



W numerze:

Sytuacja epidemiologiczna nowych zakażeń HIV i zachorowań na AIDS w latach 2017-2021

M. Niedzwiedzka-Stadnik

Str. 1-3

Dzieci a HIV – najważniejsze kwestie

Krajowe Centrum ds. AIDS

Str. 3-5

Epidemia HIV w Ukrainie przed i po agresji Rosji - raport UNAIDS

M. Wawer

Str. 5-6

Informacje na temat pojawienia się w Europie przypadków małpiej ospy

ECDC

Krajowe Centrum ds. AIDS

Str. 6

Aspekty

Pięć pokoleń osób żyjących z HIV/AIDS

B. Szymańska-Kotwica

Telefon Zaufania AIDS

(+22) 692 82 26; 800 888 448*
od pn. 09:00 do pt. 21:00**

*połączenie bezpłatne

**z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

AIDS - Zielona Linia

(+22) 621 33 67

poniedziałki, środy w godz. 13:00–19:00

wtorki, czwartki i piątki w godz. 10:00–16:00

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66

aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

poradnia@aids.gov.pl

Więcej informacji

www.aids.gov.pl

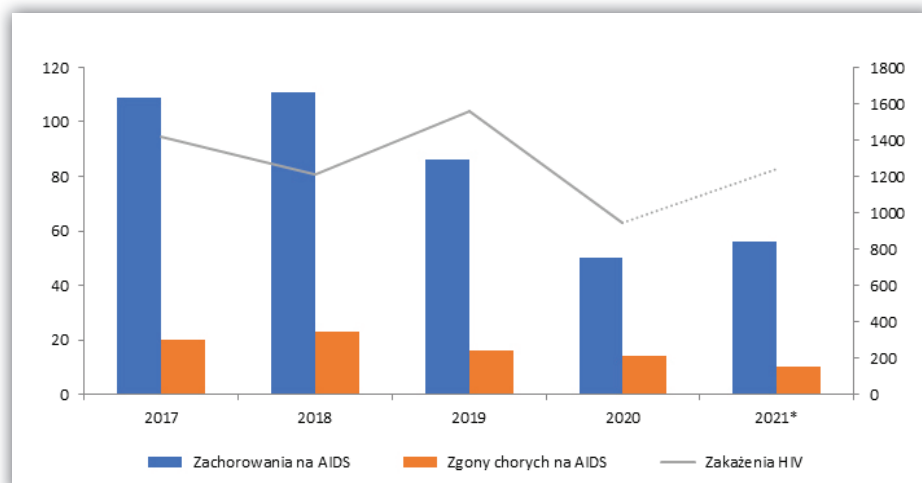
facebook.com/kcaids

Sytuacja epidemiologiczna nowych zakażeń HIV i zachorowań na AIDS w latach 2017-2021

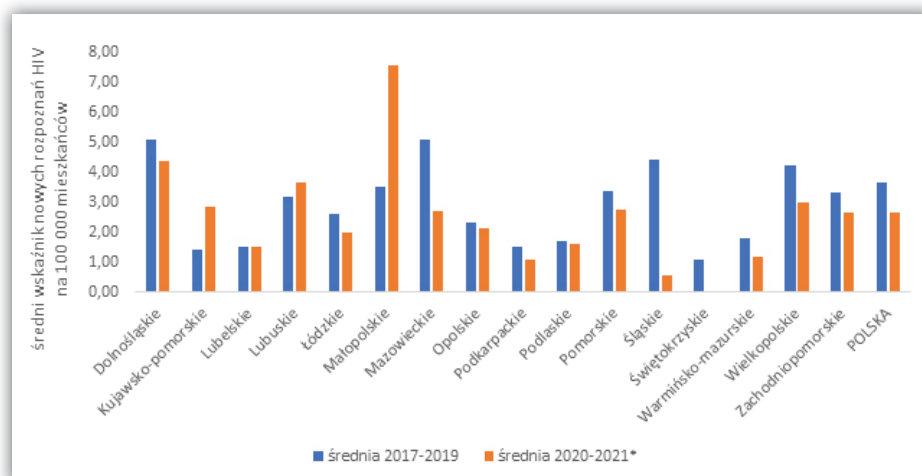
Sytuacja epidemiologiczna nowych rozpoznanych HIV w ostatnich 5 latach wykazuje tendencje wzrostowe, mimo niewielkiego spadku odnotowanego w roku 2018 i 2020 (ten ostatni związany z pandemią COVID-19, kiedy to do czasu wypracowania procedur przyjmowania pacjentów w punktach testowania ograniczony był dostęp do diagnostyki HIV).

W roku 2021 zanotowano 31,3% wzrost nowych rozpoznanych HIV. Na stałym poziomie natomiast utrzymują się zarówno zgłoszenia rozpoznanych zachorowań AIDS, jak i zgonów osób chorych na AIDS.

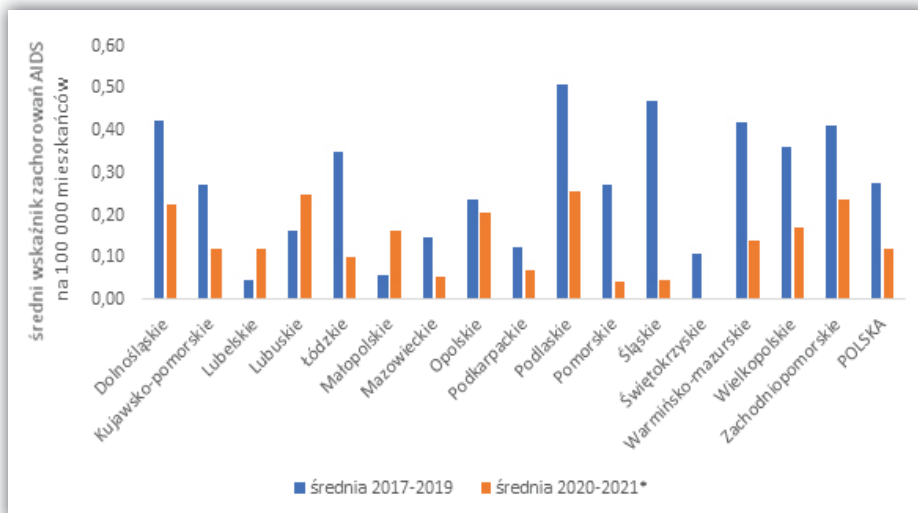
Średni wskaźnik nowych rozpoznanych HIV w Polsce w latach 2017-2019 wynosił 3,63 przypadki na 100 000 mieszkańców,



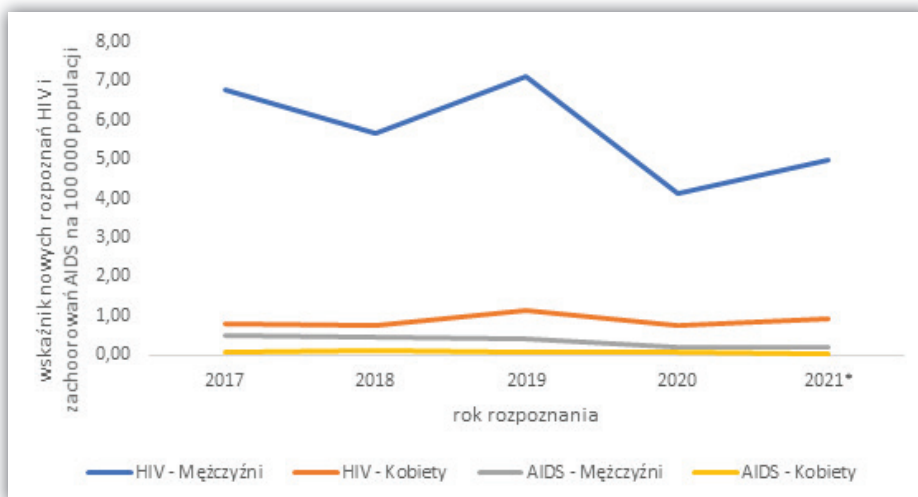
Rycina 1. Trend nowych rozpoznanych HIV, zachorowań AIDS i zgonów osób chorych na AIDS w latach 2017-2021 wg roku rozpoznania*.



