

*Dorota Cianciara*

## KIERUNKI I ROZWÓJ PROFILAKTYKI HIV/AIDS

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Państwowego Zakładu Higieny  
Kierownik: Mirosław J Wysocki

*Artykuł omawia ewolucję podejścia do zapobiegania HIV/AIDS, zwłaszcza zakażeniom HIV na drodze płciowej. Wyróżniono podejście biomedyczne, behawioralne, społeczno-kulturowe, związane z kulturową tożsamością płci oraz wynikające z wiary i religii. Podkreślono konieczność nasilenia działań wielosektorowych, skoncentrowanych na społeczności.*

*Słowa kluczowe: zapobieganie HIV/AIDS, podejścia*  
*Key words: HIV/AIDS prevention, approaches*

### WSTĘP

Niecałe trzy dekady epidemii HIV/AIDS przyniosły ewolucję podejścia do zapobiegania temu zakażeniu. Historycznie, możemy tu wyróżnić następujące spojrzenia: pierwsze – biomedyczne, związane z grupami ryzyka, drugie – behawioralne, dotyczące zachowań ryzykownych oraz trzecie, najnowsze – społeczno-kulturowe (strukturalne), związane z podatnością na zakażenie, którego częścią jest spojrzenie przez pryzmat kulturowej tożsamości płci. Równolegle, istnieje nurt kolejny – spojrzenia na epidemię z perspektywy wiary i religii. Każde z tych podejść podlegało wewnętrznym zmianom i dojrzewaniu. Spośród trzech pierwszych, każde kolejne rodziło się w wyniku negatywnych doświadczeń zbieranych przez poprzednie. Nie wolno tu jednak zapominać, że zmiany podejść do profilaktyki HIV/AIDS były też efektem rozwoju szeroko rozumianej wiedzy o czynnikach, które warunkują zdrowie i chorobę, rozwoju promocji zdrowia i nowo zdefiniowanego zdrowia publicznego (tzw. nowego zdrowia publicznego).

Zastosowanie określonego podejścia oznacza różnorodne skutki dla praktyki – począwszy od innego postawienia problemów i celów działania, poprzez innych odbiorców, inne strategie postępowania, na różnych twórcach działań kończąc. Niezależnie jednak od tych różnic, wszystkie mają cechę wspólną – są potrzebne do skutecznej odpowiedzi na epidemię. Celem tego artykułu jest skrócony przegląd nurtów występujących w zapobieganiu zakażeniom HIV/AIDS.

### PROFILAKTYKA Z PERSPEKTYWY BIOMEDYCZNEJ

Wczesne działania ukierunkowane na zapobieganie AIDS podejmowane były z tradycyjnej płaszczyzny zapobiegania chorobom zakaźnym i zwalczania ich. Towarzyszyło temu

wyodrębnienie grup ryzyka. Na samym początku wyróżniono ich cztery (tzw. 4 H) – homoseksualistów, hemofilików, heroinistów i ... Haitańczyków. Podążano w kierunku strategii unieszkodliwiania źródeł zakażenia (zakazy wjazdów nosicieli do niektórych krajów, przypadki przymusowej izolacji) i, nieco później, przecięcia dróg szerzenia (działania „twarde” związane z organizacją krwiolecznictwa i zabiegami medycznymi). Media epatowały dżumą XX wieku, ŚOZ wizerunkiem trupiej czaszki opatrzyła swoją składankę dla podróżnych, a lekarze tłumaczyli, jak limfocyty T współpracują z limfocytami B. Niebawem przyszła refleksja, że nosiciele (później zaczęto ich nazywać osobami zakażonymi, a następnie – żyjącymi z HIV) nie uda się ani rozpoznać, ani wyłączyć z życia społecznego. Gromadziły się dowody na stygmatyzację i izolację osób uważanych za reprezentantów grup ryzyka. Stawało się jasne, że epidemia może wymknąć się spod kontroli. Powstała potrzeba nasilenia „miękkich” (edukacyjnych) działań zmierzających do przecięcia dróg szerzenia. Rozwinęła się tendencja do oddziaływania na indywidualne decyzje związane z podejmowaniem środków zaradczych i ograniczania zachowań ryzykownych.

Wraz z rozwojem wiedzy o AIDS, odkryciem wirusa HIV, testów na wykrywanie przeciwciał i antygeny, terapii antyretrowirusowej, podejście biomedyczne przeżywało kolejne odrodzenia. Reprezentanci świata medycyny mogli coraz więcej zaoferować swoim odbiorcom.

