

A oto w skrócie najważniejsze tezy wypracowane w toku dyskusji i pracy warsztatowej.

Za najważniejsze wartości w życiu współczesnej młodzieży młodzi ludzie uznali:

- miłość (*bez miłości nie da się żyć*);
- rodzinę (*rodzina jest miejscem, gdzie realizują się najważniejsze wartości, jest miejscem kształtowania osobowości*);
- przyjaźń (*jest ponadczasowa i trwa wiecznie*);
- wiarę (*ludzie potrzebują wiary, aby funkcjonować na poziomie wyższym niż biologiczny*);
- marzenia (*stawiają cel w życiu, dają szczęście i radość; wiara, że się spełnią, nadaje życiu sens*).

W grupie pracującej pod hasłem *Młodość a seks* zastanawiano się nad naturą ludzkiej seksualności (sfera cielesna, emocjonalna, społeczna, intelektualna, duchowa), różnicami w seksualności chłopców i dziewcząt, motywami wczesnego podejmowania współżycia oraz hamulcami i czynnikami chroniącymi przed jego przedwczesnym podjęciem. Dyskutowano także nad tym, co chroni przed ryzykiem zakażenia HIV (abstynencja seksualna, związek monogamiczny, wierność, prezerwatywa – zmniejsza ryzyko).

W kwestii profilaktyki młodzi ludzie uznali, że ważne jest świadome podejmowanie decyzji o inicjacji seksualnej, szczególnie – jej opóźnianie; ważna jest wiedza o zabezpieczaniu (prezerwatywa, alternatywy dla współżycia), nauka asertywności i wzmacnianie siły woli. Od dorosłych młodzi ludzie oczekują rzetelnej wiedzy (wprowadzanie programów edukacyjnych), wyrozumiałości i tolerancji, zgody na wolność w wyborze poglądów, a także odpowiedzialności w sferze seksualnej.

W grupie pracującej nad zagadnieniem *Żyjący z HIV wśród nas* zastanawiano się nad przyczynami dyskryminacji i odrzucenia osób zakażonych oraz nad sposobami zmiany tego stanu rzeczy i pomocy żyjącym z HIV. Podkreślono wagę bezpośrednich kontaktów z zakażonymi; uznano też, że dobrym źródłem informacji o problemach ludzi zakażonych powinni być psychologowie, lekarze, rodzice, księża, rówieśnicy – wszyscy ci, którzy mają dobry kontakt z młodzieżą, są lubiani i cieszą się zaufaniem i szacunkiem ludzi młodych. Ważne jest, by burzyć stereotypy dotyczące ludzi żyjących z HIV, budować akceptację, informować o braku zagrożenia w codziennych kontaktach; można to robić na wiele sposobów, ilość pomysłów była tu ogromna (spotkania, koncerty, przedstawienia, gazetki, plakaty, audycje w szkolnym radiowęźle, wywiady, konkursy, aukcje itp.). Ważna jest także konkretna, realna pomoc zakażonym (wolontariat, grupy wsparcia). W tej grupie dyskusyjnej zrodziła się inicjatywa powołania młodzieżowej grupy liderów profilaktyki AIDS i wsparcia żyjących z HIV – ukonstytuowała się grupa inicjatywna.

Dyskusja w grupie *Alternatywy – co zamiast ryzyka?* toczyła się wokół określenia takich rodzajów aktywności młodzieży, które nie niosą ryzyka zakażenia HIV. Młodzi ludzie uznali, że ludzie podejmują zachowania ryzykowne z różnych przyczyn: aby przeżyć dreszczek emocji, zapomnieć o problemach, poczuć więź z innymi, pod presją grupy. Szczególną podatność na zachowania ryzykowne rodzi brak dobrych relacji w rodzinie. Debatowano nad alternatywnymi sposobami „podnoszenia poziomu adrenaliny”, zagospodarowania czasu i energii w sposób bezpieczny. Zastanawiano się, jakie pasje mają młodzi i co jest potrzebne, by mogły one być realizowane.

Wyniki prac wszystkich grup przedstawiane były w postaci plakatów, prezentowanych i omawianych na obradach plenarnych podsumowujących konferencję. Grupa *Alternatywy* oprócz plakatów zaprezentowała inscenizację – *performance* na temat najważniejszych przyczyn zachowań ryzykownych i zachowań alternatywnych, nie niosących ryzyka.

6. Wystawa finałowa prac plastycznych – 1-3 października

Wystawę zorganizował Młodzieżowy Dom Kultury im. A. Bursy w Krakowie. Wystawiono ponad 200 prac, wykonanych różnymi technikami i w różnych formach; większość miała formę plakatu. Wystawa cieszyła się dużym zainteresowaniem zwiedzających – według kierownictwa Domu Kultury była najliczniej odwiedzaną

wystawą w roku 2000. Młodzież oglądająca wystawę oddawała głosy na prace oceniane jako najlepsze; tą drogą wyłonieni zostali laureaci konkursu. Podczas wernisażu oraz w czasie zwiedzania wystawy przez zorganizowane grupy (np. całe klasy z nauczycielem) można było obejrzeć formę teatralną, związaną tematycznie z problematyką AIDS. Wykonawcami byli uczniowie liceum, tworzący grupę teatralną przy Domu Kultury. Elementy przedstawienia oraz plakaty zostały wykorzystane przez organizatorów kampanii przy produkcji filmu edukacyjnego dla gimnazjów pt. *Żyję bez ryzyka AIDS*.

7. Konferencja podsumowująca przebieg kampanii – 29 października

Uczestnikami konferencji, która odbyła się w Ministerstwie Edukacji Narodowej, byli liderzy biorący udział w kampanii oraz laureaci konkursu literackiego i plastycznego; na konferencji ogłoszono nazwiska zwycięzców obu konkursów i wręczono nagrody i wyróżnienia. Omówiono przebieg kampanii i wstępne wyniki ewaluacji szkoleń nauczycieli i uczniów. Dyskutowano także nad popełnionymi błędami i sposobami ich uniknięcia w przyszłych działaniach. Występująca w imieniu MEN Jolanta Dobrzyńska, dyrektor Departamentu Kształcenia i Wychowania, wyraziła organizatorom i uczestnikom kampanii wdzięczność za podjęcie trudnej tematyki profilaktyki AIDS i zaangażowanie w jej realizację.

Kampania *Żyję bez ryzyka AIDS* w liczbach:

■ Liczba certyfikowanych liderów, prowadzących szkolenia w ramach kampanii	40
■ Liczba miejscowości, w których odbyły się szkolenia	44
(są to: Chełm, Chodzież, Czarnków, Gdańsk, Iłża, Jarosław, Kalisz, Katowice, Kielce, Konin, Kraków, Krosno, Legnica, Leszno, Lubaczów, Lublin, Miastko, Myszków, Nowy Sącz, Olsztyn, Ostrołęka, Ostrowiec Wlkp., Piła, Poznań, Przemyśl, Radom, Rzeszów, Sanok, Sieradz, Słupsk, Stary Sącz, Suwałki, Toruń, Tarnów, Trzcianka, Wałbrzych, Warszawa, Wejherowo, Włocławek, Wołomin, Wrocław, Zakopane, Zielona Góra, Złoty Potok)	
■ Przeprowadzona liczba szkoleń nauczycieli	100
■ Liczba przeszkolonych nauczycieli	1662
■ Liczba przeszkolonych nauczycieli ze zdany egzaminem	1585
■ Liczba uczniów, którzy odbyli warsztaty (do dnia 23.11)	13099
■ Liczba uczestników Ogólnopolskiej Konferencji Młodzieży	103
■ Liczba uczestników konkursu plastycznego	153
■ Liczba uczestników konkursu literackiego	32
■ Liczba zwiedzających wystawę finałową konkursu plastycznego	ponad 2000

Ewaluacja szkoleń nauczycieli i uczniów

Ewaluacja szkoleń prowadzonych w ramach kampanii przebiegała dwutorowo:

1. ewaluacja szkoleń nauczycieli przez liderów profilaktyki AIDS,
2. ewaluacja zajęć dla młodzieży szkół średnich, prowadzonych przez nauczycieli przeszkolonych w poprzednim etapie kampanii.

1. Ewaluacja szkoleń nauczycieli

Miała ona charakter jakościowy. Po zakończeniu szkolenia nauczyciele wypełniali ankietę dotyczącą oceny kursu: zakresu merytorycznego, metod i form pracy, osoby prowadzącego, atmosfery panującej na kursie, a także przydatności zdobytej wiedzy i możliwości jej zastosowania w pracy szkolnej (wzór ankiety w załączeniu).

Wyniki ankiety wskazują na wysoką ocenę szkolenia przez uczestników: 84 proc. uczestników uznało wiadomości z kursu za bardzo przydatne. 97 proc. uznało, że kurs stwarzał okazję do kształtowania własnych poglądów, większości uczestników kurs stworzył okazję do zmiany postawy wobec zjawisk wiążących się z problematyką AIDS; 60 proc. uczestników za najważniejszą uznało zmianę wobec zakażonych HIV, 19 proc. – zmianę wobec samego siebie. Ponad 75 proc. oceniło kurs jako celujący lub bardzo dobry.

2. Ewaluacja zajęć prowadzonych z młodzieżą

Oceny skuteczności zajęć z młodzieżą dokonano przy pomocy pretestu i posttestu, badających przyrost wiedzy merytorycznej będący efektem zajęć. Jest to pomiar ilościowy. Autorzy projektu szkoleń doszli do wniosku, że krótki czas prowadzonych zajęć (jednorazowo 5 godzin warsztatów) nie upoważnia do badania jakichkolwiek zmian w postawach uczniów – badania odroczone po tak krótkich zajęciach są niemożliwe. W kwestii postaw zbadano jedynie przed i po zajęciach deklarowaną postawę uczniów wobec związku inicjacji seksualnej z miłością i małżeństwem oraz deklarację chęci przejścia przez życie z jednym partnerem (stały związek). Oczywiście w obu przypadkach mamy do czynienia jedynie z deklaracją intencji w momencie badania. W badaniach nie ustanowiono grup kontrolnych – jednorazowość oddziaływań sprawiła, że było to niecelowe.