Rycina 2. Średnie wskaźniki nowych rozpoznanych HIV na 100 000 mieszkańców w latach 2017-2021 w poszczególnych województwach wg roku rozpoznania.



Rycina 3. Średnie wskaźniki zachorowań AIDS na 100 000 mieszkańców w latach 2017-2021 w poszczególnych województwach wg roku rozpoznania.



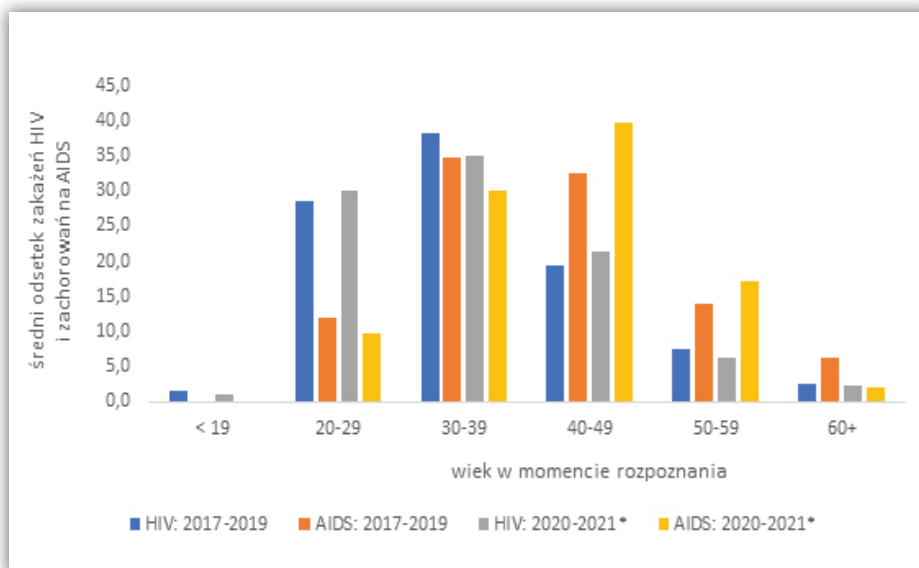
Rycina 4. Średnie wskaźniki nowych rozpoznań HIV i zachorowań AIDS na 100 000 populacji kobiet i 100 000 populacji mężczyzn wg roku rozpoznania.

natomiast w latach 2020-2021 spadł do 2,67 przypadków na 100 000 mieszkańców. Najwyższy średni wskaźnik nowych rozpoznań HIV w latach 2017-2019 zarejestrowano w woj. mazowieckim i dolnośląskim - ponad 5 przypadków na 100 000 mieszkańców, a w latach 2020-2021 najwyższy wskaźnik zarejestrowano w woj. małopolskim – 7,56 przypadków na 100 000 mieszkańców (Ryc. 2). Różnice wynikają m.in. z opóźnień w zgłaszaniu nowo rozpoznanych przypadków HIV/AIDS do nadzoru zarówno na poziomie lokalnym jak i na poziomie centralnym, co utrudnia analizę trendu nowych zakażeń HIV w poszczególnych regionach Polski.

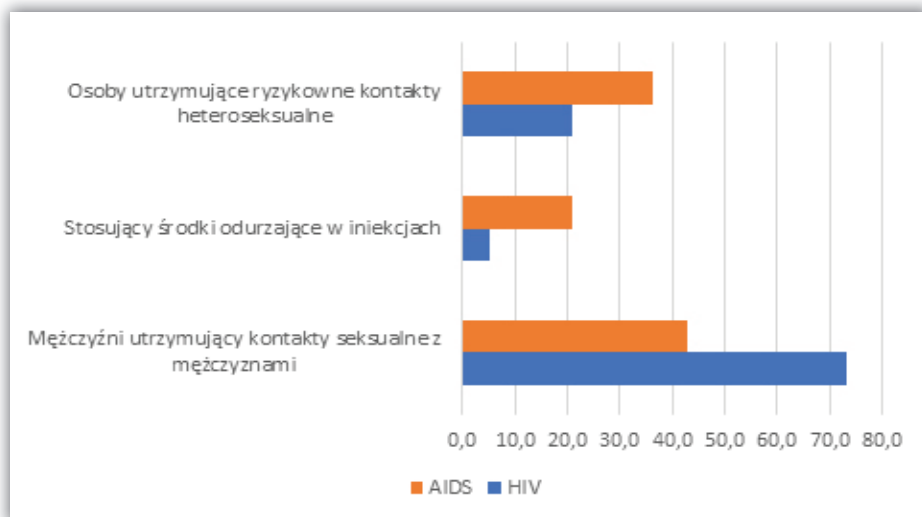
Wskaźnik zachorowań na AIDS w Polsce w latach 2017-2019 wynosił 0,27

przypadków na 100 000 mieszkańców, a w latach 2020-2021 spadł do 0,12 przypadków na 100 000 mieszkańców. Najwyższy średni wskaźnik zachorowań na AIDS w latach 2017-2019 zarejestrowano w woj. podlaskim – 0,51 przypadków na 100 000 mieszkańców, a w latach 2020-2021 najwyższy wskaźnik zarejestrowano w woj. lubuskim – 0,25 przypadków na 100 000 mieszkańców. Natomiast najniższe wskaźniki w latach 2017-2019 zarejestrowano w woj. lubelskim – 0,05 przypadków na 100 000 mieszkańców, a w latach 2020-2021 – było to 0,04/100 000 mieszkańców w woj. pomorskim i śląskim (z wykluczeniem woj. świętokrzyskiego gdzie nie zarejestrowano żadnego przypadku w ciągu dwóch ostatnich lat (Ryc. 3).

W zależności od płci osób zarejestrowanych, w latach 2017-2021 zakażenia HIV dotyczą zwłaszcza mężczyzn – ponad 80% nowych zakażeń. Brak informacji dotyczących płci badanych osób notowany jest na poziomie poniżej 2% w tym okresie. Średni wskaźnik nowych rozpoznań HIV dla mężczyzn w latach 2017-2019 wynosił 6,50 przypadków na 100 000 mężczyzn, a w kolejnych latach spadł do 4,55 przypadków na 100 000 mężczyzn. Natomiast dla kobiet utrzymywał się na podobnym poziomie: 0,84-0,89 przypadków na 100 000 kobiet (Ryc. 4).



Rycina 5. Odsetek nowych rozpoznań HIV i zachorowań AIDS wg wieku osób zakażonych w momencie rozpoznania.



Rycina 6. Średni odsetek nowych rozpoznaw HIV i zachorowań AIDS wśród osób ze znaną drogą zakażenia HIV w latach 2017-2021.

W zależności od płci, w latach 2017-2021 zachorowania AIDS dotyczyły zwłaszcza mężczyzn – ponad 77% nowych rozpoznaw. Średni wskaźnik zachorowań na AIDS dla mężczyzn w latach 2017-2019 wynosił 0,47 przypadków na 100 000 mężczyzn, a w kolejnych latach spadł do 0,19 przypadków na 100 000 mężczyzn. Natomiast dla kobiet spadł z 0,09 przypadków do 0,05 przypadków na 100 000 kobiet (Ryc. 4).

