

*Dorota Cianciara*

## PROFILAKTYKA HIV/ AIDS ZE WZGLĘDU NA KULTUROWĄ TOŻSAMOŚĆ PŁCI

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

*W artykule analizowano wybrane przyczyny podatności kobiet i mężczyzn na HIV/AIDS na świecie i w Polsce. Omówiono podstawowe zasady budowania programów prewencyjnych uwzględniających kwestie kulturowej tożsamości płci.*

*Słowa kluczowe: zapobieganie HIV/ AIDS, podatność, kulturowa tożsamość płci, Polska*  
*Key words: HIV/AIDS prevention, vulnerability, gender, Poland*

### WSTĘP

Kulturowa tożsamość płci jest, zapożyczonym z terminologii niemieckiej, odpowiednikiem angielskiego słowa „gender”. Różni się od pojęcia „płeć” (*sex*), ma szersze znaczenie i można ją nazywać płcią społeczną (1). 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 są jednak kobiety i to one stanowią obecnie około 45% osób żyjących z HIV na świecie (2).

Pierwsze dowody na istnienie związku pomiędzy kulturową tożsamością płci i podatnością na HIV/ AIDS istniały już pod koniec lat 80 (3,4). Jednak informacje te nie znajdowały praktycznego zastosowania w działaniach zapobiegawczych. Przede wszystkim dlatego, że zgromadzona wiedza wskazywała raczej na fakt istnienia takiej zależności, aniżeli pozwalała na wyjaśnienie przyczyn i mechanizmów jej powstania. Trzeba pamiętać, że były to lata, kiedy cały obszar zdrowia publicznego był zdominowany przez tradycyjne modele zwalczania chorób. Społeczne, kulturowe i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia, zwerbalizowane na przykład w Karcie Ottawskiej (1986), były rozumiane i doceniane przez nielicznych. Poza tym, pomimo że w niektórych krajach istniały już różnorodne przedsięwzięcia nastawione na rozwój społeczny i ekonomiczny, to jednak żadne z nich nie było

oceniane pod kątem widzenia wpływu na szerzenie się HIV. Proces wykorzystania wiedzy teoretycznej do działań praktycznych był więc stosunkowo długotrwały, nawet tam, gdzie istniały dostateczne do realizacji zasoby finansowe. Wyraźne przyspieszenie nastąpiło w wyniku przygotowań do Konferencji ONZ „Populacja i Rozwój”, która odbyła się w Kairze w 1994 roku oraz sformułowanych tam rekomendacji. Kolejnym momentem przełomowym była Konferencja ONZ „W sprawie kobiet” (Pekin, 1995) i jej ustalenia dotyczące m.in. problematyki HIV/ AIDS (5). Istotne było też opublikowanie przez UNAIDS w 1999 roku pierwszego, opartego na setkach badań z całego świata, kompendium wiedzy na temat teorii i praktyki związanej z podatnością na HIV/AIDS z powodu kulturowej tożsamości płci (6). W następnych latach dokonał się dalszy postęp w tej dziedzinie, nadal jednak głównie w sferze przyczyn podatności na podejmowanie ryzyka. Wiedza dotycząca związków kulturowej tożsamości płci z dostępnością i jakością leczenia oraz opieki, a także skutkami zakażenia i choroby wymaga znacznego pogłębienia. Poszerzenia wymaga też wiedza na temat skuteczności interwencji praktycznych uwzględniających tę problematykę (7).