Ankieta będąca pre- i posttestem zawierała 35 pytań. 33 dotyczyły różnych aspektów wiedzy: 10 – chorób przenoszonych drogą płciową, 15 – dróg zakażenia wirusem HIV i zachowań ryzykownych, 6 – profilaktyki, 2 – stereotypów dotyczących chorych na AIDS. Dwa pytania dotyczyły deklarowanych intencji w kwestii aktywności seksualnej.

We wszystkich przypadkach po zajęciach zaobserwowano znaczący, wysoko istotny statystycznie wzrost ilości odpowiedzi prawidłowych: średnio wynosił on ponad 35 proc. Wyjściowy poziom wiedzy młodzieży był dość wysoki: 52 proc. odpowiedzi prawidłowych w preteście – w postteście wzrosło do 87,5 proc. Ilość odpowiedzi błędnych zmalała z 26,3 proc. do 9,4 proc., zaś ilość odpowiedzi „nie wiem” zmniejszyła się z 21,5 proc. do 3,2 proc. (podane procenty oznaczają wartości średnie ze wszystkich pytań).

W obu pytaniach na badanie deklarowanych intencji ilość odpowiedzi pożądanых wzrosła po zajęciach o ponad 23 proc. (z 62 proc. na 86 proc.); ilość odpowiedzi „nie wiem” zmniejszyła się z 14,5 proc. do 4 proc.

Wniosek: zajęcia spowodowały znaczny wzrost poziomu wiedzy o drogach zakażenia i zachowaniach ryzykownych; pomogły także uczniom skryształizować swoje poglądy w pożądanym wychowawczo kierunku.

Podsumowanie

Realizacja kampanii przebiegła zgodnie z założeniami projektu, liczba przeszkolonych nauczycieli przekroczyła nawet liczbę planowaną. Nie osiągnęliśmy natomiast zaplanowanej liczby przeszkolonych uczniów – ilość zajęć z młodzieżą okazała się mniejsza, niż zakładano, gdyż nie wszyscy przeszkoleni nauczyciele podjęli te zajęcia. Bez wątplenia nasze oczekiwania, że zrobią to wszyscy, okazały się zbyt optymistyczne. Mamy jednak świadomość, że wiedza i umiejętności przekazane nauczycielom nie znikają wraz z zakończeniem kampanii i będą procentować w przyszłości, na lekcjach biologii, wychowania do życia w rodzinie czy na godzinach wychowawczych. Wiem, że wielu nauczycieli bardzo zaangażowało się w problematykę – jest nadzieja, że będą kontynuować zdobywanie wiedzy i aktywność w prowadzeniu działań profilaktycznych.

Myszę, że przeprowadzenie zajęć dotyczących problematyki HIV/AIDS z kilkunastoma tysiącami uczniów szkół średnich można uznać za sukces. Problematyka zakażeń HIV i choroby AIDS zaistniała w szkołach – nie okazjonalnie, około 1 grudnia, lecz jako ważny element oddziaływań profilaktyczno-edukacyjnych. Mamy nadzieję, że podniósł się poziom wiedzy o drogach zakażenia, mamy też nadzieję, że udało się nam wzmocnić motywację do unikania ryzykownych zachowań. Z pewnością efektem długoterminowym kampanii będzie zwiększenie akceptacji osób żyjących z HIV, budowanie empatii i chęci niesienia pomocy potrzebującym. Być może wyłoni się grupa liderów młodzieżowych, którzy podejmą działania edukacyjne wśród swoich rówieśników. Jeśli tak się stanie – organizatorzy kampanii będą w pełni usatysfakcjonowani.

Problematyka poradnictwa okołotestowego

Edward Bożek

Ośrodek Diagnostyki i Terapii AIDS Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie

Test na obecność przeciwciał anti-HIV jest badaniem szczególnym. To nie jest analiza moczu, odośnie do której w każdym podręczniku można wyczytać, że jeśli w moczu jest cukier, to coś jest nie tak, a wizyta u lekarza zazwyczaj rozwiązuje problem. To jest ważne badanie w kontekście tej konkretnej choroby. Choroby, która do niedawna wywoływała przerażenie w całym społeczeństwie. Dopiero ostatnie lata zmieniają wymiar AIDS. Pojawiły się możliwości skutecznego leczenia. Nie jest to jednakowoż choroba jak każda inna. W związku z tym dokonanie samej analizy i przedstawienie pacjentowi jedynie wyniku nie rozwiązuje sprawy. Standardem światowym jest prowadzenie poradnictwa okołotestowego, mówiąc krótko: porady przed testem i porady po teście. Spróbuję powiedzieć, czemu to służy.

Dla kogo prowadzi się poradnictwo? Otóż dla tych osób, które chcą poddać się testowi. Testowanie powinno być dobrowolne, powinno być poprzedzone aktem woli. Pacjent musi chcieć wykonać u siebie test, chcieć wiedzieć, jaki jest jego status, czy jest zakażony, czy nie. Wielu chciałoby badać różne grupy społeczne lub osoby na zakażenie HIV – bez udziału tych osób w podejmowaniu decyzji. Incydentalnie zdarza się, że lekarze podejmują decyzję o przeprowadzeniu testu przy okazji innych badań, nie informując o tym pacjenta. To są sytuacje absolutnie niedopuszczalne. Proszę sobie wyobrazić sytuację, gdy wynik testu jest pozytywny. Co ma zrobić z tym wynikiem lekarz, skoro nie spytał pacjenta o zgodę na przeprowadzenie testu? Jak mu powiedzieć, że jest zakażony, a także, że wykonał test bez jego zgody? A gdzie porada przed testem? Trzeba było ten temat omówić wcześniej.

Gdzie można prowadzić poradnictwo HIV/AIDS? Od strony laboratoryjnej procedura przeprowadzania testu jest względnie prosta. Poradnictwo okołotestowe to po prostu rozmowa z pacjentem, która też nie wymaga jakichś szczególnych warunków: wymaga tylko warunków do kameralnej rozmowy, takiej, w której rozmówcy darzą się wzajemnym zaufaniem i gdzie osoba udzielająca porady jest kompetentna. Pojawia się pytanie, kto powinien prowadzić poradnictwo. Osoba kompetentna nie oznacza koniecznie lekarza. Musi to być osoba, która dostatecznie dobrze zna zagadnienie, aby móc udzielić pacjentowi wyczerpującej informacji na ten temat. W świecie często poradnictwo okołotestowe jest zadaniem nie tylko lekarza, ale też psychologa czy osób nie posiadających wiedzy kierunkowej, osób które same są zakażone – tylko dostatecznie dobrze przygotowanych.

Dlaczego poradnictwo w sprawach HIV jest niezbędne? Już wskazałem jeden z argumentów. Otóż celem testowania nie jest jedynie wykrycie faktu zakażenia. Większość osób, które poddają się testowi, wcale nie jest zakażona. Czemu w takim razie służy poradnictwo? Służy ono głównie profilaktyce, przeciwdziałaniu ryzykownym zachowaniom i możliwym w następstwie tych ryzykownych zachowań zakażeniom. Główną funkcją poradnictwa jest profilaktyka oraz wsparcie psychologiczne dla osoby poddającej się testowi. Takiego wsparcia potrzebują nie tylko osoby, które w ostatecznym rezultacie testowania okażą się zakażone, ale również osoby, które zakażone nie są. Zazwyczaj człowiek nie dlatego się zgłasza, że podjął szczególnie wysokie ryzyko. I to nie ci, którzy podejmują największe ryzyko stanowią główną grupę osób zgłaszających się do testu. Często są to ludzie, którzy zaryzykowali tylko raz, ryzyko było niewielkie. Naprawdę przychodzą oni po wsparcie psychologiczne, ponieważ zupełnie sobie nie radzą z faktem, że zdradzili żonę, że narazili na ryzyko rodzinę, stabilność swojego związku itd. W związku z tym osoba udzielająca poradnictwa musi być gotowa do dawania

wsparcia i takiego pokierowania rozmową, żeby ulżyć cierpieniu psychicznemu przychodzącego człowieka, zaś z drugiej strony, winna spróbować podpowiedzieć mu, jak uniknąć ryzykownych zachowań w przyszłości. Osoba poddająca się testowi potrzebuje praktycznych porad, dotyczących przede wszystkim pożycia seksualnego w różnych wariantach, często potrzebuje porady w swoim byciu narkomana dożylnego. Potrzebuje porady, jak posłużyć się igłą i strzykawką – skoro już to czyni – żeby nie narazić się na ryzyko zakażenia.

W przypadku braku możliwości przeprowadzenia badań testowych nie należy odmawiać porady, bo porada nie służy tylko temu konkretnemu testowi, ale ogólnie profilaktyce.

Jakie są zasadnicze cechy poradnictwa? Poradnictwo powinno być anonimowe. Jest to niezwykle ważne, bo ma dać gwarancję bezpieczeństwa osobie ujawniającej bardzo intymne szczegóły ze swojego osobistego życia, których dekonspiracja może zniszczyć zupełnie jej sytuację życiową, może spowodować śmierć społeczną człowieka. Poradnictwo winno być też bezpłatne, żeby nie było marginesu społeczeństwa, który by nie mógł skorzystać z tego dobrodziejstwa współczesnej techniki laboratoryjnej i poradnictwa. To jest w interesie całego społeczeństwa. Powinna istnieć możliwość nieodpłatnego, anonimowego testowania również dla osób nieubezpieczonych – w takich wypadkach koszty powinno ponosić społeczeństwo, na przykład z funduszy Ministerstwa Zdrowia.