#### PROFILAKTYKA Z PERSPEKTYWY BEHAVIORALNEJ

Od połowy lat 80. w profilaktykę angażowało się coraz więcej specjalistów takich jak pracownicy oświaty zdrowotnej, psycholodzy, socjolodzy, terapeuci, itp. Tradycyjnie, nie traktowano ich jako „ekspertów od spraw zdrowia” i jako tacy nie cieszyli się estymą lekarzy. Wnieśli w obszar profilaktyki nowe prądy, związane z behawioralnym paradygmatem zdrowia ogłoszonym przez Lalonde’a. Wprowadzili na szeroką skalę pojęcie zachowań ryzykownych i wdrożyli różnorodne interwencje kształtowania i zmiany zachowań. Początkowo skoncentrowano się na dwóch głównych zachowaniach ryzykownych – dożywlnym braniu narkotyków i zmianie partnerów seksualnych. Zwłaszcza ten drugi obszar działań edukacyjnych wytworzył wiele wariantów – edukacji adresowanej do młodzieży z ogólnym zamysłem utrzymania jej w abstynencji płciowej, do osób dorosłych z dominującym przekazem o monogamii. Były też przedsięwzięcia kierowane do gejów, lesbijek, „*sex workerów*” itd. Rozwinęło się poradnictwo związane z dobrowolnym poddawaniem się testom diagnostycznym. Wczesna informacja i edukacja pozostawały pod silnym wpływem postaw moralizatorskich i w wielu przypadkach rozmijały się z potrzebami odbiorców. Przekazywane informacje trafiały do odbiorców zbyt późno w stosunku do rzeczywistego zapotrzebowania (młodzież, która przeżyła już inicjację seksualną), nie kształtowały niezbędnych umiejętności (nauka używania prezerwatywy). Nie uczyły także, jak stać się monogamicznym, ani tym bardziej, jak sprzedawać seks w czasie menstruacji. Dodatkowo, nurt ten stwarzał ogromne trudności związane z konstrukcją eleganckich pod względem użytych słów i zarazem wewnętrznie spójnych, niewprowadzających w błąd przekazów. Przykładowo, wiele zamieszania spowodowało eufemistyczne pojęcie „ryzykownych kontaktów seksualnych” używane w zastępstwie „ryzykownych stosunków seksualnych”. Podobnie było z komunikatem, że monogamia chroni przed HIV. Takim skrótem myślowym zastępowano nierzadko przekaz bardziej rozbudowany, że ochronę przed

zakażeniem na drodze płciowej stanowi współzycie z jednym partnerem, ale tylko wtedy, gdy wiemy z całkowitą pewnością, że aktualnie nie jest zakażony, a w przypadku jakichkolwiek wątpliwości konieczne jest stosowanie w prawidłowy sposób prezerwatywy. Dziś wiemy, że propagowanie monogamii, jako niezwykle skutecznej metody ochrony przed zakażeniem, kosztowało zdrowie i życie wielu kobiet, które miały tylko jednego partnera – własnego męża.

W końcu lat 80 zaczęło dochodzić do głosu stanowisko bardziej pragmatyczne. Argumentowano, że czym innym jest zapobieganie zakażeniom HIV wśród narkomanów, a czym innym – zapobieganie narkomanii. I w analogii do powyższego, zapobieganie zakażeniom HIV na drodze płciowej nie jest tożsame z zapobieganiem inicjacji seksualnej czy zmianie partnerów. Zapobieganie narkomanii i zapobieganie seksowi byłyby ważne dla poprawy kondycji moralnej społeczeństw, ale nie stanowią możliwej do wykonania, skutecznej, a więc i racjonalnej odpowiedzi na epidemię. W ślad za tą argumentacją, bardziej precyzyjnie zdefiniowano zachowania ryzykowne, którym trzeba przeciwdziałać. Wyróżniono tu branie narkotyków drogą dożylną za pomocą brudnego sprzętu i stosunek seksualny bez prezerwatywy z osobą o nieznanym statusie serologicznym. W obszarze narkomanii zawoocowało to legitymizacją prowadzonych już wcześniej strategii ograniczania szkód (*harm reduction*) (wymiana igieł i strzykawek, metadon itp.). W obszarze życia seksualnego ułatwiło działania adresowane np. do gejów i „*sex workerów*”. Niemniej jednak w edukacji adresowanej do powszechnej wiadomości ciągle obserwujemy różnorodność komunikatów. Nadal też wielką witalność wykazują, niczym nie uzasadnione, tezy o nieskuteczności stosowania prezerwatywy (1,2).

