenowi.

Dobrze, że ta konferencja pozostawia pewien niedosyt, ponieważ jest szansa na kolejne spotkania, abyśmy ze sobą mogli dłużej rozmawiać i przede wszystkim rozwiązywać problemy, które przed nami stoją.

Dziękuję państwu bardzo za udział w konferencji.