Czemu udzielamy konsultacji przed wykonaniem badań? Jakie problemy powinniśmy poruszać? Otóż osoby, które okażą się zakażone, po teście z lekka głuchną i ślepną. Są oszołomione. Bardzo źle przyjmują informacje, których chcemy im udzielić. W związku z tym musimy im udzielić porady przed testem, żeby zdążyły przyjąć pewną wiedzę. Przed badaniami wspólnie z pacjentem dokonuje się oceny stopnia ryzyka, jakie podejmował. Ale nie tylko. Należy przedyskutować problemy, które nurtują pacjenta. On sam wie, co go boli, co go niepokoi, jakiej wiedzy mu brakuje i czego nie wie. Często jesteśmy nastawieni na to, żeby przekazać pacjentowi określone kwantum wiedzy i perorujemy. To błąd. Powinniśmy prowadzić dialog. Wtedy potrzeby pacjenta, tak w zakresie wiedzy, jak i emocjonalne, będą w lepszym stopniu zaspokojone.

Okazuje się, że poradę udziela się nie tylko osobom, które podejmowały ryzykowne zachowania w takich podstawowych sferach jak aktywność osoby uzależnionej czy współżycie seksualne, ale również osobom o wysokim poziomie niepokoju związanego z wykonywaniem czynności zawodowych, np. pracownikom służby zdrowia. Poradnictwo dotyczy również problemów rodziny.

Pracownicy służby zdrowia mają dwojakiego rodzaju problemy. Istnieje problem związany z ekspozycją zawodową, gdy dochodzi do skaleczenia, uklucia i podobnego ewidentnego kontaktu z materiałem zakaźnym lub potencjalnie zakaźnym oraz kwestia niepokojów ogólnych, związanych z lękiem przed zakażeniem się w związku z wykonywaniem różnego rodzaju czynności, w związku z samą opieką nad pacjentem. Ta druga kategoria problemów dotyczy również rodziny osoby seropozytywnej. Rodzina, żyjąc pod jednym dachem, używając wspólnie różnych przedmiotów w życiu domowym, ma określone niepokoje związane z domniemanym ryzykiem zakażenia. Poradnictwo ma służyć informacją na temat tego, w jakiej sytuacji to ryzyko występuje, a w jakiej nie. Praktycznie służy redukcji lęku osób współmieszkających z osobą zakażoną. Oczywiście dotyczy to również partnerów życiowych i seksualnych, którzy ze względu na współżycie seksualne mogą być bardziej wyeksponowani na ryzyko zakażenia.

Jest kilka specyficznych zagadnień wiążących się z testowaniem: kwestia kobiet w ciąży, niemowląt z podejrzeniami infekcji, karmienia piersią, funkcjonowania dzieci w szkole, funkcjonowania osoby zakażonej w miejscu pracy. Generalnie rzecz biorąc osoby zakażone mogą funkcjonować w społeczeństwie, dzieci mogą funkcjonować w szkole. I funkcjonują. My o tym na szczęście nie wiemy, w związku z tym nasz niepokój jest mniejszy. Rodzą się oczywiście inne problemy. Kto powinien wiedzieć o HIV? Czy powinien wiedzieć nauczyciel, dyrektor, wychowawca? Nie będziemy zakładać osobnych szkół dla zainfekowanych dzieci. Ani nie ma takiej potrzeby, ani nie miałyby to nic wspólnego z humanitaryzmem i godną ludzką postawą. Ryzyko nabycia zakażenia w warunkach szkoły, zakładu pracy powstaje tylko wtedy, kiedy dochodzi do kontaktu

z materiałem biologicznym osoby zakażonej, np. krwią. Profilaktyka ma swoje reguły. Musimy się umówić, że materiał biologiczny tego typu jest materiałem zakaźnym. I to jest jedyny sposób rozwiązania tego problemu.

Nie ma dowodów na to, że wirus może przenosić się drogą oddechową, przez przewód pokarmowy albo przez zwykłe kontaktowanie się osób w domu i poza domem. Nie ma dowodów, które mogłyby sugerować, że HIV przenosi się przez owady, żywność, wodę, korzystanie z toalet, basenów, używanie wspólnych naczyń, sztućców albo urządzeń takich jak telefony czy poprzez noszone ubrania.

Przypominam te oczywistości, bo ze względu na wysoki poziom lęku czasami o nich zapominamy. A informacje, które przekazujemy testowanym, muszą być niezwykle rzetelne. Nie możemy bazować na swoich odczuciach.

Trzeba pamiętać, żeby minął pewien okres czasu między poradą przed testem a wydaniem wyniku i poradą po teście. Powinno to być od 10 dni do 2 tygodni. I tak należy się umawiać z pacjentem, nie wcześniej. Dlaczego? Otóż test nie jest jedną analizą. Standard obowiązujący również w naszym kraju to dwie analizy przeprowadzone testem ELISA i tak zwany test potwierdzenia metodą Western blot, wykonany przez inne referencyjne laboratorium. W placówce, w której regularnie dokonuje się testowania, jeden pacjent otrzymałby wynik po 2 dniach, a inni czekali by 2 tygodnie. Czy ten, który czeka 2 tygodnie nie domyśli się, że jest zakażony albo że są jakieś problemy z jego wynikiem? W związku z tym trzeba zastosować taki sam przedział czasowy. Wtedy mamy możliwość rozegrania tej złożonej kwestii psychologicznej właściwie.

Co daje testowanie? Pomaga rozwiązywać problemy i wyjaśnia wiele złożonych zagadnień samemu zainteresowanemu. Informuje o dostępnych środkach, informuje, że są lekarstwa, że można się leczyć i – gdzie można się leczyć. Dla innych, na przykład dla osoby trudniącej się prostytutką, informacja będzie dotyczyła możliwości uzyskania w ramach profilaktyki prezerwatywy, a także dostępności różnorodnej pomocy socjalnej i medycznej itd.

Ażeby nie doszło w przyszłości do zakażenia, zainteresowany winien zmienić styl życia. Jest to niezwykle trudne i wydaje się samemu zainteresowanemu niejednokrotnie niemożliwe. Porada powinna urealniać te możliwości, pokazywać sposoby zachowania *status quo* z nastawieniem na wyeliminowanie ryzyka. Na przykład taką zmianą jest zmniejszenie liczby partnerów seksualnych, stosowanie zabezpieczeń lub też ograniczenie się – co jest najlepsze – do jednego, wiernego partnera. Ale trzeba urealnić nasze wskazówki, bo kiedy proponujemy komuś cele, a nie są one dostatecznie konkretne i realistyczne, to pacjent nie potrafi z nich skorzystać. Porada winna więc wspierać pacjenta i ułatwiać mu podejmowanie decyzji dotyczących na przykład zmiany stylu życia.

Ponadto porada winna służyć ocenie ryzyka, jakie było podjęte czy wielokrotnie podejmowane. Kiedy oceniamy to ryzyko, powinniśmy uwzględnić częstotliwość i rodzaj zachowań seksualnych, rodzaj stosunków, w tym penetracyjne bez zabezpieczenia, które oceniamy jako zachowania wysokiego ryzyka, a także przynależność do grupy o dużym nasileniu ryzykownych zachowań. Moglibyśmy się ograniczyć do części tych pytań, gdyby pacjenci mówili zawsze prawdę. Jednak często tak nie jest. Ludzie mają różne skłonności, przeżywają różnego rodzaju ograniczenia, wstyd itd. Pacjent deklarując liczbę partnerów seksualnych, może zaniżyć ich liczbę, żeby bardziej nobliwie się zaprezentować, albo też zawyżać tę liczbę, kiedy chce zaprezentować się jako „playboy”. Trzeba brać na to poprawkę. Zdarzają się na przykład geje, którzy przychodzą i mówią, że mieli dwóch partnerów seksualnych i w ogóle historia ich aktywności seksualnej jest bardzo krótka. – A czemu przyszłi? – Bo „właśnie zmienili partnera”. I nagle po 3 minutach rozmowy okazuje się, że bilans się absolutnie nie zgadza. A kiedy klient nabierze troszeczkę więcej zaufania, to ta liczba ulega zwielokrotnieniu i okazuje się, że tak naprawdę to tych bardzo ryzykownych zachowań było więcej. Potem ktoś mówi, że analne stosunki to nigdy w życiu. Kobietom też się to zdarza – i analne stosunki, i takie deklaracje. Po głębszej analizie okazuje się, że jednak taki wypadek się zdarzył, a właściwie to było ich kilka. Trzeba też uwzględnić, do jakiej grupy należy przychodząca osoba. Więźniowie też często deklarują, że nie mieli żadnych kontaktów homoseksualnych, ale przecież wiemy, że zdarza się przemoc. Ofiara przemocy nie lubi się chwalić swoim poniżeniem. Ujawnia to

tylko w dramatycznych okolicznościach, zwykle jednak zaciera ślady przemocy. Trzeba również uwzględnić przypadki transfuzji krwi, transplantacji, ponieważ to też może być przyczyną zakażenia. W naszym kraju służby krwi i transplantologiczne są na bardzo wysokim poziomie, każda próba krwi jest badana, każdy materiał biologiczny przeznaczony do przeszczepu jest badany, niemniej ze względu na ryzyko tzw. okienka serologicznego pewne niebezpieczeństwo jednak istnieje i należy je w naszym wywiadzie uwzględnić. Zakładanie kolczyków czy robienie tatuażu przy używaniu niesterylnych narzędzi też może doprowadzić do zakażenia.

Zawsze oceniamy czynniki psychospołeczne i zakres uświadomienia pacjenta. Pytamy, dlaczego chce się badać. Często on sam ukierunkowuje wtedy rozmowę. Jeżeli pacjent nie deklaruje z własnej inicjatywy, co go niepokoi, trzeba go niewątpliwie o to zapytać. Trzeba dowiedzieć się, co wie o teście. Jeżeli jego wiedza jest niedostateczna, niepełna czy wręcz błędna, to należy ją uzupełnić lub skorygować; dotyczy to kwestii znaczenia i wiarygodności testu. Trzeba rozważyć, jak pacjent poczuje się po teście, gdyby okazało się, że jest zakażony. Korzystnym rozwiązaniem jest, szczególnie kiedy ryzyko zakażenia jest znaczne, namówienie testującego się, aby po odbiór testu zgłosił się w towarzystwie osoby zaprzyjaźnionej, zaufanej, osoby, której mógłby powiedzieć o tym fakcie i od której mógłby uzyskać wsparcie po opuszczeniu gabinetu.