Era profilaktyki realizowanej z perspektywy behawioralnej, wykorzystując wszystko, co skuteczne z podejścia biomedycznego, doprowadziła do spadku liczby zakażeń w niektórych populacjach. Zarazem jednak okres ten przyniósł niemało nieoczekiwanych wcześniej negatywnych skutków ubocznych. W skali globalnej, epidemia w nieproporcjonalnie silny sposób dotknęła jednostki i społeczności, które są marginalizowane lub dyskryminowane z powodu płci, wieku, rasy, statusu ekonomicznego, orientacji seksualnej i przynależności etnicznej (3). Stało się oczywiste, że odpowiednia wiedza, postawy i umiejętności nie zawsze wystarczają do ochrony siebie i innych. Zachowania nie są jedynie wynikiem racjonalnych decyzji, a pozostają pod bardzo silnym wpływem społecznego kontekstu, w którym się realizują. To przyczyniło się do świadomości, że profilaktyka HIV/AIDS wykracza poza ingerencję w bezpośredni akt podejmowania ryzyka. Równoległe do tego, powinna dotyczyć pośrednich czynników środowiskowych, które leżą u podstawy zachowań ryzykownych i tworzą klimat, w jakim dochodzi do podejmowania ryzyka. Behawioralny paradygmat zdrowia wg Lalonde'a ustępował pola na rzecz paradygmatu społeczno-środowiskowego wg koncepcji ottawskiej. Do pracy przystąpili promotorzy zdrowia.

## PROFILAKTYKA Z PERSPEKTYWY SPOŁECZNO-KULTUROWEJ

Od połowy lat 90. w profilaktyce HIV/ AIDS jednostkę zaczęto postrzegać głównie poprzez pryzmat czynników społecznych, kulturowych, ekonomicznych i politycznych, które determinują jej aparat poznawczy, postawy i zachowanie. Czynniki te generują podatność na podejmowanie ryzyka, mogą także ją zwiększać lub sankcjonować. W kontekście HIV podatność (*vulnerability*) wynika z czynników osobniczych, takich jak na przy-

kład aktywność seksualna (liczba partnerów, liczba stosunków bez zabezpieczenia, rodzaj stosunków), wiedza i umiejętności potrzebne do ochrony siebie i innych, wiedza o programach diagnostyki, leczenia i wsparcia oraz umiejętność wykorzystania ich. Podatność jest też efektem oddziaływania czynników związanych z systemem ochrony zdrowia, takimi jak dostępność świadczeń i programów ze względu na odległość i koszty korzystania z nich, dostosowanie programów do potrzeb odbiorców lub brak możliwości adekwatnego reagowania systemu na rosnące zapotrzebowanie na opiekę i wsparcie. Podatność jest również pochodną czynników społecznych i kulturowych takich jak na przykład kondycja ekonomiczna, bezrobocie, prawo i praktyki jego egzekwowania, mobilność, normy społeczne czy kulturowa tożsamość płci. Podatność wynika więc z konglomeratu bardzo wielu różnych czynników, zazwyczaj zmiennych w czasie oraz różniących się w obrębie różnych społeczności i kultur (4).

Profilaktyka z perspektywy podatności i zmniejszania podatności (*vulnerability reduction*) polega na naukowym rozpoznaniu czynników, które wpływają na podatność na zakażenie oraz zrozumieniu mechanizmów ich współdziałania. Następnym krokiem jest modyfikacja wybranych czynników poprzez zmiany w politykach sektorowych, reorientację usług zdrowotnych i społecznych, tworzenie wspierającego środowiska oraz wzmocnienie, „uwłasnowolnienie” (*empowerment*) społeczności. Strategie te można realizować za pomocą wielu różnorodnych metod, takich jak np.: techniki oceny, jakie skutki zdrowotne mogą przynieść podejmowane decyzje dla różnych segmentów populacji (*HIA – health impact assessment*) (5), mobilizacja społeczności czy orędownictwo (*advocacy*). Niektóre z nich są działaniami krótko lub średnioterminowymi, inne zaś, i tych jest zdecydowanie więcej, wymagają przedsięwzięć długoterminowych. Ich wspólną cechą jest wdrażanie na poziomie społeczności (*community based approach*) i tzw. wielosektorowość, czyli implementacja w obrębie wielu struktur i podmiotów reprezentujących różne obszary życia danej społeczności (6, 7). Stanowią one niezbędne uzupełnienie podejścia przez pryzmat zachowań ryzykownych.