W zależności od wieku, najwyższy odsetek zakażeń HIV rejestrowany jest w populacji osób w wieku 30-39 lat (od 35,1% do 38,2% wszystkich zakażeń) oraz

w populacji osób młodszych w wieku 20-29 lat, odpowiednio 28,6% w latach 2017-2019 i 30,0% w latach 2020-2021 (Ryc. 5). Zachorowania AIDS natomiast częściej rejestrowane są wśród osób starszych tj. 30-49 lat. Prawie 40% zachorowań na AIDS w latach 2020-2021 rejestrowano w grupie osób między 40, a 49 r.ż. oraz u osób między 50 r.ż. – z 13,9% do 17,2%. Natomiast wysoki odsetek zachorowań rejestrowany wcześniej wśród osób młodych, między 20-29 r.ż. spadł w ostatnich dwóch latach do 9,7%, (Ryc. 5).

Najwięcej nowych przypadków HIV ze znaną drogą zakażenia rejestrowanych

jest wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) – średnio 73,2% przypadków w latach 2017-2021. Zakażenia wśród osób heteroseksualnych stanowią od około 17,4% do 26,5% w zależności od roku rozpoznania. Zakażenia wśród osób stosujących narkotyki drogą dożylną nie przekraczają 6% zakażeń. Jednak najczęściej rejestrowany jest brak drogi zakażenia i dotyczy to średnio 69,0% przypadków w ciągu roku, w tym w ostatnich latach nastąpił wzrost do 76,6% przypadków z brakiem danych dotyczących prawdopodobnej drogi zakażenia (Ryc. 6). Najwięcej zachorowań AIDS ze znaną drogą zakażenia rejestrowanych jest wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami (MSM) – od 36,5% w roku 2017 do 47,8% w 2020 roku, podobnie jak zakażenia wśród osób heteroseksualnych, które stanowią średnio około 46% (od 27,0% w roku 2017 do 43,5% w roku 2020). Jednak najczęściej rejestrowany jest brak drogi zakażenia, co dotyczy ponad połowy zachorowań na AIDS w ostatnich dwóch latach (53,1% w roku 2021 oraz 56,8% w roku 2021) (Ryc. 6).

Marta Niedźwiedzka-Stadnik
Narodowy Instytut Zdrowia
Publicznego PZH – Państwowy
Instytut Badawczy

* Dane za 2021 rok należy traktować jako dane tymczasowe, które będą podlegać aktualizacjom, gdyż w wyniku pandemii COVID-19 dane z nadzoru nad chorobami zakaźnymi są zgłaszane z opóźnieniem.

Wykresy - Źródło: opracowanie NIZP PZH - PIB w oparciu o dane jednostkowe z Inspekcji Sanitarnej, dane z 2021 nadal są weryfikowane i mogą ulec zmianie.

Dzieci a HIV – najważniejsze kwestie

Obecnie dzieci do ukończenia 18. roku życia, w kontekście opieki zdrowotnej traktowane są w sposób szczególny, gdyż zasadniczo ich leczenie następuje bez względu na posiadane lub nie ubezpieczenie zdrowotne. W świetle ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

(dotyczy to zarówno testów na HIV jak i leczenia antyretrowirusowego), mają prawo, bez względu na ubezpieczenie, dzieci do 18. roku życia pod warunkiem, że (a) posiadają obywatelstwo polskie lub (b) w przypadku dzieci będących obywatelami innych krajów, uzyskały w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w celu połączenia z rodziną i posiadają

jednocześnie miejsce zamieszkania na terytorium Polski¹ albo (c) są obywatelami Ukrainy przebywającymi na terytorium RP legalnie, w związku z konfliktem zbrojnym w Ukrainie.²

Ponadto, bez względu na powyższe, na mocy ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego

osobie (tak dorosłej jak i dziecku), która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.³ Na podstawie ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są niezwłocznie.⁴ W przypadku dzieci, nie tylko w kontekście zakażenia HIV, szybka pomoc lekarska może mieć szczególne znaczenie dla ich życia i zdrowia. W przypadku przebywających na terenie Polski dzieci nie będących obywatelami RP i nie uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ww. przepisów, to na lekarzach oraz podmiotach leczniczych będzie spoczywać szczególna odpowiedzialność i do nich będzie należeć decyzja o ewentualnym udzieleniu świadczeń zdrowotnych lub podjęciu leczenia.

Kwestie dotyczące zgody pacjenta małoletniego, na badanie lub świadczenie zdrowotne reguluje ustawa *o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. W przypadku pacjentów do ukończenia 16. roku życia, zgodę na wykonanie badania lub innego świadczenia zdrowotnego, w tym także badania wykrywającego HIV, musi wyrazić przedstawiciel ustawowy dziecka (najczęściej jest to rodzic). W braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny. Jeżeli jest to niemożliwe, konieczne jest zezwolenie sądu opiekuńczego.^{5,6} Natomiast w przypadku pacjentów, którzy ukończyli 16 lat i dysponują dostatecznym rozeznaniami, niezbędna jest podwójna zgoda, tj. zarówno przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego (najczęściej jednego z rodziców) jak i samego pacjenta.^{7,8} Zgoda może być wyrażona ustnie (rodzic, przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny powinien towarzyszyć dziecku w trakcie wykonywania badania) lub pisemnie.

Testy w kierunku HIV, zarówno u dorosłych jak i u dzieci, najlepiej, gdyż bezpłatnie i całkowicie anonimowo, bez jakiegokolwiek skierowania oraz (co jest niezwykle ważne) z profesjonalnym poradnictwem okołotestowym, można wykonać w jednym z Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych (adresy znajdują się na stronie aids.gov.pl). Test w kierunku HIV można zrobić w każdym wieku, ale w przypadku osób, które nie ukończyły 18. roku życia, wymagane są dodatkowe zgody (j.w.).

Zgodnie z Zaleceniami PTN AIDS 2021 „leczenie ARV dzieci zakażonych wertykalnie należy rozpocząć jak najszybciej. Dzieci z wysokim ryzykiem zakażenia odmatczywego od pierwszych godzin po urodzeniu otrzymują terapię empiryczną. Po potwierdzeniu infekcji HIV u niemowlęcia, cART zalecane jest tak szybko jak to możliwe. Wczesne rozpoczęcie leczenia znaczy, że stanie się to w pierwszych 12 tygodniach życia dziecka wg CDC, a wg PENTA w pierwszym półroczu życia dziecka. Wczesne skuteczne leczenie ogranicza rezerwuar wirusa, daje nadzieję na funkcjonalne wyleczenie. Bardzo wczesna interwencja terapeutyczna powoduje, że dzieci nie wytwarzają przeciwciał anti-HIV, nie dochodzi do pełnej specyficznej odpowiedzi immunologicznej na antygen (Ag) wirusa. Nie dochodzi do aktywacji limfocytów CD8 i uwalniania cytokin. Funkcje limfocytów CD4 i CD8 (specyficznych w odpowiedzi na HIV) są zachowane, infekcja jest kontrolowana, progresja choroby (bardzo szybka w naturalnym przebiegu wertykalnego zakażenia HIV) zostaje spowolniona. U dzieci, tak samo jak u dorosłych zaleca się rozpoczynanie terapii ARV jak najszybciej po rozpoznaniu.”⁹

W szczególnej sytuacji są dzieci znajdujące się pod opieką placówek opiekuńczo-wychowawczych, których obowiązkiem jest zapewnienie dzieciom całodobowej opieki i wychowania oraz zaspokojenie niezbędnych potrzeb, w tym potrzeb zdro-

wotnych wraz z zapewnieniem korzystania z przysługujących dzieciom świadczeń zdrowotnych.^{10,11} Dyrektor domu dziecka, jako faktyczny opiekun dzieci umieszczonych w podległej mu placówce, może i niejednokrotnie powinien wyrazić zgodę na wykonanie u będących pod jego opieką dzieci testów w kierunku HIV, a w razie potrzeby podjąć czynności w kierunku rozpoczęcia terapii ARV. Dzięki temu dzieci zakażone HIV będą miały szansę na wczesne podjęcie leczenia, zgodnie z aktualnymi zaleceniami PTN AIDS (j.w.), zaś dyrektor domu dziecka spełni nałożony na niego ustawowy obowiązek dbania o zdrowie dzieci.

Dobro dziecka żyjącego z HIV wymaga, aby chronić informacje dotyczące jego statusu serologicznego po to, aby zapobiec ewentualnej stygmatyzacji i odrzuceniu. Rodzice lub opiekunowie prawni dziecka są „upoważnieni do zachowania w tajemnicy faktu zakażenia ich dziecka i nie są zobowiązani do informowania o tym personelu przedszkola, szkoły lub innego zakładu lub środowiska, w którym dziecko przebywa. Wydaje się jednak, że dla dobra dziecka ktoś powinien wiedzieć o jego zakażeniu, na przykład wychowawca w przedszkolu czy szkole, gdyż umożliwia to objęcie dziecka, wymaganą w niektórych przypadkach, szczególną opieką.”¹² Decyzja o ewentualnym poinformowaniu dyrektora szkoły oraz / lub innych jej pracowników o zakażeniu dziecka należy do jego rodziców, opiekunów prawnych lub sądu rodzinnego. Jest ona dobrowolna, prawo nie nakłada takiego obowiązku. Natomiast wszystkie osoby (pracownicy medyczni, socjalni, opiekunowie i nauczyciele), które w ramach wykonywania obowiązków zawodowych uzyskały informacje o stanie zdrowia dziecka, są obowiązane do zachowania tych informacji w tajemnicy.

Obecnie nie funkcjonują przepisy, które nakazywałyby rodzicom żyjącym z HIV

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

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

poinformowanie dziecka lub innych domowników o zakażeniu. Jednakże, edukacja prozdrowotna, w tym poinformowanie dziecka o ogólnych zasadach profilaktyki HIV, będzie niezwykle istotna z punktu widzenia potencjalne-

go ryzyka zakażenia w każdej sytuacji społecznej, nie tylko w przypadku tych dzieci, których domownicy żyją z HIV. Wiele osób może nie mieć świadomości zakażenia i nie stosować podstawowych zasad bezpieczeństwa, o które, właśnie

z uwagi na świadomość zarażenia, dbają osoby żyjące z HIV.

Stan prawny na dzień 12 maja 2022 r.

Krajowe Centrum ds. AIDS

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), art. 2 ust. 1 pkt. 3.
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.), art. 12 pkt. 13.
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.), art. 15.
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), art. 19.
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.), art. 32 ust. 2.
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.), art. 17 ust. 2.
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.), art. 32 ust. 5.
8. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.), art. 17 ust. 1 i 2.
9. Marczyńska Magdalena, Leczenie dzieci zakażonych HIV w: Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS 2021, red. Parczewski Miłosz, Jabłonowska Elżbieta, Witak-Jędra Magdalena, str. 124.
10. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 447), art. 93 ust. 4.
11. Nitecki Stanisław, Wilk Aleksandra, Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Komentarz, komentarz do art. 93.
12. Cybula A., Głowaczewska I., Konieczny G., Latarska D., Marzec-Bogusławska A., Najważniejsze pytania o HIV/AIDS. Wydanie drugie uaktualnione. Wydawnictwo Poznańskie, 2007, str. 121.

Epidemia HIV w Ukrainie przed i po agresji Rosji - raport UNAIDS

6 659 220 uchodźców wojennych opuściło terytorium Ukrainy od 24 lutego do 31 maja 2022.

Ponad **8 milionów** mieszkańców Ukrainy zostało zmuszonych do oddalenia się od swojego miejsca zamieszkania, ale nie przekroczyło granicy tego kraju.

2 156 500 uchodźców powróciło w tym czasie na teren Ukrainy z krajów ościennych.

Na terytorium Ukrainy udokumentowano **263** rosyjskie ataki zbrojne na obiekty służby zdrowia.

15,7 miliona osób mieszkających w Ukrainie potrzebuje natychmiastowej różnego rodzaju pomocy, aby móc przeżyć w czasie toczącego się konfliktu zbrojnego.

30% osób HIV+ mieszkających w Ukrainie jest narażonych na przerwanie terapii antyretrowirusowej (ARV).

Według szacunków UNAIDS przed wybuchem wojny w Ukrainie żyło około 250 000 osób zakażonych HIV, z czego około 156 000 było objętych terapią ARV. W swoim raporcie UNAIDS podaje, że od początku konfliktu zbrojnego ukraińskie organizacje pozarządowe, których podstawową misją jest udzielanie wsparcia osobom żyjącym z HIV oraz członkom populacji szczególnie narażonych na zakażenie, nie otrzymały wystarczającej pomocy międzynarodowej. Największym, wciąż nie rozwiązany wyzwanie pozostaje zaopatrzenie w leki ratujące życie, w tym leki ARV oraz terapię substytucyjną osób uzależnionych od opioidów, zamieszkujących tereny wschodniej i południowej Ukrainy. Dzieje się tak z uwagi na toczące się tam działania

zbrojne, brak możliwości bezpiecznego przemieszczania się konwojów, wzmożonej migracji wewnętrznej mieszkańców czy przerwania łańcuchów dostaw, jak również braku personelu medycznego. Udzielanie specjalistycznej pomocy pacjentom utrudniają także ciągłe ataki wojsk rosyjskich na ukraińskie obiekty ochrony zdrowia oraz przerwy w transporcie wyrobów medycznych.

Z uwagi na konflikt zbrojny załamaniu uległ także system rejestracji nowych przypadków zakażeń HIV. Z uwagi na zniszczone laboratoria oraz aparaturę medyczną dostęp do diagnostyki, w tym do oznaczania poziomu komórek CD4 oraz wirerii. Brakuje również testów oraz czynników chemicznych. Wszystko to

doprowadziło to tego, że w pierwszym kwartale 2022 roku poziom testowania w kierunku HIV w Ukrainie spadł o 36% w porównaniu do tego samego okresu z roku 2021.

Do kwietnia 2022 roku w Ukrainie (z wyłączeniem obwodu charkowskiego, z którego nie ma danych) zarejestrowano 834 nowe przypadki zakażenia HIV, co stanowi blisko 40% spadek w porównaniu z danymi z kwietnia 2021 roku. Oznacza to, że znaczna liczba osób zakażonych pozostanie niezdiagnozowana, a osoby zdiagnozowane nie są objęte specjalistyczną opieką. Utrudniony jest również dostęp do terapii ARV dla mieszkańców terytoriów okupowanych (Doniecka, Ługańska, Charkowa oraz obwodu zaporoskiego). Niektóre placówki

pomocowe zlokalizowane w tej części Ukrainy działają tylko częściowo, z niektórymi nie ma kontaktu.

Do dnia 1 maja 2022 roku 2 793 nowych pacjentów zostało włączonych do terapii ARV, co stanowi spadek o 30% w porównaniu z tym samym okresem w roku 2021. Leczeniem antyretrowirusowym objętych jest obecnie 127 522 pacjentów, a 30% z nich jest zagrożonych przerwą w leczeniu z uwagi na kończące się zapasy leków. Aż 75 punktów referencyj-

nych oferujących leki ARV zgłasza brak nowych dostaw leków co oznacza, że te dostępne wyczerpią się w ciągu najbliższych trzech miesięcy.

Rozwiązaniem tej dramatycznej sytuacji mogłoby być opracowanie systemu monitorowania wydawania leków ARV oraz terapii substytucyjnej, jak również śledzenie ruchów migracyjnych ludności. Zdaniem UNAIDS konwoje humanitarne Organizacji Narodów Zjednoczonych wysyłane z zaopatrzeniem w niezbędne

leki i wyposażenie do punktów medycznych, pomogłyby mieszkańcom Ukrainy zakażonym HIV w zapewnieniu dostępu do terapii ARV, ciągłości diagnostyki i innych niezbędnych świadczeń.

Dane z raportu dotyczą sytuacji do 31 maja 2022 roku.

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Ukraine-SitRep.pdf

dr Maria Wawer, UMCS

Informacje na temat pojawienia się w Europie przypadków małpiej ospy

Europejskie Centrum Kontroli Epidemiologicznej (ECDC) oraz Europejskie Towarzystwo Kliniczne ds. AIDS (EACS) w czasie webinarium zorganizowanego w dniu 24.05.br. przekazało w trybie roboczym informacje na temat aktualnej sytuacji dotyczącej epidemii małpiej ospy (MPX) w krajach UE/EOG.

Przenoszenie się z człowieka na człowieka następuje poprzez bliski kontakt z materiałem zakaźnym pochodzącym ze zmian skórnych występujących u zakażonej osoby, drogą kropelkową przy długotrwałym kontakcie twarzą w twarz z osobą zakażoną, oraz przez kontakty seksualne. W tym ostatnim przypadku ECDC ocenia, że prawdopodobieństwo rozprzestrzeniania się MPX na obszarze UE/EOG zwiększa się u osób mających wielu partnerów seksualnych (w tym niektóre grupy MSM, co potwierdziły doniesienia z Wielkiej Brytanii i Portugalii) i jest raczej niskie dla szerszej populacji. Uważa się, że pomiędzy ludźmi zakażenie nie rozprzestrzenia się zbyt łatwo, ale możliwe jest zakażenie np. przez używanie tych samych zakażonych przedmiotów lub pościeli.

W większości przypadków, w obecnych ogniskach przebieg zakażenia ma charakter łagodny, jednak wirus małpiej ospy (MPXV) w niektórych populacjach (małe dzieci, kobiety w ciąży, osoby z obniżoną odpornością) może powodować ciężką chorobę. W obecnej sytuacji nie można jeszcze dokładnie oszacować prawdopodobieństwa wystąpienia przypadków z ciężkim przebiegiem.

Leczenie ma głównie charakter objawowy i podtrzymujący, obejmuje zapobieganie i leczenie wtórnych infekcji bakteryjnych. Osoby z MPX powinny pozostać w izolacji domowej, dopóki wysypka nie zagoi się całkowicie, unikając kontaktu z osobami z obniżoną odpornością i zwierzętami domowymi. Zaleca się również powstrzymanie się od aktywności seksualnej i bliskiego kontaktu fizycznego z innymi osobami do czasu zagojenia się wysypki.

W przypadku bliskiego kontaktu z MPX, powinno się prowadzić samokontrolę pod kątem rozwoju objawów do 21 dni od ostatniej ekspozycji.

W Europie istnieje potencjalne ryzyko przeniesienia wirusa z człowieka na zwierzę, dlatego potrzebna jest ścisła międzysektorowa współpraca między instytucjami zdrowia publicznego oraz weterynaryjnymi. Jednak na naszym kontynencie do tej pory nie odnotowano żadnego przypadku zakażenia u zwierząt (domowych lub dzikich).

W związku z istnieniem wielu niewiadomych dotyczących tego nowego zagrożenia, ECDC będzie nadal ściśle monitorować rozwój sytuacji i aktualizować ocenę ryzyka w miarę pojawiania się nowych danych i informacji.

Na dzień 2 czerwca zgłoszono 436 potwierdzonych przypadków małpiej ospy w 18 krajach UE/EOG, a 289 potwierdzonych przypadków w dziesięciu krajach spoza UE/EOG.

Źródło: ECDC

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-monkeypox-multi-country-outbreak>

kontra 

Redakcja
Maryla Rogalewicz

Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

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

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.

aspekty

Pięć pokoleń osób żyjących z HIV/AIDS

Na początek, każdy kto czyta ten tekst, niech zaśpiewa sobie piosenkę z kultowego niegdyś serialu Czterdziestolatek: „Czterdzieści lat minęło jak jeden dzień, (...) a świat w krąg ci roztacza uroki swe i prosi, żeby brać”. Pewnie niektórzy czytelnicy przypomną sobie tekst piosenki i sceny z serialu o przygodach inżyniera Karwowskiego, zaś inni będą potrzebowali sprawdzić, czy na Netflixie da się obejrzeć choć jeden sezon. W ten sam sposób można spojrzeć na trwającą nieustannie od czterdziestu lat epidemię HIV/AIDS w Polsce. Przez ten czas dokonało się wiele kluczowych zmian w kraju i na świecie. Zmienił się ustrój polityczny i zmieniały się rządy. Dokonała się technologiczna rewolucja, dająca nieograniczony dostęp do informacji. Jednak przede wszystkim urodziły się nowe pokolenia osób, które chcą aktywnie uczestniczyć w życiu kulturalnym, politycznym i społecznym. Polska zmieniając swój styl, możliwości i warunki życia. Przez ostatnie 40 lat rzeczywistość stawała się coraz bardziej zróżnicowana i złożona. Dynamicznie zmieniająca się przestrzeń istotnie odcisnęła piętno na funkcjonowaniu zarówno jednostek, jak i całych organizacji, zmuszając je do coraz większego inwestowania w międzypokoleniowy kapitał ludzki. Mimo wielu makro i mikro zmian ogólnogospodarczych, kilka obszarów pozostało niezmiennych w życiu obywateli. Zarówno kiedyś jak i dziś, Polacy podejmują kontakty seksualne, również ryzykowne, zakażając się wirusem HIV oraz innymi patogenami wywołującymi choroby przenoszone drogą płciową (STIs, z ang.: *sexual transmitted infections*). Choć to pozostaje niezmiennie, to epidemia HIV przez lata także zmieniała swój charakter. Zachowania, które kiedyś były uznawane za ryzykowne i stanowiące główne źródło zakażenia, kategoryzowały

osoby zakażone na grupy ryzyka takie jak: narkomani, prostytutki i homoseksualiści. Już dawno wycofano się z używania takiej nomenklatury na rzecz po prostu ryzykownych zachowań seksualnych, które Polacy podejmują niezależnie od światopoglądu, miejsca urodzenia, czy preferencji seksualnej. To co zmieniało się i rozwijało w społeczeństwie przez lata, to świadomość ryzyka oraz możliwości testowania się poprzez szeroko prowadzone kampanie edukacyjne, jako działania profilaktyczne dedykowane do coraz młodszych grup wiekowych. Jednak dzisiejsze realia pokazują, iż klasyczne formy przekazu profilaktycznego to za mało. Potrzebne są coraz nowsze ścieżki dotarcia do odbiorców, z wykorzystaniem nowych technologii oraz trendów komunikacyjnych. Aktualnie, wśród osób aktywnych seksualnie występują przedstawiciele aż pięciu generacji: *Baby Boomers*, *X*, *Y*, *Z*, *Alfa*. Osoby te, w zależności od przynależności pokoleniowej, mają różne podejście do zdrowia, relacji i bliskości, inaczej rozumieją lojalność, wierność, rozwój i oddanie. Należy pamiętać, że perspektywa pokoleniowa wyznacza określone tendencje do planowania i realizowania określonych inicjatyw, a to z kolei pozwala na lepsze dotarcie do kluczowych odbiorców. W związku z tym, osoby podejmujące decyzje dotyczące działań profilaktycznych i prozdrowotnych, stanęły przed nowym dylematem – jak trafić z przekazem profilaktycznym do różnych grup wiekowych tak, aby skutecznie ograniczać epidemię HIV/AIDS w Polsce i na świecie oraz by spełnić warunek przyjęty przez WHO „90-90-90-90” do roku 2030.

Obserwując zmieniającą się rzeczywistość, w oparciu o wyniki badań i wsłuchując się w głos ekspertów z różnych dy-

scyplin uznano, iż ważne jest zajęcie się tematem pokoleń osób żyjących z HIV/AIDS w Polsce. W skutek tych obserwacji powstała publikacja, która może stanowić swoiste kompendium wiedzy z zakresu zarządzania generacjami oraz adresowania do nich odpowiednich działań profilaktycznych. Głównym celem opracowania było scharakteryzowanie poszczególnych generacji tak, by zrozumieć podobieństwa i różnice między nimi oraz zachęcić do budowania środowiska otwartego na zróżnicowanie pokoleń. Publikacja łączy wiedzę naukową z obszaru nauk społecznych i humanistycznych, z doświadczeniem płynącym z praktyki psychologicznej oraz doradczej w punktach anonimowego testowania w kierunku HIV i STIs. Pochylając się nad zagadnieniem związanym z planowaniem przekazu profilaktycznego HIV/AIDS i innych STIs należy wziąć pod uwagę różnice pokoleniowe, zarówno twórców przekazu, jak i odbiorców, by poznać pokoleniowy punkt widzenia odnoszący się do działań na rzecz zdrowia i jakości życia. W pracy uwzględniono ogólne cechy charakteryzujące poszczególne generacje, jednak warto pamiętać, że każdy człowiek jest jedyny w swoim rodzaju i ma swój niepowtarzalny zestaw cech i doświadczeń, niezależnie od wieku i przynależności pokoleniowej.

Definicja i opis zjawiska

Pierwszym krokiem w procesie poznawania podobieństw i różnic między pokoleniami jest zrozumienie, czym w ogóle jest pokolenie – co faktycznie mamy na myśli, używając pojęcia pokolenie lub generacja? Aby odpowiedzieć na to pytanie należy przywołać różne określenia, definicje i obszary.

Pokolenie, czyli inaczej generacja, to pojęcie wszystkim dobrze znane już od starożytności. Opisywano i klasyfikowano tym słowem rodowód i historyczną ciągłość. Dzisiaj używa się tego pojęcia powszechnie, zarówno w przekazach formalnych, jak i potocznych, w mediach oraz w literaturze. W ujęciu naukowym to określenie także często się pojawia, jednak w różnych kontekstach, w zależności od dyscypliny. Sposobów definiowania zjawiska jest kilka. Z jednej strony definicja pokolenia ujmuje grupę społeczną, która charakteryzuje się specyficznymi dla niej wzorcami zachowań oraz pojmowania rzeczywistości. Z drugiej strony zaś, pojęcie to może być używane do nazwania grupy jednostek określonych granicami czasu urodzenia względem przodków. To genealogiczne ujęcie jest jednostką miary upływu czasu. Natomiast słownikowa definicja pojęcia zawiera zarówno aspekt czasowy, jak i jakościowy, odnoszący się do tego czym jest pokolenie oraz co różni je poszczególne generacje (Hysa, 2016).

W socjologicznym ujęciu termin ten oznacza między innymi część populacji wyróżnioną ze względu na wiek: młodszą lub starszą od innych mniej więcej o czas, jaki upływa od narodzin rodziców do narodzin potomstwa. Z tej perspektywy, klasycznym przykładem pokolenia mogą być grupy wiekowe w obrębie rodziny: dzieci, rodzice, dziadkowie, itd. Jednakże, w większych grupach niż rodzina, trudno jest wyróżnić pokolenie operując jedynie kryteriami biologicznymi lub metrykalnymi. W związku z tym, socjologowie rozszerzyli tę definicję, odróżniając od siebie osoby młodsze i starsze nie tyle wiekiem, co przede wszystkim wzajemnymi postawami, poglądami, wyznaczanymi wartościami i światopoglądem, aspiracjami, stylem porozumiewania się i sposobem życia (podejście odwołujące się do podobieństwa kulturowego). Ponadto, to co rozróżnia pokolenia, to odmienne doświadczenia (tzw. wspólne przeżycie pokoleniowe) oraz perspektywy bytowe (Dolińska-Weryńska, 2016). Widać zatem,

że osoby wychowujące się w odmiennych warunkach społecznych, kulturowych, oraz ustrojowo-politycznych w różny sposób podchodzą do życia, mają inną wizję siebie i świata oraz inne sposoby odnoszenia się do doświadczeń życiowych. Oznacza to, iż osoby przynależące do różnych generacji mają odmienne fundamentalne przekonania i sposób myślenia oraz inne odczucia względem różnych zdarzeń. Różnią się także odrębnymi sposobami reagowania na te same zdarzenia.

Opisywane wyżej pojęcie może być rozpatrywane na wielu płaszczyznach, na przykład jako:

- zbiór osób w zbliżonym wieku,
- zbiór osób znajdujących się w poszczególnych fazach życia (okresach rozwojowych), np. dzieci, młodzież, dorośli, starzy,
- zbiór osób charakteryzujący się wspólnotą postaw, zachowań i hierarchii wartości, przypisane wspólnym przeżyciom oraz doświadczeniom społecznym.

Głównymi czynnikami budującymi generację są zatem: wiek (czas urodzenia, wspólne dzieciństwo), wspólne doświadczenia pokoleniowe, normy społeczne oraz realia życia, w tym postęp technologiczny. Każde pokolenie ustanawia swoje ideały i priorytety na podstawie zastanej rzeczywistości i możliwości, jakie ona oferuje na przyszłość. Osoby składające się na daną generację poszukują podobnego optymalnego kierunku rozwoju osoby, aby ustanowić model nowej generacji (Hysa, 2016; Wiktorowicz, Warwas, 2016).

Charakterystyka pokoleń

Dla określenia przynależności pokoleniowej jeszcze do niedawna wystarczyło wyznaczyć granice wiekowe. Jednakże, po roku 2000 ta sprawa nieco się skomplikowała, ponieważ znacznie trudniej jest wyznaczyć, kiedy dane pokolenie się kończy, a kiedy zaczyna następne. W poprzednich epokach wyróżniano kolejne generacje co około 30 lat, potem co 20 lat, aż wreszcie skrócono ten czas do 10 lat. Obecnie, niektóre opracowania podają, iż jedno pokolenie to czas nawet około 5 lat, a po tym czasie pojawia się następ-



ne, lub jakaś podkategoria trwającego pokolenia (Kowalczyk-Anioł, Szarfańska, Włodarczyk, 2014). Współcześnie wyliczyć można 5 pokoleń aktywnych społecznie, zawodowo i seksualnie, których nazwy własne wywodzą się z kolejnych liter alfabetu. Mimo, iż wyróżnia się więcej generacji osób żyjących, to niektóre stanowią zdecydowaną mniejszość w społeczeństwie. Przykładem mogą być osoby najstarsze, czyli te które urodziły się przed rokiem 1945, przed końcem II wojny światowej, żyjące w dobie Wielkiego Kryzysu, należące do pokolenia General Generation lub Silent Generation. W obrębie tego pokolenia można dokonać podziału na tych, którzy weszli w czas wojny jako osoby dorosłe oraz na tych, którzy byli wówczas młodymi nastolatkami lub dziećmi. Tych drugich nazywa się także pokoleniem cichym, stąd nazwa Silent Generation. Osoby należące do tego pokolenia to tzw. budowniczo-wie współczesnej Europy i obecnie są w zaawansowanym wieku senioralnym. Następne pokolenie, które urodziło się w czasach powojennego wyżu demograficznego, czyli między 1946 a 1964 rokiem, to osoby przynależące do generacji nazywanej Baby Boomers (BB). Kolejne pokolenie tworzy generację X, stanowiącą osoby urodzone już w drugiej połowie XX wieku (1965-1980). Dziećmi Baby Boomers'ów oraz X'ów są osoby przynależące do pokolenia Y, czyli osoby urodzone w latach 80. i 90. XX wieku. Zamiennie można używać określenia Millennials, które odnosi się do tego i następnego pokolenia, czyli generacji Z. Tę grupę stanowią osoby urodzone po 1990 roku, choć według niektórych źródeł nawet po 1995 roku. Od tego punktu na osi pokoleniowej zaczęły tworzyć się nowe subgeneracje w zdecydowanie krótszym czasie. Nakładają się i wzajemnie przenikają, tworząc kolejne, nowsze ich podzbiory. Urodzenie w latach następujących po 2010 roku daje przynależność do pokolenia Alfa, czyli obecnie najmłodszej generacji (Hysa, 2016; Wiktorowicz i Warwas 2016). Według Prensky (2001) Millennials, czyli pokolenie Y i Z, oraz pokolenie Alfa tworzą grupę tzw. cyfrowych tubylców. Od dziecka towarzyszy im coraz bardziej rozwinięta technologia. Natomiast osoby starsze to cyfrowi imi-

granci, ponieważ rozwijali się i dorastali w erze analogowej, a do świata cyfrowego dołączyli już w dojrzałym wieku.

Podane wyżej nazwy są uniwersalne, do zdefiniowania poszczególnych pokoleń niezależnie od geolokalizacji. Równolegle można zamiennie używać innych określeń, choć starsze roczniki z pewnością bardziej różnią się od siebie ze względu na uwarunkowania geopolityczne, społeczne, ekonomiczne i kulturowe, w szczególności w porównaniu z ich rówieśnikami z krajów zachodnioeuropejskich lub Stanów Zjednoczonych. W niniejszej publikacji wzięto pod uwagę polskie uwarunkowania na przestrzeni lat, zaś transformacja społeczno-ekonomiczna naszego kraju, a teraz globalizacja i powszechny dostęp do Internetu sprawiają, że osoby z młodszych generacji są coraz bardziej do siebie podobne niezależnie od regionu ich pochodzenia. Unifikują się wzorce konsumpcji, style życia, moda i ogólne trendy.

Różnice międzypokoleniowe w zakresie odbioru przekazu profilaktycznego dotyczącego HIV/AIDS

Ekspertki zajmujący się tematem HIV/AIDS współcześnie mają coraz większe doświadczenie w pracy z osobami w różnym przedziale wiekowym. Na przestrzeni lat widoczna jest zmiana indywidual-

nych cech ludzi, którzy zgłaszają się m.in. do punktów testowania. Zmiana związana jest nie tylko z coraz młodszym wiekiem osób wykonujących test, ale także w obrębie zachowań ryzykownych, sposobu postrzegania infekcji HIV i innych STI, poziomu wiedzy oraz wyznawanych wartości i reakcji na dodatni wynik testu. Różnice międzypokoleniowe widoczne wśród klientów Punktów Konsultacyjno-Diagnostycznych (PKD) zmuszają środowisko ekspertów do poszukiwania nowych dróg dotarcia do świadomości społeczeństwa. Baby Boomersi, przyzwyczajeni do oczekiwania w kolejkach m.in. na wizytę lekarską, całkowicie rozumieją sytuację, w której należy poczekać na rozmowę przed lub po teście oraz wynik następnego dnia albo nawet kilka dni później. Dużo czytają. Preferują klasyczny przekaz profilaktyczny na ulotkach, w gazetach, z odniesieniem do autorytetów. Zazwyczaj rzetelnie odpowiadają na pytania zadawane w celu oszacowania ryzyka, mimo poczucia skrępowania, szczególnie widocznego u kobiet. Dla pokolenia X, które wchodziło w dorosłe życie seksualne równolegle do pierwszych rozpoznawanych przypadków zakażenia HIV i ogłoszenia epidemii, punkty anonimowego testowania stanowią wartość samą w sobie. Świadomość tego, że jest dedykowane miejsce, w którym można uzyskać fachową pomoc daje im śmiałość w korzystaniu z tego typu miejsc. Reprezentanci pokolenia X także doceniają możliwość rozmowy z do-





radcą PKD – bezpośredni kontakt, który może wzbogacić ich o nową wiedzę. Wielu przedstawicieli pokolenia powojennego wyżu demograficznego (BB) oraz generacji X charakteryzuje mniejsza mobilność geograficzna, niż osoby młodsze. Ogólnie są oni zwolennikami tradycyjnej wizyty lekarskiej. Niechętnie wyszukują informacji na temat tego, gdzie można wykonać test w kierunku HIV i na czym polega takie badanie. Na test zgłaszają się najczęściej na podstawie rekomendacji jakiegoś specjalisty (lekarza, psychologa, seksuologa, itp.), po bezpośrednim skierowaniu przez lekarza, ale także zainspirowani audycją radiową lub interesującym artykułem prasowym. Przekaz profilaktyczny adresowany do odbiorców z pokolenia BB i X powinien być prosty i jak najbardziej tradycyjny. Dlatego, należy wzmacniać działania edukacyjne kierowane do szerokiego grona specjalistów, których boomersi oraz X’y prędzej spotkają na swej drodze, tj.: lekarzy, psychologów, seksuologów, fizjoterapeutów, pracowników ochrony zdrowia, edukatorów zdrowotnych, dietetyków, prawników, a nawet dziennikarzy, fryzjerów, przedstawicieli zawodów z branży „beauty”, policjantów i innych służb mundurowych, itp. Edukując specjalistów z różnych branż, należy także dołożyć wszelkich starań i zachęcać coraz szersze grono osób, do tworzenia nowych punktów testowania w całej Polsce, nawet w małych miejscowościach, gdzie wydawać by się mogło, że taka działalność nie zapewni anonimowości. Ponadto, nie

należy zapominać, iż klasyczny e-mail jest wciąż najbardziej preferowanym kanałem komunikacji wśród 80% przedstawicieli pokolenia X (Kuczamer-Kłopotowska, 2016). Nieustannie używają go w pracy oraz do kontaktu z rodziną, znajomymi i pozytywnie reagują na maile wysyłane z dedykacją do nich osobiście. Ta generacja przykłada dużą uwagę do oszczędzania, dlatego z wdzięcznością wykorzystują kupony lub talony, przyjmują gratisy i drobne upominki. To przywiązuje ich do marki, hasła. Skutecznym narzędziem np. w punktach anonimowego testowania jest wręczanie po wykonanym teście czegoś drobnego, aby fakt wykonania badania w kierunku HIV i/lub STI kojarzył się z korzystnym zdarzeniem, nawet po przebytych ryzykownym doświadczeniu. Jest to pokolenie osób lojalnych względem m.in. pracodawców, marek odzieżowych, itp. W związku z tym, drobny gest marketingowy może spowodować, iż osoby z pokolenia BB i X powrócą na kolejne badanie, gdy uznają to za zasadne.

Trochę inaczej kształtuje się sytuacja cyfrowych tubylców. Większość osób z pokoleń objętych mianem iGen, raczej preferuje szybkość działania, tj. szybką rozmowę, szybki test, szybko uzyskany wynik. Nie czują się komfortowo oczekując w poczekalni, a także odpowiadając na pytania w wywiadzie przed testem – dopóki nie zrozumieją sensu oszacowywania ryzyka zakażenia się HIV i/lub innymi STIs, niechętnie udzielają wiarygodnych informacji.

Doceniają postęp technologiczny w dziedzinie anonimowości, szybkości i dostępności testowania. Tutaj sprawdza się rapid-test oraz samodzielne testy domowe, akceptują zdalne wizyty. Najbardziej pewne medium, które do nich trafia to Internet, szczególnie informacje widoczne w znanych portalach społecznościowych. Rządziej czytają – bardziej oglądają. Kolorowy, ciekawy graficznie przekaz może przykuć ich uwagę. Dopiero w następnym kroku, jeśli się zaciekawia, będą zgłębiać wiedzę. Przekaz profilaktyczny dotyczący zdrowia – zdrowego stylu życia i bezpiecznych zachowań seksualnych jest dla nich tematem mało ciekawym, często po prostu nudnym. Dlatego ważne jest, aby projektując kampanie profilaktyczne uwzględnić taki przekaz, który „rzuci się w oczy” przedstawicielom młodszych pokoleń. Warto zachęcać do udziału w kampaniach reklamowych znane osoby w obrębie danego pokolenia. U Y’ków, Z’tek i Alf doskonale sprawdzą się youtuberzy, influencerzy, gamerzy i inne osoby aktywnie działające w sieci. Ponadto, barwne i merytoryczne kampanie edukacyjne prowadzone na portalach społecznościowych, poprzez podcast’y będą trafiały do przedstawicieli każdej generacji. X’y na znanym portalu społecznościowym szukają głównie rozrywki i zabawnych treści. Ich uwagę przykuwają profile i wydarzenia angażujące ich zasoby intelektualne oraz wzmacniające więzi i relacje. Millenialsi poza rozrywką, chętnie wykorzystują portale społecznościowe do komunikacji z instytucją, marką, czy organizatorem akcji promocyjnej. Dlatego, w tej grupie pokoleniowej istnienie takiego kanału daje dodatkowe możliwości w zakresie obsługi potencjalnych odbiorców przekazów profilaktycznych. Osoby z pokolenia Y lubią gry angażujące ich intelektualnie i emocjonalnie, a także chcą tworzyć i mieć poczucie przynależności do danych społeczności, np. osób dbających o zdrowy styl życia, ćwiczących crossfit, biegających, itp. Dlatego, chętnie angażują się w różne akcje, szczególnie takie, które współgrają z ich osobistymi wartościami, używając hashtagów („#”) powiązanych z hasłami. Pokolenie Y docenia improwizację, swobodę i autentyczność w komunikacji – to dlatego krótkie filmiki video (virale) stały się popularnym nośnikiem informacji. Nie trzeba czytać, a wystarczy obejrzeć szybki



przekaz i wiadomo o co chodzi. Niestety, nie ma recepty na dobry viral – potrzebna jest odrobina szczęścia i refleksu. Wyłapanie w porę nadarżającej się okazji i bystre tworzenie angażującej kreacji przykuje uwagę nie tylko cyfrowych tubydców, ale także innych aktywnych użytkowników sieci. Zetki, dlatego że od urodzenia traktowane są osobiście, w życiu dorosłym potrzebują personalizowanego komunikatu. Cenią indywidualne podejście 1:1 oraz dostarczenie dokładnie tego, czego chcą i potrzebują. Spersonalizowane działania będą przykuwały ich uwagę i stanowiły klucz do ich serc i umysłów. Świetnie sprawdzają się rekomendacje produktowe bazujące na ich preferencjach, doświadczeniach oraz historii życia. Niestety, stary sprawdzony Facebook czy Twitter wśród młodszego pokolenia nie jest już aż tak atrakcyjny i popularny. Badania wykazały, że niespełna połowa amerykańskich nastolatków używa Facebooka (Pruett, 2018). Znacznie popularniejsze są social media stawiające na treści wizualne: YouTube, Snapchat czy Instagram. To pokolenie chyba bardziej niż

poprzednie, ceni autentyczność i wiarygodność. Dlatego, młode osoby bardziej ufają rekomendacjom blogerów i youtuberów, których obserwują, niż ekspertów w danej dziedzinie. Wiele osób z pokolenia Z utożsamia się z influencerami, którzy reprezentują podobny styl życia, zainteresowania czy wartości. To wpływa na to, iż Zetki i Alfki są bardziej skłonne powielić wybór, zachowanie lub postawę rekomendowaną przez ulubionego twórcę niż zareagować na gołe hasło na szarym billboardzie lub posłuchać głosu autorytetów (Kuczamer-Kłopotowska, 2016).

Podsumowanie

Oczywistym jest fakt, że różnimy się od siebie doświadczeniami, wyznawanymi wartościami, oczekiwaniami i reagowaniem na otaczający nas świat. Wiszenie na trzepaku przed blokiem trzeba odróżnić od wiszenia na smartfonie, a wyjście do kawiarni, które kiedyś uchodziło za oznakę przyjemności i luksusu, teraz jest przestrzenią co-workingową, w której wię-

cej osób siedzi z laptopem na kolanach niż rozmawia. Taka jest widoczna oznaka czasu. Czterdzieści lat epidemii HIV w Polsce pokazuje nie tylko rozwój medycyny, transformację terapii antyretrowirusowej, ale także przemianę pokoleniową. I choć osoby przynależące do różnych generacji zwykle inaczej interpretują te same zdarzenia, patrząc na nie z własnego punktu widzenia oraz perspektywy własnych doświadczeń, to temat zakażenia wciąż pozostaje w zakresie stygmatyzacji i dyskomfortu psychicznego u znacznej większości osób żyjących z HIV w Polsce. Dlatego zasadnym jest szukanie i rozwijanie nowych kanałów przekazu profilaktycznego dotyczących HIV/AIDS oraz innych STIs, o szerokich zasięgach. Na zakończenie tej części publikacji warto przytoczyć słowa wspomnianej piosenki z serialu Czterdzieści lat minęło to piękny wiek (...). Na drugie tyle teraz przygotuj się, a może i na trzecie ktoś to wie? W związku z tym, autorka pragnie przesłać przekaz do rozpoczęcia ogólnopolskiej dyskusji w temacie zmian pokoleniowych wśród osób żyjących z HIV w Polsce, aby poprzez starania wielu organów działających na rzecz zdrowia, zachęcać polskie społeczeństwo do zgłębiania wiedzy na temat bezpiecznego seksu oraz podejmowania bardziej świadomych działań, które finalnie będą zwiększać zadowolenie i podnosić jakość życia wszystkich obywateli.

Niniejszy tekst został opracowany na podstawie pracy pogładowej „Wyzwania na przyszłość w planowaniu odbioru przekazu profilaktycznego HIV/AIDS z uwzględnieniem różnic pokoleniowych”.

*dr n. społ. Bogna Szymańska-Kotwica,
Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza
Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie;
Gabinet Psychoterapii Minds of Hope*

Bibliografia:

1. Dolińska-Weryńska D. (2016). Motywacje i potrzeby pracowników pokolenia Y w gospodarce opartej na wiedzy. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i zarządzania, s. 92.
2. Hysa B. (2016). Zarządzanie różnorodnością pokoleniową. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i zarządzania.
3. Kowalczyk-Anioł J., Szafrąńska E., Włodarczyk B. (2014). Dialog międzypokoleniowy w turystyce, [w:] Międzypokoleniowe aspekty turystyki. J. Śledzińska, B. Włodarczyk (red.), Wyd. PTTK „Kraj”, Warszawa, s. 41-53.
4. Kuczamer-Kłopotowska. (2016). Rola mediów społecznościowych w komunikacji pokolenia Y. Handel Wewnętrzny; 3(362):216-227.
5. Prensky M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants. On the Horizon, 9, (5).
6. Pruet M. (2018). Gen Z's Favorite Social Networks: YouTube, Instagram, Snapchat. Dostęp: luty 2022, <https://www.criteo.com/blog/gen-z-social-media/>
7. Wiktorowicz J, Warwas I. (2016). Pokolenie na rynku pracy. [W:] J. Wiktorowicz, I. Warwas i in. (red.), Pokolenia – co się zmienia? Kompendium zarządzania multigeneracyjnego. Wolters Kluwer, Warszawa, s. 19-35.