#### PODATNOŚĆ MĘŻCZYŹN NA HIV/AIDS

Pomimo, że różne społeczności i kultury wytworzyły odmienne wzorce „bycia mężczyzną”, to jednak wiele wydaje się wskazywać na istnienie podobieństw i uniwersalnych schematów, które opisano w piśmiennictwie światowym. Niezależnie od odniesień do szczegółowych pozycji piśmiennictwa, omawiane poniżej prawidłowości pochodzą z opublikowanych przez UNAIDS i ŚOZ opracowań zbiorczych (patrz pozycje piśmiennictwa 6,7). I tak, z badań wynika, że od mężczyzn oczekuje się najczęściej, aby w rodzinie spełniali funkcje ekonomiczne i dostarczali znaczących środków na jej utrzymanie. W efekcie oczekuje się, aby podejmowali się pracy twórczej, związanej z produkcją dóbr i usług, ta bowiem przynosi dochód. Praca o tym charakterze wykonywana jest najczęściej poza domem i nierzadko wymaga większej mobilności, a nawet czasowej czy stałej migracji. Wychođenje z domu, oddalenie od krewnych i znajomych sprzyja poczuciu uwolnienia od kontroli społecznej. Sytuacje takie mogą owocować zaangażowaniem się w różnorodne zachowania ryzykowne (alkohol, narkotyki, płatny seks, zdrada małżeńska). Zaspokajanie finansowych potrzeb rodziny jest ważnym czynnikiem nadającym mężczyznom większy prestiż społeczny i dającym silniejszą kartę przetargową w podejmowaniu różnych decyzji związanych z funkcjonowaniem rodziny i gospodarstwa domowego. Wynikające z tego poczucie siły wraz z kolejnymi czynnikami, takimi jak społeczne (większe dla mężczyzn niż kobiet) przyzwolenie na picie alkoholu, przejawianie zachowań agresywnych i stosowanie siły w rozwiązywaniu problemów interpersonalnych tworzą klimat, w którym podejmowanie ryzyka, np. związanego z seksem, może być przejawem męskości. Kolejne stereotypy, które mogą bezpośrednio wystawiać mężczyzn na ryzyko zakażenia, związane są z aktywnością seksualną. Młodym mężczyznom przystoi posiadanie doświadczenia płciowego czy też nawet oczekuje się, aby mieli je większe od kobiet. Popycha to wielu mężczyzn do nabywania tej pożądanej społecznie cechy i w związku z tym w skali świata obserwuje się, że mężczyźni (kawalerowie i żonaci) mają więcej partnerek seksualnych niż kobiety. Doświadczenie seksualne może znaleźć swoje ukoronowanie w trakcie rozmów między kolegami. Mogą być jedną z najważniejszych metod edukacji seksualnej mężczyzn

(8) i najczęściej towarzyszy temu zdobywanie wiedzy fałszywej i trudnej do wyeliminowania, ponieważ korygowanie jej traktowane bywa jako „nie męskie”. Kolejnym czynnikiem, który wystawia mężczyzn na większe ryzyko zakażenia jest silna stygmatyzacja homoseksualizmu. I choć stosunki homoseksualne nie należą do rzadkości wśród mężczyzn uważanych za heteroseksualnych, to jednak ucieczka przed piętnem powoduje, że informacje na temat transmisji homoseksualnej mogą zostać odrzucone jako nie mające zastosowania.

### PODATNOŚĆ Kobiet NA HIV/AIDS

Według badań z różnych kręgów kulturowych, kobietom przypisuje się przede wszystkim funkcje opiekuńcze i oczekuje się od nich głównie tzw. pracy odtwórczej w domu – związanej z zarządzaniem zasobami ludzkimi i materialnymi rodziny. Podjęcie pracy twórczej, zawodowej, zazwyczaj nie zwalnia kobiet z prac domowych (9). W każdym jednak przypadku, z powodu swoistej izolacji i braku czasu, może dochodzić do radykalnego zawężenia sieci społecznej kobiet, pomniejszenia ich kapitału społecznego (korzyści z powiązań biznesowo-polityczno-towarzyskich) oraz ograniczenia możliwości społecznego uczenia się. Kobiety pracujące w domu, ale także te, które pracują zawodowo i dostają mniejszą zapłatę niż mężczyźni, mogą stać się uzależnione ekonomicznie od mężczyzn. Wytwarza to sytuację wyraźnej asymetrii w sile partnerów i może w poważnym stopniu utrudniać kobietom podejmowanie różnych decyzji, w tym także decyzji o separacji lub rozwodzie nawet wtedy, gdy ryzyko zakażenia HIV przez męża staje się oczywiste. Z badań wynika bowiem, że obawa przed biedą i jej potencjalnymi skutkami (bezdumność i wykluczenie społeczne) bywa większa niż strach przed chorobą. Nierównowaga siły może też, razem z innymi czynnikami, wyzwać różne formy przemocy wobec kobiet, z pożyciem seksualnym pod przymusem i gwałtem włącznie. Kolejnym elementem są uwarunkowania mechanizmów korzystania z fachowej pomocy medycznej. I tak, kobiety z powodu obowiązków rodzinnych, domowych i zawodowych mają mniej czasu, a nierzadko i pieniądze, aby zgłosić się do lekarza. Dodatkowo działa tu stereotyp, że żona i matka najpierw dba o potrzeby rodziny. Wśród czynników społecznych, które mogą w bezpośredni sposób zwiększać podatność kobiet na zakażenie warto zwrócić uwagę na różne standardy aktywności płciowej ludzi młodych ze społeczną akceptacją pasywności i dziewictwa kobiet. Przyjęcie takiego modelu postępowania w praktyce powoduje nierzadko, że ogólnie dostępna wiedza o HIV/AIDS staje się zbędna i nieużyteczna, taka – do której się nie sięga. Dziewczyny są często 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. Łącznie może to owocować niedostateczną wiedzą na temat HIV/AIDS, zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. Znane są także przypadki podejmowania przez młode kobiety stosunków analnych w celu ochrony błony dziewiczej. Z badań wynika też, że jeśli w hierarchii wartości danej społeczności macierzyństwo jest cechą obdarzoną szczególnym szacunkiem, może to przyczyniać się do małej akceptacji planowania rodziny, antykoncepcji i prezerwatyw oraz trudności w praktycznym ich stosowaniu.