### PROFILAKTYKA Z PERSPEKTYWY KULTUROWEJ TOŻSAMOŚCI PŁCI

Ten rodzaj profilaktyki mieści się w nurcie strukturalnym, zmierzającym do zmniejszenia podatności. Jest podłożem, na którym wyrosło wiele przedsięwzięć, w tym także Światowy Dzień AIDS z 2004 roku (8). Kulturowa tożsamość płci jest, zapożyczonym z terminologii niemieckiej, odpowiednikiem angielskiego słowa „*gender*”. Nie jest tym samym, co „płeć” (*sex*), ta wynika bowiem z charakterystyki biologicznej organizmu i w zasadzie jest niezmienna. Jest pojęciem szerszym, odzwierciedlającym społeczne znaczenia płci, można ją też nazywać płcią społeczną (9). Przez kulturową tożsamość płci należy rozumieć szereg przekonań, norm i zwyczajów, które określają cechy i zachowania związane z „byciem kobietą” i „byciem mężczyzną”. Jest ona różna w obrębie różnych kultur, religii i w różnych segmentach społeczeństwa oraz wykazuje zmienność w czasie. Pomimo, że jest koncepcją dynamiczną, to jednak uniwersalnie obserwuje się, że role i relacje społeczne, jakie przypisuje się kobietom i mężczyznom, wpływają na poziom indywidualnego ryzyka i podatności na zakażenie HIV. Szczególnie podatne na zakażenie HIV i AIDS są jednak kobiety i to one stanowią obecnie niemal połowę osób żyjących z HIV na świecie. Kulturowa tożsamość płci jest też czynnikiem, który warunkuje jakość

Tabela I. Czynniki społeczne, które powodują podatność kobiet i mężczyzn na HIV/AIDS  
 Table I. Societal vulnerability to HIV/AIDS of women and men

Czynniki	Kobiety	Mężczyźni
Pośrednie	Normy i praktyki związane z „pełnią kobiecości”: - praca odtwórcza lub twórcza, w domu - funkcje opiekuńcze - zależność ekonomiczna - większa kontrola społeczna i brak wpływu na podejmowanie decyzji - przemoc wobec kobiet - mniejszy dostęp do usług i świadczeń	Normy i praktyki związane z „prawdziwą męskością”: - praca twórcza, poza domem - funkcje ekonomiczne - dominacja i podejmowanie decyzji - uprawniona agresja - późne poszukiwanie pomocy profesjonalnej
Bezpośrednie	Normy i praktyki związane z seksem: - dziewictwo i brak doświadczenia - bierność, uległość, wierność - macierzyństwo - ograniczona kontrola życia seksualnego i reprodukcyjnego	Normy i praktyki związane z seksem: - doświadczenie - aktywność - stosunki pozamałżeńskie - wysokie libido

opieki i leczenia, jakie uzyskują kobiety i mężczyźni. Dodatkowo wpływa na to, że przede wszystkim kobiety stają się opiekunkami chorych oraz ponoszą większe konsekwencje ekonomiczne i społeczne epidemii.

Czynniki, które powodują podatność kobiet i mężczyzn na HIV/AIDS i powstają w wyniku innej socjalizacji dziewcząt i chłopców, można podzielić na pośrednie oraz bezpośrednie. Niektóre z nich przedstawiono w tabeli I. Czynniki pośrednie, związane są ze społecznymi atrybutami kobiet i mężczyzn, były poddawane analizie i krytyce w wielu opracowaniach. Szczególne znaczenie przypisuje się tu ustaleniom Konferencji ONZ nt. Populacji i Rozwoju (*UN ICDP*) w Kairze w 1994 roku, które m.in. ukierunkowane były na wyrównywanie nierówności statusu obu płci, Konferencji ONZ nt. Kobiet w Pekinie w 1995 roku oraz konferencji „ludnościowej” w Hadze w 1999 roku (*ICPD +5*). Czynniki bezpośrednie, które są związane z normami seksualnymi dla kobiet i mężczyzn stały się także przedmiotem wielu badań (10, 11). Dowodów na istnienie dużego zróżnicowania sytuacji rodzinnej, zawodowej, zdrowotnej oraz politycznej kobiet i mężczyzn w Polsce należy szukać w raporcie rządowym i raporcie organizacji pozarządowej „Centrum Praw Kobiet” nt. sytuacji kobiet w naszym kraju. W tym miejscu warto tylko zwrócić uwagę na kwestie związane z podwójnym standardem aktywności seksualnej młodzieży – społeczną akceptacją dziewictwa młodych kobiet oraz doświadczenia seksualnego mężczyzn. Propagowanie wstrzemięźliwości płciowej i dziewictwa jako metody ochrony przed zakażeniem może, wbrew intencjom, zwiększać podatność na zakażenie młodych kobiet, ponieważ przyjęcie takiego modelu postępowania w praktyce powoduje, że ogólnie dostępna wiedza o HIV/ AIDS staje się zbędna i nieużyteczna, taka – do której się nie sięga. Dziewczęta są też bardzo ostrożne w poszukiwaniu pomocy specjalistycznej związanej z prokreacją