Ważnym jest ustalenie, co pacjent wie o ryzyku zakażenia, bo jego wyobrażenia na ten temat mogą być przesadne albo też mogą nie uwzględniać wszystkich aspektów ryzykownego funkcjonowania, oraz sprawdzenie, czy pacjent już się testował i dlaczego to czynił. To czasami wyjaśnia albo sugeruje, że w niektórych przypadkach mamy do czynienia z AIDS-fobią, z nadmiernie wysokim poziomem lęku przed zakażeniem. Zdarza się, że pacjent, który zgłosił się do przetestowania, po naszym pełnym wyjaśnieniu odczuwa ulgę: „*Pan mi to tak dobrze wytłumaczył, wie pan, bo ja tu mam wynik swojego testu*” – gmera po kieszeni i wyjmuje ten ostatni test, który wykonał w dniu wczorajszym w innym laboratorium, lub też plik wyników z ostatniego okresu, wcale nie bardzo odległego. I może się okazać, że te ryzykowne zachowania były minimalne albo w ogóle nie wystąpiły, a tylko klient miał tak wysoki poziom niepokoju. Wykonywanie samego testu, bez porady – nie jest właściwym rozwiązaniem. Jeżeli ktoś zdecydował się na badania testowe pozwalające wykryć przeciwciała HIV, należy zapewnić mu konsultację przed i po wykonaniu badania.

Z jakimi zagadnieniami psychologicznymi mamy do czynienia? Na pewno ze strachem o różnym stopniu nasilenia, z poczuciem utraty czegoś, z uczuciem smutku. Bardzo często przyprawia człowieka do gabinetu poczucie winy. Ryzyko, które podjął było niewielkie, mógł to być nawet jakiś jednorazowy kontakt seksualny z użyciem zabezpieczenia albo niepenetracyjne techniki seksualne, które niosą ze sobą mniejsze ryzyko. Pojawiło się jednak poczucie winy – że postąpił niewłaściwie, niegodnie, nieetycznie, grzesznie czy jakoś jeszcze inaczej. Jest ono niejednokrotnie tak silne, że wprawia osobę w ogromny niepokój i zmusza ją do szukania jakiegoś rozwiązania. W przypadku zakażenia pojawiają się reakcje zaprzeczenia: „*To nie mój wynik, ja nie jestem zakażony, to wy coś w tej medycynie macie pokręcone*”. Pacjent ma wysoki poziom niepokoju, jest gniewliwy, gotów obarczać winą za to co się stało kogoś innego. Mogą wystąpić nie tylko myśli, ale i aktywne działania samobójcze. Niektórzy pacjenci uciekają w chorobę, co czasem nazywamy hipochondrią, albo w stany obsesyjne, niepokoje i rozterki duchowe.

Jakie są powody niepokoju osób zakażonych? Przede wszystkim są one zaniepokojone prognozami na bliższą i dalszą przyszłość. Te prognozy dotyczą wielu aspektów życia, nie tylko zdrowia, ale również funkcjonowania w sensie społecznym. Zakażeni obawiają się zarażenia innymi chorobami. Zdarza się, że ktoś równocześnie z zakażeniem HIV zakaża się wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C – szczególnie dotyczy to osób przyjmujących narkotyki drogą dożylną, ktoś może nabyć zakażenie jakąś chorobą weneryczną. Często obawiają się ryzyka zakażenia innych osób wirusem HIV. To podważa mitem, że osoby zarażone celowo i świadomie, na skutek swojego gniewu, złości, desperacji i braku odpowiedzialności są skłonne do zakażenia innych osób. Wręcz przeciwnie, te osoby mają nasilone poczucie odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo innych.

Obawiają się natomiast naszej wrogości, wrogości osób, które mniemają, że nie są zakażone oraz odrzucenia, izolacji, bólu fizycznego, którego się spodziewają w związku z chorobą, śmierci w bólu i bez godności.

Niepokoją się również tym, że jak dotąd zakażenie HIV jest nieodwracalne, po prostu się je ma. Troszczą się o swój stan zdrowia w przyszłości, mimo iż aktualnie czują się dobrze lub doskonale. Obawiają się, jak rodzina poradzi sobie w przyszłości z ich zakażeniem, co będzie z bliskimi po ich śmierci. Obawiają się o dostęp do opieki lekarskiej, w tym stomatologicznej. Media wielokrotnie opisywały doświadczenia zakażonych, którym odmówiono tego dostępu. Chyba do dzisiaj nie jest wystarczająco dobrze w naszym społeczeństwie i naszej służbie zdrowia. Obawiają się utraty prywatności. Obawiają się braku akceptacji społecznej w chwili ujawnienia faktu zakażenia. Boją się, że utracą możliwość normalnego, aktywnego działania. Boją się, że stracą niezależność fizyczną i możliwość zarobkowania.

Osobiście nie namawiam nikogo do życia rozpustnego, grzesznego, ryzykownego, życzę wszystkim ażeby znaleźli swoją „drugą połowę”, żeby to była właściwa połowa i żeby nam odpowiadała i starczyła na jakieś 50 lat. Jednak z różnego rodzaju źródeł, również publikowanych ostatnio przez pana dr. Izdebskiego i innych badaczy wynika, że liczba różnych partnerów seksualnych w naszym życiu jest zdecydowanie większa niż jeden. Z doświadczenia mojej poradni wynika, że partnerami osób testujących się tutaj było średnio 5 – 7 różnych osób. To dowód, że przeciętnie bardzo trudno jest utrzymać wskaźnik liczby seksualnych partnerów na poziomie jednego. Jeżeli więc ktoś nie potrafi utrzymać wskaźnika na tym poziomie i zamierza podjąć współżycie seksualne, które ma charakter przygody, „skoku w bok”, albo nie jest pewien, że to ta jego „druga połowa”, z którą będą sobie wierni do końca życia, to prezerwatywa jest doskonałym zabezpieczeniem.

Cudownych środków nie ma, ale prezerwatywa jest bardzo dobrym zabezpieczeniem, pod warunkiem, że jest właściwie używana. W związku z tym nie pierzemy jej, nie suszymy, nie używamy wielokrotnie, zakładamy ją przed rozpoczęciem stosunku, a nie w trakcie, kiedy gra miłosna trwa od kwadransa. To za późno. Należy ją zakładać, kiedy penis jest wzwiedziony w sposób jednoznaczny. Należy ją rozwinąć do końca, do samej podstawy penisa, na końcu pozostawić wolne miejsce na nasienie. Gdyby przez przypadek prezerwatywa pękła, należy ją natychmiast wymienić. Nie należy jej zwilżać śliną; do tego celu służą lubryfikanty zmniejszające bolesne czasami dla partnerki tarcie. Środki te muszą cechować się tym, że są na podłożu wodnym. Nie może to być jakikolwiek krem, gdyż często bywają one na podłożu tłuszczowym. Tłuszcz uszkadza prezerwatywę w wystarczającym stopniu, żeby stała się ona przenikalna. (Znam przypadek splodzenia dziecka mimo stosowania prezerwatywy – małżeństwo to jednak regularnie używało smalcu zamiast lubryfikantu). Po ejakulacji trzeba przerwać kontakt jeszcze kiedy penis jest w stanie erekcji, mimo iż pojawia się pokusa, żeby bliskość przedłużyć. Ze względu na ryzyko zakażenia nie jest to właściwa postawa. Prezerwatywę należy zdejmować ostrożnie, najlepiej od razu zawiązać i zutylizować w cywilizowany sposób. Przechowywać prezerwatywę należy we właściwych warunkach. Należy kupować ją w placówkach, gdzie sprzedający zapewnia właściwe warunki jej przechowywania. Nie należy używać prezerwatyw, które już samym swoim wyglądem wskazują na to, że nie są pierwszej świeżości, np. sklejonnych, uszkodzonych w jakiś sposób itd.

Ostatnim naszym zadaniem jest udzielenie konsultacji po przeprowadzeniu badań testowych na obecność HIV. Będą one zróżnicowane, w zależności od otrzymanego wyniku: ujemnego, dodatniego czy niejednoznacznego. Z tym wiąże się szeroki temat wsparcia psychologicznego, propozycji pracy z pacjentem, na przykład w grupie terapeutycznej, i innych zagadnień psychologicznych.

Skutki zaniedbań w edukacji seksualnej

Ireneusz Wojaczek

Instytut Edukacji i Terapii Psychoseksualnej Polskiego Towarzystwa Zdrowia Seksualnego w Warszawie

Mimo iż temat pierwotny mojego wystąpienia brzmiał *Skutki zaniedbań w edukacji seksualnej – aspekty kliniczne*, po długim rozważaniu doszedłem do wniosku, że tematyka ta jest tak obszerna, że byłoby ignorancją podjęcie się ujęcia jej w 15-minutowym wystąpieniu. Uznałem, że bardziej przydatne i ciekawsze dla uczestników konferencji będzie omówienie samych zaniedbań w edukacji seksualnej i skutków zaniedbań oraz przedstawienie wybranych problemów społecznych, które według mnie są konsekwencją tych zaniedbań.

Historia wprowadzenia „edukacji seksualnej” do szkół jest tak długa i prawdopodobnie znana nauczycielom, że pozwolę sobie pominąć wszystkie daty i perypetie z tym związane. Przypomnę tylko, że w minionych kilku latach wprowadzony przedmiot *Wychowanie seksualne* zmieniał swoją nazwę, podstawę programową, zmieniały się zespoły oceniające program oraz zmieniali się eksperci w Ministerstwie Edukacji Narodowej. Dlatego nie liczę już na jakąkolwiek stałość, która będzie umożliwiała realizację tego przedmiotu czy pod obecną nazwą, czy też ponownie zmienioną.

Pomijam także w moim wystąpieniu subiektywną ocenę tych stałych zmian, bo badań efektywności realizowanych obecnie treści programowych przedmiotu *Przygotowanie do życia w rodzinie*, nie prowadziłem i nie znam wyników takich badań.