## PODATNOŚĆ KOBIET W POLSCE NA HIV/AIDS

Analizując zagadnienie podatności na HIV/ AIDS kobiet i mężczyzn w Polsce trzeba z ubolewaniem przyznać, że nasza wiedza na ten temat jest fragmentaryczna i niezadowalająca. Wśród przyczyn należy wymienić fakt, że tzw. „gender studies” są w Polsce stosunkowo nową dziedziną badawczą oraz to, że niektóre „wstydlive” zjawiska (takie jak np. różne formy przemocy seksualnej wobec kobiet) są bardzo trudne do oszacowania zarówno na podstawie oficjalnych statystyk jak i badań (10,11). Inny powód tkwi w tym, że badacze związani z problematyką HIV/AIDS opierają się na analizach sfery poznawczej, postaw i zachowań różnych segmentów populacji z podziałem respondentów według standardowych kryteriów społeczno-demograficznych. W badaniach nie stosuje się zmiennych niezależnych takich jak np. akceptowane normy seksualne, role i zwyczaje społeczne charakterystyczne dla kobiet i mężczyzn. Skutkiem powyższych ograniczeń, posiadana wiedza pochodzi z badań konstruowanych do innych celów badawczych oraz z badań prowadzonych w innych krajach. Nie można jednak chyba mieć nadziei, że opisane wcześniej relacje społeczne są obce części kobiet i mężczyzn w Polsce. Wśród wielu luk istnieje jednak obszar, który jest zdiagnozowany w dostatecznym stopniu i dotyczy on sytuacji zawodowej oraz ekonomicznej kobiet w naszym kraju. Z raportu „Rząd o sytuacji kobiet w Polsce” wynika, że przy restrukturyzacji zakładów pracy w pierwszej kolejności zwalniane są kobiety, a zgłaszane do urzędów pracy oferty w większości dotyczą zawodów lub stanowisk tradycyjnie uważanych za męskie. Pracodawcy chętniej zatrudniają mężczyzn, zwłaszcza dotyczy to sektora prywatnego, gdyż kobiety postrzegane są jako pracownicy mniej dyspozycyjni. Kobiety narażone są na długotrwałą bierność zawodową, ponieważ przerwy w pracy związane np. z urlopami macierzyńskimi i wychowawczymi przyczyniają się do dezaktualizacji kwalifikacji zawodowych. Wiadomo, że w sektorze publicznym wynagrodzenie kobiet różni się znacząco od wynagrodzenia mężczyzn o takim samym wykształceniu. Pod koniec 2002 roku, wg danych GUS, mężczyźni zarabiali przeciętnie o 20,3% więcej niż kobiety, a różnica ta była szczególnie duża w przypadku osób o wykształceniu wyższym (płaca mężczyzn była wyższa o 47,3%) i zawodowym (43,2%). Obserwując wynagrodzenia w podziale na grupy zawodów, największe dysproporcje na niekorzyść kobiet widoczne były wśród robotników przemysłowych i rzemieślników (58%) oraz wyższych urzędników i kierowników (39,2%). Ponadto obserwujemy znaczący wzrost kosztów planowania rodziny oraz wzrost kosztów opieki nad małym dzieckiem. W okresie transformacji ekonomicznej zlikwidowano w Polsce ponad 50% żłobków i około 30% przedszkoli (na wsi 40%). Skutkiem tego nastąpiła komercjalizacja usług związanych z opieką nad małym dzieckiem, otworzył się rynek pracy dla nianie i opiekunek, a przedszkola stały się płatne. W tej sytuacji nierzadko jedynym wyjściem dla kobiet jest praca w domu – praca odtwórcza, z którą związane są opisane wyżej zagrożenia. Dotyczy to zwłaszcza kobiet gorzej sytuowanych materialnie, bezrobotnych i młodszych, które w konsekwencji mogą stanowić grupę kobiet szczególnie podatnych na zakażenie HIV w Polsce.

### INTERWENCJE PREWENCYJNE POD KĄTEM WIDZENIA KULTUROWEJ TOŻSAMOŚCI PŁCI

Interwencje tego rodzaju mają charakter działań skoncentrowanych na danej, ściśle określonej społeczności. Przystępując do ich projektowania należy najpierw zdiagnozować istniejące dystanse społeczne. W tym celu można posłużyć się zarówno istniejącymi danymi jak i przeprowadzić własną analizę. Do użytecznych narzędzi należą tu, opisywane dla kobiet i mężczyzn, tzw. profile aktywności oraz dostępu do zasobów i kontroli nad nimi (12). W profilu aktywności, który ma postać tabelaryczną, z boku tabeli odnotowuje się rodzaje czynności związanych z pracą twórczą i odtwórczą, a w „główce” wykonawców tych czynności (z podziałem na mężczyzn i kobiety w trzech grupach wiekowych tj. młodych, dorosłych i starych), czas jaki na to poświęcają oraz miejsce ich wykonywania. Profil dostępu i kontroli jest również w postaci tabeli, z boku której są wymienione różne zasoby środowiska oraz korzyści społeczne, dla których odnotowuje się fakt posiadania dostępu i kontroli. Ważne jest tu zrozumienie, że posiadanie dostępu do jakiegoś zasobu nie jest równoznaczne z faktem, że ma się nad nim kontrolę. Dla przykładu, dziewczęta w Polsce mają formalny dostęp do edukacji, ale 70% Polaków zgadza się z twierdzeniem, że wyższe wykształcenie jest bardziej potrzebne mężczyznom. Można z tego wnosić, że w niemalym odsetku rodzin pierwszeństwo w zdobywaniu wykształcenia mają chłopcy, a dziewczęta nie mają realnego wpływu na swoją edukację (13). I podobnie – wykorzystywanie zasobów nie oznacza, że ma się z tego korzyści. Dla przykładu, ukończenie edukacji i uzyskanie formalnego zawodu nie oznacza, że wykonuje się pracę zgodną z wykształceniem i czerpie z tego jakieś zyski. Oszacowane w powyższy sposób różnice statusu kobiet i mężczyzn mogą stać się punktem wyjścia do wyboru celów działania, ale są też pomocne w technicznym konstruowaniu interwencji – wyborze dróg dostępu do audytorium, metod pracy, a nawet wiodących przekazów.

W dalszej kolejności należy pamiętać, aby nie pogłębiać istniejących różnic. Z tego punktu widzenia, do typowych błędów należą na przykład 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-sprzedazy 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. Interwencje, które służą zmniejszaniu podatności będącej wynikiem różnic w kulturowej tożsamości płci można podzielić na: wrażliwe na kulturową tożsamość płci, transformatywne i strukturalne (wzmacniające). Stanowią kontinuum od stosunkowo prostych do bardziej złożonych i radykalnych. W artykule tym nie sposób omówić całej metodologii budowania kolejnych rodzajów interwencji. Konieczne jest natomiast zaprezentowanie tzw. listy kontrolnej do oceny, czy dana interwencja uwzględnia problematykę dystansów społecznych związanych z kulturową tożsamością płci (patrz str. 769). Listę tę, a ściślej – jej dwa pierwsze działy, można wykorzystać do projektowania nowych interwencji, ale też do oceny już istniejących. Część trzecia dotyczy wewnętrznych procesów w instytucji/organizacji pracującej nad interwencją, mają one bowiem zasadniczy wpływ na charakter podejmowanych działań. Z tego punktu widzenia, część trzecia powinna być pierwszą na tej liście. Ogólnie, obowiązuje tu zasada, że im więcej elementów z listy będzie wprowadzo-

nych do interwencji, tym lepiej z punktu widzenia zmniejszania podatności ze względu na nierówności statusu kobiet i mężczyzn (14).

#### PODSUMOWANIE

Do skutecznego postępowania przeciwepidemicznego potrzebne są różnorodne działania, które mieszczą się w nurcie biomedycznym, behawioralnym i strukturalnym. Jednym z podstawowych jest też nurt wynikający z kulturowej tożsamości płci, który w zasadzie jest częścią nurtu strukturalnego. Obecnie istnieją już dowody, że podejście to zwiększa efektywność prewencji HIV/AIDS, ułatwia odbiorcom radzenie sobie w sferze zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, ale pomaga też w radzeniu sobie z innymi problemami zdrowotnymi. Podejście to służy osiągnięciu sprawiedliwości społecznej i równości, przyczynia się do respektowania praw człowieka. W polskich warunkach należy jak najszybciej podjąć działania zmierzające do wdrożenia interwencji tego typu. Wymagaloby to włączenia się w obszar profilaktyki HIV/ AIDS reprezentantów wielu nowych dziedzin życia społecznego i naukowego. Kluczowe znaczenie będzie tu miało szkolenie odpowiednich grup twórców i realizatorów interwencji.

*D Cianciara*

#### GENDER AND HIV/AIDS PREVENTION

#### SUMMARY

The sociocultural gender norms that interfere with vulnerability to HIV/ AIDS in global and Polish context are discussed. The issue of gender related HIV/AIDS vulnerability in Poland is underestimated. Existing data on unemployment rate and average wages seems to indicate that socioeconomic status of women in Poland is rather low and create social susceptibility to HIV infection. Some programmatic and policy recommendations to reduce individual risk and vulnerability of women and men are presented.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Trawińska M. Płeć społeczna. W: Popularny słownik wychowania prorodzinnego i seksualnego. Warszawa: Agencja Promo-Lider;1996:196-98.
2. AIDS Epidemic Update 2004. UNAIDS;2004.
3. Petros-Barvazian A. Women and AIDS; a challenge for humanity. WHO; World AIDS Day Newsletter, No 2:1990.
4. Reid E, Bailey M. Young women: silence, susceptibility and the HIV epidemic. UNDP; Issues Paper 12: November 1993.
5. Platforma Działania i Deklaracja Pekińska. Wydawnictwo na zlecenie Pełnomocnika Rządu ds. Rodziny i Kobiet;1995:52-54.
6. Gender and HIV/ AIDS: Tacking stock of research and programmes. UNAIDS;1999.
7. Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes. Expert Consultation. WHO;2002 June.
8. Cianciara D. Wiedza o AIDS, postawy i zachowania związane z AIDS wśród mężczyzn rozpoczynających zasadniczą służbę wojskową. Praca na stopień doktora nauk medycznych. PZH; 1995.
9. Health 21 – health for all in the 21<sup>st</sup> century. Copenhagen: WHO;1999:30-3.

10. Nowacka V. Przemoc seksualna w małżeństwach polskich. *Problemy Rodziny* 1998;2:39-43.
11. Włodarczyk R. Przemoc w rodzinie – skala zjawiska. *Polityka Społeczna i Ekonomiczna* 1997; 8:31-4.
12. Gender awareness for population and development. International Planned Parenthood Federation; 1995.
13. Wóycicka J, Dominiczak A. Edukacja kobiet. W: Nowakowska U. *Kobiety w Polsce w latach 90.* Centrum Praw Kobiet: 82-130.
14. Gender Sensitivity Checklist. Gender & AIDS modules. Manual 8/6/2002. UNAIDS;2002.

Otrzymano: 29.12.2004 r.

**Adres autorki:**

Dorota Cianciara  
Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Państwowego Zakładu Higieny  
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa  
e-mail: dcianciara@pzh.gov.pl

LISTA KONTROLNA DO OCENY ZAKRESU WRAŻLIWOŚCI PROGRAMU  
NA KWESTIE KULTUROWEJ TOŻSAMOŚCI PŁCI  
(GENDER SENSITIVITY CHECKLIST)

**Tworzenie programu/polityki**

- umożliwia członkom społeczności, zwłaszcza kobietom i dziewczętom, udział w procesie planowania
- korzysta z innowacyjnych i nietradycyjnych metod zachęcających członków społeczności, zwłaszcza kobiety i dziewczęta, do udziału w procesie planowania (np. organizowanie sesji w miejscach, w których tradycyjnie gromadzą się kobiety albo w czasie, który jest dla nich dogodny, itp.)
- umożliwia osobom żyjącym z HIV/ AIDS, zwłaszcza kobietom i dziewczętom, udział w procesie planowania
- włącza wszystkich uczestników, zwłaszcza kobiety i dziewczęta, w tworzenie celów i zadań programu/ polityki
- prowadzi szkolenia w kwestiach kulturowej tożsamości płci dla wszystkich realizatorów programu
- włącza realizatorów, którzy są członkami populacji docelowej programu
- włącza realizatorów, którzy nie mają oporów w rozmowie o kwestiach związanych z kulturową tożsamością płci
- dostosowuje działania do realnie istniejących warunków ekonomicznych, politycznych i kulturowych, w jakich żyją uczestnicy
- dostosowuje działania, aby odnosiły się do dystansów między kobietami i mężczyznami oraz między dziewczętami i chłopcami
- używa metod uczestniczących (aktywność grupowa, odgrywanie ról, burza mózgów, opowiadanie historii, itp.)
- produkuje materiały edukacyjne, które promują pozytywny wizerunek kobiet, mężczyzn, dziewcząt i chłopców oraz osób żyjących z HIV/AIDS
- odbywa się w czasie i miejscu dogodnym dla wszystkich uczestników, zwłaszcza kobiet i dziewcząt

- dowozi/odwozi uczestników, aby zwiększyć udział
- organizuje opiekę nad dziećmi podczas prowadzenia działań

### **Wdrożenie programu/polityki**

- umożliwia członkom społeczności, zwłaszcza kobietom i dziewczętom, udział w „peer education” (np. wiodące fragmenty dyskusji na warsztatach, demonstracja używania prezerwatyw, itp.)
- umożliwia osobom żyjącym z HIV/ AIDS, zwłaszcza kobietom i dziewczętom, udział we wdrażaniu programu
- zapewnia równy dla wszystkich uczestników dostęp do informacji i wiedzy
- zachęca do dyskusji o społecznych atrybutach płci, które dotyczą kobiet, mężczyzn, młodzieży i ludzi starych
- umożliwia kobietom i mężczyznom, dziewczętom i chłopcom zrozumienie potrzeb drugiej płci
- próbuje zapewnić, aby kobiety i mężczyźni, dziewczęta i chłopcy wzajemnie wsłuchiwali się w potrzeby drugiej strony (np. uczestnicy zastępują się rolami w trakcie odgrywania ról, podsumowują i powtarzają kwestie wynikłe w trakcie dyskusji, itp.)
- umożliwia dyskusję na temat czynników społecznych, ekonomicznych, politycznych i struktury społecznej, które powodują, że kobiety i mężczyźni są poddani większemu ryzyku HIV/AIDS
- umożliwia dyskusję na temat czynników biologicznych, które powodują, że kobiety i mężczyźni są poddani większemu ryzyku
- umożliwia dyskusję o tym, w jaki sposób nierówności związane z kulturową tożsamością płci wpływają na prewencję HIV/AIDS, przenoszenie zakażenia, leczenie i opiekę
- odnosi się do problemów finansowych związanych z HIV/ AIDS, które zazwyczaj nieproporcjonalnie silnie dotyczą kobiet i dziewcząt (np. prawo, które nie pozwala wdowom dziedziczyć ziemi, konieczność poszukiwania nowej formy dochodu dla wdów, ciężar kosztów opieki zdrowotnej, itp.)
- umożliwia dyskusję na temat nierówności siły pomiędzy kobietami i mężczyznami oraz dziewczętami i chłopcami oraz jej wpływu na przenoszenie i zapobieganie HIV (np. trudności jakie mają kobiety, jeśli nalegają na używanie prezerwatyw przez partnerów, możliwość wyboru kiedy i z kim chcą uprawiać seks, itp.)
- umożliwia dyskusję, jak wzmocnienie (uwłasnowolnienie) kobiet i dziewcząt może zmniejszyć ich podatność na HIV/ AIDS (podstawowe znaczenie ma udział w tej dyskusji mężczyzn i chłopców, aby mogli wspierać swoje żony, siostry i matki, ponieważ wzmocnienie kobiet może stanowić dla nich zagrożenie)
- pracuje nad eliminacją różnic w sile i autonomii kobiet i mężczyzn, dziewcząt i chłopców
- podnosi kwestie przemocy wobec kobiet i dziewcząt
- kobietom i dziewczętom stwarza możliwości wzmocnienia (uwłasnowolnienia) (np. zwiększa pewność siebie poprzez umożliwienie zdobywania nowych umiejętności, ponoszenie większej zgodnej z własną wolą odpowiedzialności, zostanie lokalnym liderem promocji zdrowia, itp.)
- umożliwia i docenia wsparcie jakiego mogą sobie udzielić kobiety i dziewczęta



- umożliwia wspólne omawianie spraw związanych z seksem, zdrowiem seksualnym i zachowaniami (seks analny, suchy, komercyjny, itp.)
- ponosi podwójny standard odnoszący się do aktywności płciowej kobiet i mężczyzn (np. mężczyźni mogą angażować się w seks pozamałżeński, a kobiety nie, mężczyźni powinni mieć doświadczenie przed małżeństwem, kobiety nie, itp.)
- podnosi problem wykorzystania seksualnego (gwałt, kazirodztwo, itp.)
- podnosi kwestię seksu nastolatków i wpływu jaki może to mieć na HIV/ AIDS
- podkreśla znaczenie równego dla dziewcząt i chłopców dostępu do edukacji
- podnosi problematykę zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego dzieci i nastolatków
- ułatwia dorosłym zrozumienie potrzeb dzieci i nastolatków odnośnie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego
- umożliwia dorosłym właściwe reagowanie na potrzeby dzieci i nastolatków odnośnie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego
- dla wszystkich uczestników prowadzi pokaz prawidłowego używania prezerwatywy męskiej i kobiecej oraz umożliwia uczestnikom dotykanie ich i ćwiczenia
- umożliwia dyskusję o możliwych trudnościach, jakie mogą mieć kobiety i mężczyźni podczas używania prezerwatyw
- omawia wpływ HIV/ AIDS na decyzje prokreacyjne kobiet i mężczyzn
- umożliwia włączenie zarówno kobiet jak i mężczyzn w planowanie rodziny
- mówi jak uniknąć zakażenia dziecka od matki (przed porodem i po)
- podnosi potrzebę poprawy jakości świadczeń medycznych dla kobiet i dziewcząt
- podnosi problem poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych (transport, finanse, itp.)
- umożliwia mężczyznom i chłopcom równe uczestnictwo w zapobieganiu HIV/ AIDS
- zachęca mężczyzn i chłopców do udziału w pracach domowych, zwłaszcza gdy kobieta jest zakażona
- zachęca mężczyzn i chłopców do większego udziału w opiece nad rodziną

### **Struktura organizacyjna instytucji/organizacji wdrażającej program**

- istnieje zdefiniowana polityka firmy zobowiązująca do krzewienia świadomości kulturowej tożsamości płci
- monitoruje wewnętrzne zwyczaje w celu określenia obszarów, które nie są wrażliwe na kulturową tożsamość płci
- nieustająco modyfikuje wewnętrzne obyczaje, aby stać się wrażliwą na kwestie kulturowej tożsamości płci
- wśród personelu wspiera świadomość różnic związanych z kulturową tożsamością płci
- rozumie w jaki sposób kulturowa tożsamość płci determinuje pracowników na każdym szczeblu
- zatrudnia kobiety i mężczyzn
- zapewnia kobietom dostęp do wszystkich stanowisk na wszystkich szczeblach
- kobietom i mężczyznom płaci tyle samo, za taką samą pracę
- wspiera potrzeby pracowników wynikające z posiadania rodziny (opieka, ruchomy czas pracy, dni wolne)
- kobietom i mężczyznom zapewnia dostęp do szkolenia, podnoszenia kwalifikacji i rozwoju.