i zakażeniami przenoszonymi drogą płciową. Mogłoby to bowiem narazić je na utratę dobrej opinii w oczach lekarzy, pielęgniarek, rodziców czy chłopaka. Z drugiej strony, obserwujemy istnienie społecznego przyzwolenia na to, aby młodzi mężczyźni posiadali doświadczenie w sprawach intymnych i wykazywali się nim. W efekcie popycha to chłopców do aktywności płciowej i nabywania tej pożądanej społecznie cechy.

Kolejnym czynnikiem, na który warto zwrócić uwagę są uwarunkowania mechanizmów korzystania z profesjonalnej pomocy medycznej. I tak, kobiety, które są uwikłane w obowiązki rodzinne, domowe i zawodowe, mają mniej czasu, a nierzadko i pieniędzy, aby wybrać się do lekarza. Dodatkowo działa tu stereotyp, że żona i matka najpierw dba o potrzeby rodziny, a dopiero potem o swoje. Inny mechanizm działa w przypadku mężczyzn. Mają więcej czasu i możliwości dotarcia do specjalisty, to jednak wychowani jako „mężczyźni, którzy nigdy nie płaczą” nie bardzo mogą sobie pozwolić na słabość, jaką byłoby wczesne poszukiwanie pomocy medycznej.

Przystępując do projektowania przedsięwzięć profilaktycznych, które uwzględniają problematykę kulturowej tożsamości płci, należy przede wszystkim pamiętać, aby nie pogłębiać istniejących różnic. Z tego punktu widzenia, do typowych błędnych działań należą programy i usługi zaprojektowane identycznie dla kobiet i mężczyzn, chociaż ich potrzeby są różne. Dalej można wyliczyć np.: abstrahowanie od faktu, że w akcie kupna-sprzedaży usługi seksualnej uczestniczy także klient – mężczyzna, a nie tylko „sex worker” – kobieta, kierowanie akcji promocyjnych prezerwatyw tylko do mężczyzn, informowanie o transmisji perinatalnej tylko kobiet, sankcjonowanie istniejącej podwójnej moralności odnośnie aktywności płciowej. Obowiązuje zatem podstawowa zasada: po pierwsze – nie szkodzić.

Interwencje, które służą zmniejszaniu podatności będącej wynikiem różnic w kulturowej tożsamości płci można podzielić na: wrażliwe na kulturową tożsamość płci (*gender-sensitive*), transformatywne i strukturalne (wzmacniające). Stanowią one kontinuum od stosunkowo prostych do bardziej złożonych i radykalnych. Aktualnie, w piśmiennictwie fachowym można odnaleźć wiele szczegółowych wskazówek dotyczących zasad budowania takich interwencji (12-14).

## PROFILAKTYKA Z PERSPEKTYWY WIARY I RELIGII

Pierwsze reakcje społeczności ludzi wierzących, zwłaszcza wyznawców dominujących religii świata, nierzadko interpretowały AIDS jako karę bożą, wyrażały potępienie grzechu i grzeszników. Z czasem pojawiły się argumenty bardziej wyważone – dotyczące np. katolickich poglądów na miłość, małżeństwo, prokreację i antykoncepcję. Wkrótce kościoły i organizacje ludzi wierzących włączyły się w obszar leczenia, organizowano pomoc domową i opiekę nad sierotami, prowadzono działalność duszpasterską i duchową. W 2001 roku specjalne posiedzenie Zgromadzenia Ogólnego ONZ poświęcone problematyce HIV/AIDS poparło włączenie organizacji religijnych w ten obszar działań. Środowiska religijne mają tu do odegrania kapitalną rolę związaną z pomocą, zmniejszaniem podatności ze względu na czynniki społeczne i kulturowe oraz edukacją dotyczącą wartości. Przykładowo, w myśl kanonu wartości katolickich powinny nawoływać do wstrzeźliwości płciowej i wierności (tzw. przekaz AB – *abstinence, being faithful*). W obliczu złożoności ludzkich zachowań seksualnych podejście takie powinno być jednak poszerzane