Dla mnie najważniejszą w procesie edukacyjnym osobą jest uczeń – i jego prawa. Tak naprawdę nie ma znaczenia, czy nauczyciel będzie uczył matematyki, czy też przygotowania do życia w rodzinie, bo stając w roli edukatora ma przekazywać wiedzę udokumentowaną naukowo.

Aby jednak przedstawić skutki zaniedbań w edukacji seksualnej, podam kilka faktów pokazujących pewną ciągłość zaniedbań.

- Za pierwsze zaniedbanie uważam wprowadzenie kilka lat temu przedmiotu pod początkową nazwą *wychowanie seksualne* bez właściwego przygotowania edukatorów, którzy mogliby takie zajęcia prowadzić. Mylne jest twierdzenie, że z tą tematyką potrafią sobie poradzić bez dodatkowego przygotowania psychologów i pedagogów szkolni, gdyż:
 - w programach studiów pedagogicznych i psychologicznych nie ma zajęć z szeroko rozumianej seksuologii¹ (nawet na studiach medycznych studenci nie mają zajęć z seksuologii);
 - jedynie w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Zielonej Górze istnieje zakład prowadzony przez dr. Z. Izdebskiego, gdzie studenci uczestniczą w zajęciach z zakresu wiedzy o życiu seksualnym człowieka i, co jest ważne, zdają egzamin ze zdobytej wiedzy;
 - jedynym rozwiązaniem w czasie wprowadzenia przedmiotu do szkół były studia podyplomowe w zakresie wychowania seksualnego, których inicjatorem był prof. dr hab. Andrzej Jaczewski – ówczesny dziekan Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego. Studia te prowadziły od 1994 roku Uniwersytet Warszawski, Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie i Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach²;

¹ Seksuologia (łac. *sexus* – płeć, gr. *logos* – nauka, pojęcie, słowo); źródło: *Seksjatria* K. Imieliński, 1990

² Nie wykazuję tu kursów doskonalących prowadzonych przez ośrodki doskonalenia nauczycieli

- jednorazowo na tychże studiach we wszystkich wspomnianych wyżej uczelniach kształciło się ok. 120 osób, a proces edukacji trwał dwa lata;
- należy podkreślić, że inicjatorem powołania takich studiów nie było Ministerstwo Edukacji Narodowej, lecz prof. Jaczewski, który widział potrzebę edukacji pedagogów w tej jakże trudnej dziedzinie³.

Konsekwencją tych nieprzemyślanych działań jest obowiązek realizowania przedmiotu, do którego nie ma właściwie przygotowanej kadry. Teraz można przecież powiedzieć, że są stale prowadzone kursy kwalifikacyjne. Zapewne są takie organizowane. Pytanie tylko, kto z uznanych autorytetów w zakresie seksuologii prowadzi na tych kursach wykłady i ćwiczenia? Przecież na studiach podyplomowych na przykład z geografii nie uczą specjaliści od filozofii. Więc i na kursach czy studiach, gdzie ma być przekazywana wiedza z zakresu życia seksualnego człowieka powinny prowadzić zajęcia uznane autorytety z zakresu seksuologii i nauk pokrewnych.

- Drugim według mnie podstawowym zaniedbaniem w przekazywaniu wiedzy o życiu seksualnym człowieka jest naruszenie prawa do rzetelnej informacji, zagwarantowanego w Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Bardzo dobrym przykładem była rozpowszechniana w roku 1997 informacja o rzekomych dziurach w prezerwatywach, przez które wirus HIV „przejeżdżał jak po autostradzie”. Pytany przez młodzież oraz nauczycieli o prawdziwość tej informacji skierowałem przez Internet do największych firm produkujących prezerwatywy oraz do instytutów naukowych z różnych krajów zapytania, czy faktycznie prezerwatywy mają wyżej wspomniane dziury. Otrzymałem odpowiedzi, które dementowały „odkrycie”. Do dzisiaj nie dowiedziałem się, kto i w jakim instytucie naukowym stwierdził, że prezerwatywy posiadają takie dziury, że wirus HIV bez problemu pokonuje tę barierę⁴. Dlatego też uważam, że wiedza w zakresie wychowania seksualnego, która jest przekazywana młodzieży, powinna być:
 - rzetelna,
 - potwierdzona dowodami (badaniami naukowymi),
 - dostosowana do wieku uczestników zajęć,
 - wolna od oceny własnej edukatora⁵.

Konsekwencją przekazywania wiedzy w sposób nierzetelny, przekazywania własnych poglądów jako prawd powszechnie uznawanych jest utrwalanie mitów.

- Trzecim zaniedbaniem, które uważam za największe, jest brak edukacji seksualnej (oczywiście w wybranym zakresie) w klasach początkowych szkoły podstawowej. Bardzo dużym problemem społecznym jest przemoc seksualna, której ofiarami są dzieci. Obserwuję, że z każdym rokiem spraw karnych dotyczących przemocy seksualnej wobec dzieci jest więcej. Od kilku lat prowadzę własną statystykę spraw karnych, w których jestem powoływany jako biegły sądowy i liczba ta mnie przeraża:
 - w roku 1996 opiniowałem w 6 sprawach,
 - w roku 1997 opiniowałem w 9 sprawach,
 - w roku 1998 opiniowałem w 16 sprawach,
 - w roku 1999 opiniowałem w 23 sprawach,
 - a potem w samym styczniu 2001 roku opiniowałem w 5 sprawach w zakresie przemocy seksualnej wobec dzieci.

Ofiarami przemocy seksualnej były dzieci w wieku od 3 do 13 lat. Przeważnie ofiary przemocy seksualnej, gdzie przemoc ma miejsce w rodzinie, nie ujawniają jej przez kilka lat. Dzieci nie mówią o przemocy z różnych powodów:

³ Do dnia dzisiejszego studia te prowadzi AWF w Warszawie, UW po rocznej przerwie. AWF w Katowicach po pierwszej edycji tych studiów nie zorganizował dalszego naboru, mimo dużego zainteresowania

⁴ Broniąc skuteczności prezerwatyw jako środka ochronnego przed zakażeniem się wirusem HIV, mam na myśli prezerwatywy posiadające stosowne atesty oraz przyjmuję, że są one używane zgodnie z zaleceniami producenta i nie natłuszcza się ich środkami zawierającymi tłuszcz roślinny i zwierzęcy, co może spowodować obniżenie ich skuteczności

⁵ Jeżeli edukator ocenia na przykład stosowanie przez młodzież prezerwatyw, to powinien zaznaczyć, że jest to jego ocena i jego opinia

- boją się sprawcy;
- sprawcą jest ojciec lub ojczym i dziecko zdaje sobie sprawę, że ujawnienie przemyocy może spowodować ukaranie ojca lub ojczyma, który utrzymuje rodzinę;
- myślą, że nikt nie uwierzy;
- mimo tragedii, która ma miejsce, nienawidząc sprawcy – często jednocześnie kochają sprawcę;
- często nie wiedzą, gdzie szukać pomocy;
- często wstydzą się mówić o tym, co się stało.

Uważam, że każde dziecko powinno znać swoje prawa, a szczególnie prawo do ochrony przed wszelkimi rodzajami przemyocy, co zresztą także jest zagwarantowane w Konwencji o Ochronie Praw Dziecka. Dlatego też powinno wprowadzić się w klasach I-III szkoły podstawowej specjalny program (może nawet w ramach innych przedmiotów), dzięki któremu dzieci otrzymałyby wiedzę:

- o budowie ciała ludzkiego oraz mogły się dowiedzieć, kto i w jakich sytuacjach może dotykać poszczególnych części ich ciała,
- jak unikać sytuacji, które zagrażają ich bezpieczeństwu, szczególnie przemyocy seksualnej,
- jak dbać o higienę ciała,
- jak i gdzie szukać pomocy, gdy coś złego im się stało.

Moje przemyślenia nie są bezpodstawne. W 1997 roku na zlecenie telewizji razem z Grażyną Kasperek przygotowaliśmy i zrealizowaliśmy zajęcia dla klas I-III pt. *Moje ciało to coś ważnego*, które to zajęcia zostały pozytywnie ocenione przez dzieci i ich rodziców. Zajęcia obejmowały:

- nazewnictwo części ciała,
- określanie sfer dostępu do poszczególnych części ciała,
- uwrażliwienie na propozycje składane dzieciom przez nieznanymych podczas drogi do i ze szkoły oraz zajęć pozalekcyjnych,
- informację, gdzie można szukać pomocy, jeśli coś złego się stało.

Rodzice bardzo pozytywnie ocenili prowadzone lekcje i uznali je za bardzo potrzebne. Otrzymywaliśmy informacje zwrotne o konieczności ich kontynuacji.

Konsekwencją omijania zagadnień przemyocy seksualnej będzie dalsza eskalacja problemu dzieci wykorzystywanych seksualnie i skazywanie tych dzieci na osamotnienie w przeżywaniu tej tragedii.

- Kolejnym zaniedbaniem są braki w przekazywaniu wiedzy o handlu „żywym towarem” i prostytucji w celu osiągnięcia korzyści materialnych. Fundacja La Strada, która profesjonalnie zajmuje się pomaganiem osobom, które zostały „sprzedane” do domów publicznych, kilka lat temu przygotowała bardzo ciekawy program edukacyjny dla młodzieży szkół średnich. Program ten przygotowany był bardzo kompetentnie, proponowany był nawet 7-minutowy film o tej tematyce. Jednak zabroniono wykorzystywania tego filmu w placówkach oświatowych oraz w telewizji publicznej. Zastanawiam się do dnia dzisiejszego – dlaczego? Dzięki tym wykładom i prezentacji filmu wiele młodych dziewcząt mogło uniknąć tragedii. Uczniowie naszych szkół tak samo jak my potrafią czytać i znajdują takie oto ogłoszenia: *„Zatrudnimy młodą, ładną dziewczynę w wieku do 19 lat w charakterze kelnerki w Niemczech. Znajomość języka niemieckiego nie jest wymagana”*. Właśnie dzięki takim ogłoszeniom absolwentki szkół średnich trafiają do domów publicznych. Odbiera im się paszporty, bije, gwałci i zmusza do świadczenia usług seksualnych.

W miastach przygranicznych (dotyczy granicy zachodniej) młodzi chłopcy za gratyfikację finansową świadczą usługi seksualne, narażając się na zakażenie wirusem HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Konsekwencją tego może być wzrost zakażeń wirusem HIV wśród młodzieży, a co za tym idzie – wzrost środków, które trzeba będzie przeznaczać na leczenie.

Nie będę odkrywcy, gdy powtórzę znane wszystkim twierdzenie, że lepiej zapobiegać niż leczyć. Dlatego bez względu na to, jakie ugrupowanie polityczne decyduje dzisiaj lub decydować będzie w przyszłości o treściach programowych przedmiotu *Wychowanie seksualne, Wiedza o życiu seksualnym człowieka czy Przygotowanie do życia w rodzinie*, należy korzystać z wszystkiego tego co najlepsze w nauce, religiach, uniwersalnych wartościach etyczno-moralnych i ze wszystkich pozytywnych osiągnięć człowieka, abyśmy w przyszłości nie musieli ponosić konsekwencji naszych dzisiejszych decyzji lub ich braku.

Szanowni Państwo,

Powyższy wykład jest oparty na analizie przeszłych i obecnych programów nauczania, zalecanych podręczników do przedmiotu Wychowanie seksualne, Wiedza o życiu seksualnym człowieka, Przygotowanie do życia w rodzinie, własnych doświadczeń jako edukatora oraz biegłego sądowego w sprawach o przemoc seksualną. Posiłkowałem się także opiniami z ankiet absolwentów podyplomowych studiów wychowania seksualnego, o których piszę w powyższym tekście. Wykład ten nie może stanowić jedyne źródła wiedzy w zakresie zaniechań dotyczących edukacji seksualnej, gdyż formuła wykładu (ograniczony czas trwania) oraz miejsce przeznaczone w publikacji na pisemne przedstawienie problemu nie dają możliwości pełnego przedstawienia tego zagadnienia. Celowo też nie przytaczam wyników różnych badań dotyczących przemocy wśród młodzieży, prostytucji, przemocy seksualnej, gdyż są one dostępne w różnych publikowanych na rynku książkach oraz w Internecie.

Wszystkim zainteresowanym podaję adres e-mail: cpe@post.pl, oczekując twórczej dyskusji.

Refleksje HIV-pozytywne

Joanna Gałąj

przedstawicielka Stowarzyszenia Wolontariuszy wobec AIDS *Bądź z nami*, Warszawa

Długo się zastanawiałam nad tym, co mogłabym przekazać. Będę mówić o HIV/AIDS. O życiu i o tym jak się żyje z wirusem HIV. Czemu tu jestem? Zostałam zaprezentowana jako przedstawicielka warszawskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy wobec AIDS *Bądź z nami* i jest to prawda. Pracuję w stowarzyszeniu 7 lat. Prowadzę grupy wsparcia dla osób żyjących z HIV/AIDS, razem z kolegą jestem koordynatorem programu dla par, w której jedna strona jest stroną zakażoną, a druga jest minusowa. Pracuję w poradni uzależnień i jestem tam terapeutą. Zajmuję się edukacją seksualną, pracuję z młodzieżą, ale to już częściowo przeszłość. Pracuję w programach profilaktyczno-edukacyjnych dla pedagogów, lekarzy i różnych grup społecznych. Jestem też pedagogiem, w tym roku obroniłam pracę. W stowarzyszeniu jestem konsultantką. Dawno, dawno temu pracowałam na bloku porodowym – a więc również i służba zdrowia. Czyli mam kilka zawodów, wszystkiego po kawałku. Swą wiedzę zdobywałam w szkole, w pracy. Natomiast mam jeszcze inną wiedzę, którą zdobyłam nie poprzez szkoły i nie na studiach. Od 12 lat żyję z wirusem HIV. 12 lat. Teraz mam lat 37, odjąć 12, to miałam wtedy 25, to było mniej więcej w 1988 roku. Jestem alkoholiczką, nie piję od 1991 roku. Jestem zakażona HIV i zarabiam na tym. Czyli w świetle słów wcześniejszego wystąpienia dr. Maya-Majewskiego nie mogę być żadnym autorytetem – i właściwie nie chcę nim być. Myślę, że to, co robię, robię w miarę dobrze, z sercem i nie wymagam, żeby stawiano mnie na piedestał.

Bardzo długo zastanawiałam się, dlaczego mnie to spotkało, co się takiego stało, że to właśnie ja? Przecież właściwie pochodziłam z dobrego domu, gdzie wszyscy kochaliśmy się nawzajem. Jestem jedynaczką. Kończyłam dobre szkoły. Miałam stałego partnera, miałam dobrą pracę. Jak to w ogóle się mogło stać, że ja?! Myślę, że takie pytanie pojawia się w głowach wielu osób, które są zakażone. Ja zakażyłam się w 1988 roku. Myślę, że mogę przerzucać trochę odpowiedzialność na kompletny brak wiedzy, jaki był w tamtym okresie, bo w 1988 roku wiedza o HIV/AIDS była taka, że Rod Hardson zmarł na HIV/AIDS, ale to było gdzieś w Ameryce. Gdzie Polska, a gdzie Ameryka! No i były jeszcze Laski, gdzie wiadomo było, że kamienie, spalanie, wyrzucanie z domu. To była cała wiedza.

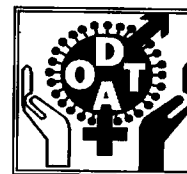
Bardzo często uczestniczę w takich typowo towarzyskich dyskusjach, gdzie dorośli między sobą rozmawiają o HIV/AIDS. I w dalszym ciągu padają stwierdzenia, że osoby zakażone dobrze by było izolować, że same są sobie winne. Że właściwie dobrze by było, gdyby osoby zakażone dbały o życie i zdrowie całego społeczeństwa. Że muszą mówić o swoim zakażeniu. Że jak idą do lekarza, to oczywiście w pierwszych słowach powinny mówić, że są pozytywne, żeby chronić całą resztę. W taki sposób osoby dorosłe przerzucają na moje, bądź co bądź wątpli barki odpowiedzialność za swoje życie i zdrowie. Co mogę zrobić, żeby was chronić? Kompletnie nie wiem. W stowarzyszeniu prowadzimy grupy edukacyjne dla osób zakażonych, ale bardziej są one nakierowane na profilaktykę osób zakażonych, czyli uczą, jak mają one chronić się przed różnego rodzaju infekcjami z zewnątrz, w jaki sposób mają uprawiać bezpieczniejszy seks. Według prawa jedyną osobą, której należy mówić, że jest się osobą zakażoną, jest partner seksualny. I to też przekazujemy w szkoleniach dla pedagogów i lekarzy. Miałabym wiele rzeczy do opowiedzenia o sobie i o tym, co się robi. Bardzo bym chciała, żeby właśnie ta młodzież, która teraz wchodzi w życie, wzięła odpowiedzialność za swoje zdrowie i za swoje życie we własne ręce. I niekoniecznie szukała winnych w osobach trzecich, bo naprawdę, jeżeli sami nie będziemy dbać o swoje zdrowie, to nie wierzę, żeby ktokolwiek mógł to zrobić za nas.

Artykuł ten jest zapisem wystąpienia nagranego podczas konferencji.

Zintegrowany system opieki nad osobami uzależnionymi zakażonymi HIV, realizowany w ODTA w Chorzowie

dr n. med. Marek Beniowski

ordynator Ośrodka Diagnostyki i Terapii AIDS Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie



Przystępując do organizacji ośrodka zajmującego się diagnostyką i leczeniem HIV i AIDS w roku 1994 w ówczesnym województwie katowickim, należało uwzględnić zarówno potrzeby osób żyjących z HIV w zakresie opieki medycznej, jak i specyfikę sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS na tym terenie.

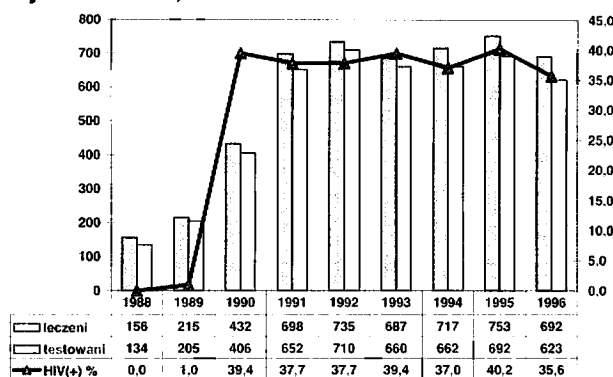
Potrzeby osób żyjących z HIV wymagające zaspokojenia (rodzaje świadczeń):

- medyczne
- psychospołeczne
- socjalne (materialne)

Cameron C., Shepard J. *Providing care*, [w:] Mann J., i wsp. (red.) *AIDS in the World 1992*

Potrzeby tu wymienione mają charakter w zasadzie uniwersalny w odniesieniu do sprawowania opieki medycznej, ale problem HIV/AIDS spowodował konieczność zwrócenia szczególnej uwagi na aspekty pozamedyczne tej działalności, stając się podstawą modelu zintegrowanego – holistycznego – opieki nad osobami żyjącymi z HIV.

Zakażenia HIV w ośrodkach detoksykacji, woj. katowickie, 1988-1996



Wiadomo było, że sytuacja epidemiologiczna zakażenia HIV w woj. katowickim była na początku lat 90. kształtowana przez znaczący odsetek osób uzależnionych w tej populacji. Do 1988 roku, mimo badania narkomanów, w ośrodkach detoksykacji nie wykrywano zakażeń HIV. Pierwszy przypadek zakażenia HIV stwierdzono w roku 1989, ale już w roku 1990 odsetek zakażonych HIV sięgnął 40 proc. i utrzymywał się na podobnym poziomie w latach następnych.

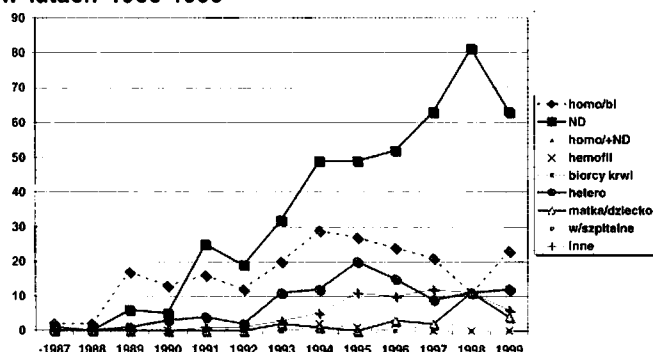
Opieka podstawowa nad ND HIV(+)

- Zakażenia związane z narkomanią dożylną i zakażeniem HIV:
 - TBC: badanie przesiewowe i działania pochodne
 - kiła: badanie przesiewowe i działania pochodne
 - badanie przesiewowe w kierunku HBV i szczepienie; HCV
 - szczepienie przeciw grypie
 - szczepienie przeciw zakażeniu pneumokokowemu
- Opieka specyficznie związana z zakażeniem HIV:
 - ocena rozwoju choroby HIV (CD4, wiremia)
 - profilaktyka PCP
 - terapia antyretrowirusowa

Zadania nowo powstającego ośrodka musiały uwzględnić również elementy podstawowej opieki zdrowotnej, nie tylko kwalifikowanej, nad osobami uzależnionymi, obejmując sferę schorzeń związanych z zakażeniem HIV i z narkomanią dożylną.

O'Connor, P.G. i wsp. *Am.J.Med.* 1992, 93: 382; uaktualnione

AIDS w Polsce w zależności od drogi zakażenia w latach 1985-1999



Dominowanie narkomanów dożylnych w grupie osób żyjących z HIV w Polsce (64 proc. z ogólnej liczby 6616 na koniec 2000 roku) znajduje swoje odzwierciedlenie w zapadalności na AIDS.

Z wykresu przedstawionego obok wynika, że do 1998 roku narastała liczba nowych przypadków AIDS w grupie narkomanów dożylnych, natomiast spadała liczba zachorowań w grupie osób zakażonych drogą hetero- i homoseksualną. Jest to po części następstwem późniejszego niż wśród homoseksualistów rozprzestrzenienia się zakażenia HIV wśród narkomanów. W roku 1999 zaobserwowano odmienną tendencję.

Cel opieki nad osobami uzależnionymi zakażonymi HIV(+)



Należy pamiętać, że opieka nad osobami żyjącymi z HIV będącymi narkomanami poza celem jednostkowym, jakim jest poprawa stanu zdrowia tej grupy pacjentów, uwzględnia również cel społeczny, dzięki ograniczeniu rozprzestrzeniania się zakażeń.

W skład zespołu wchodzi:

- specjaliści chorób zakaźnych
- chirurg
- ginekolog
- psychiatra
- okulista
- terapeuta uzależnień
- psycholog
- pracownik socjalny
- pielęgniarki
- salowe

Utworzony w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie Ośrodek Diagnostyki i Terapii AIDS posiada wielospecjalistyczny zespół, zapewniający pacjentom opiekę stacjonarną i ambulatoryjną.

Opieka

- stacjonarna
 - oddział
- ambulatoryjna
 - poradnia
 - program metadonowy
- pozaambulatoryjna:
 - współpraca z ośrodkami rehabilitacji
 - program wymiany igieł i strzykawek

Obejmuje ona leczenie stacjonarne w oddziale Ośrodka, opiekę ambulatoryjną w poradni Ośrodka, a dla części uzależnionych – udział w programie metadonowym, realizowanym na podstawie specjalnego kontraktu ze Śląską Regionalną Kasą Chorych. Opieka nazwana tu *pozaambulatoryjną* polega na współdziałaniu z ośrodkami rehabilitacji osób uzależnionych oraz na realizowanym ze środków pozabudżetowych programie wymiany igieł i strzykawek.

Kierowanie uzależnionych pacjentów seropozytywnych:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Z: - szpitali - ośrodków leczenia uzależnień - policji - bezpośrednio z ulicy | <ul style="list-style-type: none"> ■ DO: - domu - ośrodków rehabilitacji - hospicjów - poradni Ośrodka |
|---|---|

Uzależnieni pacjenci seropozytywni trafiają celem hospitalizacji do Ośrodka najczęściej z innych szpitali, z ośrodków leczenia uzależnień, choć zdarzają się przyjęcia osób dowożonych przez policję czy trafiających bezpośrednio z ulicy. Po leczeniu pacjenci są kierowani – coraz częściej – do domu, czasem do ośrodków rehabilitacji, sporadycznie do hospicjów, a opiekę ambulatoryjną zapewnia im poradnia Ośrodka.

Kierowanie uzależnionych pacjentów seropozytywnych:

Przyjęcia	172	100%
Czynni ND (% przyjęć)	116	76%
Rozpoczęta detoks. (% czynnych ND)	88	67%
Zakończona detoks. (% rozpoczętych)	43	49%

Konieczność realizacji zintegrowanego modelu opieki nad narkomanami zakażonymi HIV potwierdzały wstępne doświadczenia. Początkowo planowaliśmy, że do leczenia stacjonarnego będą trafiali narkomani po wcześniejszej detoksykacji w odpowiednich ośrodkach. Natomiast w pierwszym roku pracy ponad trzy czwarte przyjęć stanowili czynni narkomani opiatowi, u których w większości przypadków zachodziła konieczność prowadzenia detoksykacji w trakcie realizowanego leczenia somatycznego. I tylko połowa z tych osób detoksykację ukończyła.

ND przyjęci do ODTA/WK w latach 1994-1997

Rok	1994	1995	1996	1997	1994-1997 suma, średnia
liczba osób	44	128	170	124	466
Czynni ND (% przyjęć)	77%	64%	66%	61%	66%
Rozpoczęta detoksykacja (% czynnych ND)	79%	74%	86%	86%	82%
Zakończona detoksykacja (% rozpoczętych)	41%	52%	30%	27%	36%

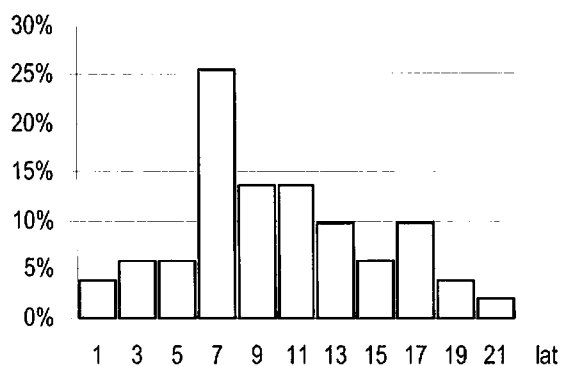
W następnych latach obserwowaliśmy wzrastający odsetek pacjentów wymagających detoksykacji, przy zmniejszającym się odsetku osób tę detoksykację kończących. Z czym związane było owo niekończenie detoksykacji?

Czynni ND hospitalizowani w ODTA/WK w latach 1994-1995 (116 osób) – opuszczanie Ośrodka

ośrodek rehabilitacji	26	22%
do „domu”	24	21%
na własne żądanie	49	42%
dyscyplinarnie	8	7%
zmarli	9	8%

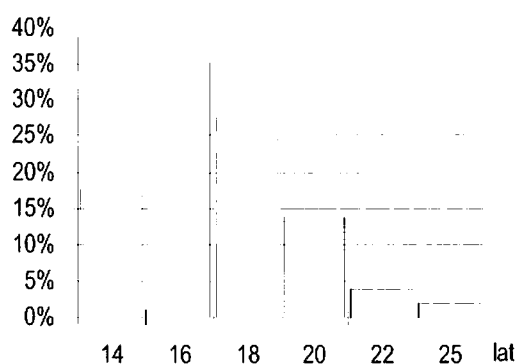
Ponad 40 proc. leczonych w oddziale narkomanów wypisywało się na własne żądanie, a kilka procent usuwano dyscyplinarnie w związku z łamaniem regulaminu Ośrodka – najczęstszym powodem był przemyt środków odurzających do oddziału. Choć należy podkreślić, że odsetek osób kierowanych do ośrodków rehabilitacji (ponad 20 proc.) był porównywalny z odsetkiem narkomanów rozpoczynających rehabilitację po pobycie w ogólnodostępnych oddziałach detoksykacji.

Czas trwania uzależnienia opioidowego ND HIV(+)
(woj. katowickie, n=100, średni okres – 9,6 roku), 1995



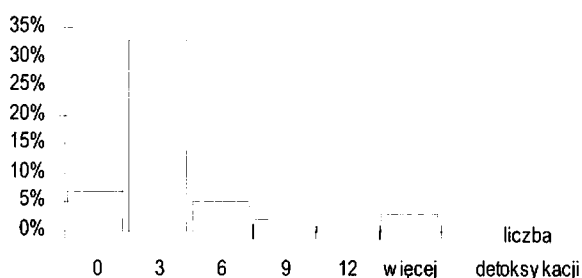
Poszukując przyczyn takiego stanu rzeczy, próbowaliśmy scharakteryzować grupę osób uzależnionych będących naszymi pacjentami. Były to zwykle osoby o długim stażu uzależnienia opioidowego (prawie dziesięcioletnim),

Wiek inicjacji opioidowej ND HIV(+)
(woj. katowickie, n=100, śr.=16,6 roku), 1995



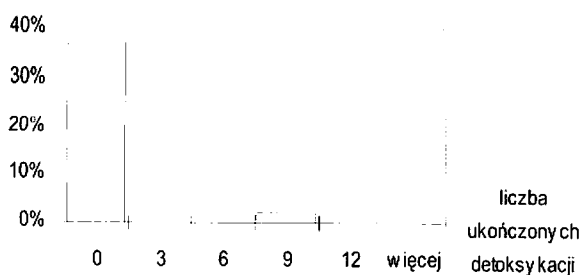
które rozpoczynały przyjmowanie dożylnie narkotyków wcześniej, przeciętnie poniżej 17 roku życia;

Detoksykacje rozpoczęte ND HIV(+)
(woj. katowickie, n=100, średnio 59 razy/100 osobolat)



osoby, dla których podejmowanie prób detoksykacji było bardziej składową przewlekłego procesu chorobowego, niż faktyczną próbą rozpoczynania leczenia. Ilość prób podejmowania leczenia wynosiła przeciętnie 59/100 osobolat,

Detoksykacje ukończone ND HIV(+)
(woj. katowickie, n=100, średnio 18 razy/100 osobolat)



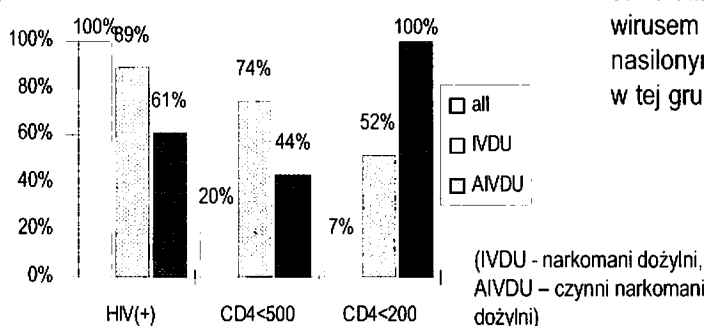
a ilość zakończonych, zwykle 14-dniowych kuracji, była przeciętnie ponad 3 razy niższa – wynosiła 18/100 osobolat.

Zakażenia związane z narkomanią dożylną wśród ND HIV(+)
(woj. katowickie, n=151), 1996

HCV-Ab	96%
HBsAg	14%
HCV-Ab +HBsAg	11%
HBV - markery	34%
ropowice w wywiadzie	65%

Stwierdziliśmy w tej grupie chorych znaczący odsetek współistnienia innych, poza HIV, zakażeń – wirusami zapalenia wątroby typu B i typu C, zakażeń bakteryjnych. Na przykład ponad połowa pacjentów z tej grupy chorych miała w wywiadzie ropne schorzenia tkanek miękkich i skóry. Czasami pacjenci trafiali z rozległymi zmianami ropowiczno-martwiczymi, które w pomyślnych przypadkach udawało się doprowadzić do zabiegu przeszczepu skóry i wyleczenia.

Rozwój choroby HIV a dożylna narkomania (ODTA, 1996)



U osób będących czynnymi narkomanami stwierdziliśmy również szybszy rozwój zakażenia wirusem HIV, manifestujący się bardziej nasilonymi zaburzeniami immunologicznymi w tej grupie.

Metadon

- skuteczny doustnie
- likwiduje objawy głodu opiatowego
- ma długotrwałe działanie – 13 – 47 godzin (średnio 25)
- nie daje euforii
- pozwala na stosowanie stabilnych dawek – bardzo wolna tolerancja
- jest medycznie bezpieczny:
 - przebadany
 - stosowany od 1965 roku w leczeniu uzależnienia opioidowego

Stawało się oczywiste, że konieczne jest wprowadzenie innego sposobu terapii uzależnienia prowadzonej w Ośrodku, sposobu, który umożliwiałby leczenie schorzeń związanych z zakażeniem wirusem HIV w oddziale i który ułatwiałby przewlekłe leczenie zakażenia HIV w poradni. Tym sposobem wydawało się wprowadzenie do leczenia substytucji metadonem – środkiem, który na świecie był stosowany w terapii uzależnień opioidowych od połowy lat sześćdziesiątych, a którego charakterystykę podano obok.

Programy metadonowe – korzyści

- ograniczenie częstości zakażeń (w tym HIV)
- dostęp do opieki medycznej i psychosocjalnej
- poprawa stanu zdrowia
- poprawa sytuacji społecznej (normalizacja)
 - powrót do rodziny
 - podjęcie nauki
 - podjęcie pracy zarobkowej
 - umożliwienie życia w społeczeństwie
- dekryminalizacja
- umożliwienie życia bez uzależnienia (rzadko)

Zastąpienie nielegalnie zdobywanego narkotyku podawanym pod kontrolą środkiem medycznym okazuje się mieć wiele zalet, choć należy podkreślić, że nie rozwiązuje problemu uzależnienia – pacjenci są nadal uzależnieni fizycznie od metadonu, lecz mają szansę powrócić do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym. Niebagatelny jest aspekt profilaktyczny w odniesieniu do ograniczenia rozprzestrzeniania chorób zakaźnych, w tym HIV.

Program metadonowy dla osób zakażonych HIV – korzyści

dodatkowo:

- profilaktyka zakażeń oportunistycznych
- profilaktyka/leczenie gruźlicy
- umożliwienie leczenia w oddziale szpitalnym
- umożliwienie leczenia antyretrowirusowego
- poprawa stanu immunologicznego
- poprawa jakości życia
- przedłużenie życia

Program metadonowy – warunki powodzenia

- opieka socjalna
- dawka metadonu (zwykle +60 mg)
- historia uzależnienia
- program terapeutyczny
- wsparcie
- jasne kryteria uczestnictwa w programie

Program metadonowy dla osób uzależnionych od opiatów zakażonych HIV – projekt 1995

- 50 pacjentów
- wielokrotne nieudane próby leczenia uzależnienia
- zgoda na stosowanie metadonu i uczestnictwo w całym procesie terapeutycznym (warunki na piśmie)
- ukończone 21 lat, uzależnienie od opioidów – 5 lat
- pogarszający się stan somatyczny
- priorytet dla osób z AIDS
- brak ostrych zaburzeń psychiatrycznych
- kontrola abstynencji

Historia programu metadonowego ODTA w Chorzowie

- początek, 20 lutego 1998 – 50 HIV(+)
 - finansowanie: The Lindesmith Center/Urząd Wojewódzki
- 1999 – 65 pacjentów HIV(+) i HIV(-)
 - finansowanie: ŚRKCh.
 - październik 1999 – 76 pacjentów
- 2000 – 100 pacjentów
 - czerwiec 2000 – do 110 (10 spoza ŚRKCh)

Osobom, które już zakażyły się wirusem HIV, podawanie metadonu umożliwia realizowanie odpowiedniej terapii.

Jak każde przedsięwzięcie, program metadonowy musi charakteryzować się odpowiednią organizacją i spełniać kryteria uznawane za konieczne dla osiągnięcia sukcesu leczniczego, jakim jest jak najdłuższa stabilizacja pacjenta.

Projekt takiego programu został przygotowany przez zespół Ośrodka już w roku 1995, uzyskując w postępowaniu konkursowym grant amerykańskiej organizacji The Lindesmith Center na realizację oraz akceptację Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Istniejące wówczas przepisy (lub bardziej właściwie – ich brak) spowodowały znaczące opóźnienie realizacji programu. Rozpoczęcie nastąpiło w 1998 roku, stroną współfinansującą program był ówczesny Urząd Wojewódzki w Katowicach. Program, początkowo przewidziany dla 50 pacjentów uzależnionych zakażonych HIV, od roku 1999 jest finansowany głównie przez ŚRKCh i obejmuje już nie tylko osoby seropozytywne. Aktualnie w programie uczestniczy 110 osób, w tym 100 ubezpieczonych w ŚRKCh. Preparat – metadon – kupowany jest centralnie przez Ministerstwo Zdrowia.

Program metadonowy w ODTA w ciągu 30 miesięcy (sierpień 2000)

- aktualnie 104 pacjentów, 82 HIV(+)
- średnia dawka metadonu: 84 mg (40 – 160)
- łącznie od początku 156 pacjentów
- program opuściło 52 pacjentów, w tym:
 - usunięci za złamanie abstynencji – 24
 - planowa detoksykacja – 12 (3 w abstynencji)
 - porzucenie programu – 9
 - przeniesienie do innego programu – 4
 - inne – areszt – 2
 - zgon – 1 (choroba nowotworowa)

Program metadonowy w ODTA w ciągu 30 miesięcy (sierpień 2000)

- wskaźnik utrzymywania się w programie:
 - ogólny – 67%
 - dla grupy nie usuniętych dyscyplinarnie – 79%
- poza programem zmarło 7 (21%) z 33 pacjentów usuniętych dyscyplinarnie

Program metadonowy w ODTA w Chorzowie w ciągu 30 miesięcy (sierpień 2000)

- leczeni HAART – 31/82 (38%)
- leczenie TBC – 11/156
- profilaktyka TBC – 28/156
- leczenie psychiatryczne – ambulatoryjne – 24/104
- hospitalizacja w oddziale psychiatrii – 5/24
- tylko 3 nowe przypadki ADD

Poprawa jakości życia 50 pacjentów HIV(+) w ciągu 12 miesięcy (test SELT, wg. Leiberich i wsp.),

Różnice znamienne ($\chi^2 < 0,05$)

- cała grupa:
 - samoocena jakości życia
- kategoria kliniczna B i C
 - stan zdrowia ocena obiektywna
 - stan zdrowia ocena subiektywna
 - nastrój
 - dostępność sieci wsparcia społecznego
 - stan zdrowia – samoocena
 - jakość życia – samoocena

W trakcie 30 miesięcy działania programu było leczonych 156 pacjentów, 52 osoby opuściły program, w tym 33 dyscyplinarnie.

Ogólny wskaźnik utrzymywania się w programie wynosi 67 proc., a wyliczony dla grupy nie usuniętych dyscyplinarnie – aż 79 proc., co świadczy o skuteczności tej metody terapii. Z posiadanych informacji wynika, że spośród osób, które musiały zostać usunięte z programu, 20 proc. zmarło w przeciągu roku.

Program metadonowy umożliwia prowadzenie leczenia antyretrowirusowego (HAART) w tej grupie chorych – u 38%, leczenie i profilaktykę gruźlicy, leczenie psychiatryczne – ambulatoryjne i stacjonarne. U pacjentów programu metadonowego stwierdziliśmy wystąpienie tylko 3 przypadków chorób definiujących AIDS (ADD).

Uległa również poprawie ocena jakości życia osób zakażonych HIV uczestniczących w programie metadonowym.