przez edukację świecką (tzw. przekaz ABC – *abstinence, being faithful, condom use*). Wszyscy mają tu pole do działania, nawet współpracy. Ważne jest wzajemne poszanowanie zajmowanych pozycji, kierowanie się zasadą „zgoda na brak zgody” (*agreement to disagree*) wobec metod prewencji, a także uwzględnienie różnych misji i obszarów odpowiedzialności partnerów (15). Trzeba też pamiętać, że nie wszystkie kościoły w identyczny sposób postrzegają zasady profilaktyki.

### PODSUMOWANIE

Do skutecznej odpowiedzi na epidemię HIV/AIDS niezbędne są przedsięwzięcia, które mieszczą się we wszystkich wspomnianych podejściach. Niepokojące jest, że obecnie obserwujemy brak równowagi i znaczącą asymetrię pod względem ogólnego charakteru stosowanych w praktyce rozwiązań. Najbardziej widoczne i doceniane są podejścia biomedyczne i behawioralne. Najmniej liczne są przedsięwzięcia ukierunkowane na zmniejszanie podatności, w tym także dystansów społecznych wynikających z kulturowej tożsamości płci. W skali długoterminowej może to mieć niekorzystny wpływ na rozwój pandemii. Sytuacja taka wymaga, aby koniecznie rozszerzyć spektrum działań, wprowadzić na szerszą skalę podejście skoncentrowane na społeczności i uwzględniające społeczne podłoże zachowań ryzykownych. Niezbędne jest włączenie się w obszar profilaktyki nowych grup zawodowych, o innym przygotowaniu merytorycznym, a także wprowadzenie szkoleń na ten temat wśród dotychczasowych realizatorów programów.

*D Cianciara*

### APPROACHES TO HIV/AIDS PREVENTION

The author describes approaches to HIV/AIDS prevention, especially prevention of HIV sexual transmission. Distinction is done to biomedical, behavioural, societal, gender and faith-based approach. The necessity of multisectoral community based approach is emphasized.

### PIŚMIENNICTWO

1. Scientific Evidence on Condom Effectiveness for Sexually Transmitted Disease (STD) Prevention. Workshop Summary. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services; 2001, July 20.
2. Position Statement on Condoms and HIV Prevention. WHO; 2004, July.
3. AIDS Epidemic Update 2004. UNAIDS; 2004.
4. Expanding the global response to HIV/AIDS through focused action. Reducing risk and vulnerability: definitions, rationale and pathways. UNAIDS; 1998.
5. Ensuring a high level of health protection. A practical guide. European Commission; 2001, December.
6. Guidance for HIV Prevention Community Planning. CDC; 2003, July.
7. Hoppenbrouwer J. Taking stock of progress in the fight against AIDS. Sexual Health Exchange 2003;1:1-2.
8. Światowa Kampania przeciwko AIDS 2004. „Kobiety, dziewczęta, HIV i AIDS”. Aspekty Kampanii AIDS. Dodatek do Biuletynu Informacyjnego Krajowego Centrum ds. AIDS 2004;2,1-3.

9. Trawińska M. Pleć społeczna. W: Popularny słownik wychowania prorodzinnego i seksualnego. Warszawa: Agencja Promo-Lider;1996:196-98.
10. Gender and HIV/ AIDS: Taking stock of research and programmes. UNAIDS;1999.
11. Integrating Gender into HIV/ AIDS Programmes. Expert Consultation. WHO;2002, June.
12. Gender awareness for population and development. International Planned Parenthood Federation; 1995.
13. Best Practices/ Programmes that Work. Gender & AIDS modules. Manual 8/6/2002. UNAIDS; 2002.
14. Gender Sensitivity Checklist. Gender & AIDS modules. Manual 6/8/2002. UNAIDS;2002.
15. Tiendreboego G, Buykx M, van Beelen N. Faith-based responses and opportunities for multi-sectoral approach. Sexual Health Exchange 2004;1:1-3.

Otrzymano: 2.12.2004 r.

**Adres autorki:**

Dorota Cianciara  
Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Państwowego Zakładu Higieny  
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa