

Survey of studies of stigmatization and discrimination of patients with HIV/AIDS by medical personnel – comparison of Polish experience with the global situation

Przegląd badań nad stygmatyzacją i dyskryminacją pacjentów z HIV/AIDS ze strony personelu medycznego – polskie doświadczenia na tle sytuacji na świecie

Maciej Rogala¹, Tomasz Mach², Marek Motyka³, Ewa Donesch-Jeżo⁴

¹ Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska

Department of Health Policy and Management, Institute of Public Health, Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University, Medical College, Cracow, Poland

Head: prof. dr hab. C.W. Włodarczyk

² Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Katedra Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Zakaźnych, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków, Polska

Department of Gastroenterology and Hepatology, Chair of Gastroenterology, Hepatology and Infectious Diseases, Faculty of Medicine, Jagiellonian University, Medical College, Cracow, Poland

Head: prof. dr hab. T. Mach

³ Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków, Polska

Department of Health Psychology, Institute of Nursing and Midwifery, Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University, Medical College, Cracow, Poland

Head: dr hab. M. Motyka

⁴ Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków, Polska

Faculty of Psychology and Humanities, The Andrzej Frycz Modrzewski Cracow University, Krakow, Poland

Head: dr hab. L. Pawłowski, prof. UJ

Abstract

Introduction. Since the emergence of the problem of HIV/AIDS infection, its pejorative social perception has been observed. The results of studies indicate occurrence of stigmatization and discrimination of patients with diagnosed HIV/AIDS by medical personnel, including doctors and dentists. **Aim of the study.** To review the literature pertaining to the findings of studies of stigmatization and discrimination of patients with HIV/AIDS in Poland and abroad. **Material and methods.** The studies were carried out

Streszczenie

Wprowadzenie. Od pojawienia się problemu zakażenia HIV i AIDS obserwowana jest pejoratywna percepcja społeczna. Wyniki badań wskazują na zjawiska stygmatyzacji i dyskryminacji pacjentów z rozpoznaniem HIV/AIDS ze strony personelu medycznego, w tym lekarzy i lekarzy dentyków. **Cel pracy.** Przegląd literatury uwzględniającej wyniki badań na temat przypadków stygmatyzacji i dyskryminacji pacjentów z HIV/AIDS w Polsce i za granicą. **Materiał i metody.** Badania przeprowadzono z wykorzystaniem

KEYWORDS:

stigmatization and discrimination of patients with HIV/AIDS, stigmatization and discrimination of patients by doctors, medical personnel-patient relationship

HASŁA INDEKSOWE:

stygmatyzacja i dyskryminacja pacjentów z HIV/AIDS, stygmatyzacja i dyskryminacja pacjentów ze strony lekarzy, relacje personel medyczny-pacjent



with the use of the search Engine Medline/PubMed taking into account the experience in this area in Poland. The survey of the literature was supplemented with other articles by Polish and foreign authors, as well as the reports of international projects. The following keywords were used: "stigmatization and discrimination of patients with HIV/AIDS", "stigmatization and discrimination by medical staff/doctors", "relationships between doctors and patients with HIV/AIDS", "stigmatization of HIV/AIDS", "discrimination of HIV/AIDS." **Results and discussion.** The previous studies of these phenomena reveal that both in Poland and in other countries the cases of stigmatization and discrimination of patients with HIV/AIDS by doctors and dentists do occur, and medical personnel is at the forefront of the groups stigmatizing and discriminating against the infected patients. The repeated manifestations of these phenomena include: refusal of medical and dental help, refusal of carrying out an examination/procedure, or admitting to a hospital ward. The results of some investigations and presented theoretical concepts suggest that among underlying causes of these negative behaviours and attitudes towards these patients may be the feeling of fear or anxiety, as well as the lack of decent knowledge of the ways of viral transmission. **Summary.** The presented results of the research into the problem of stigmatization and discrimination by medical personnel focus mainly on the description of their manifestations towards patients with HIV/AIDS. Only some of these studies, within a narrow scope, try to depict the causes of these negative behaviours and attitudes. There are no studies, especially in Poland, thoroughly illustrating this problem. Therefore, it seems justified to undertake research analysing deeply the area of the relationship between medical personnel and patients in order to understand better the aetiology of stigmatization and discrimination, and as a result, to eliminate such cases in health care.

Introduction

In 1983 the first patients with HIV were diagnosed in Poland.¹ Since the emergence of this virus in many regions of the world – including our country – the cases of stigmatization and discrimination against patients with diagnosed HIV/AIDS have been noted. A particular area of occurrence of such cases is the relationship between medical staff and a patient, where stigmatization and discrimination of patients by medical professionals, including doctors and dentists, is observed.

wyszukiwarki Medline/PubMed uwzględniając doświadczenia w w/w obszarze w Polsce. Przegląd literatury uzupełniono o inne artykuły polskich i zagranicznych autorów oraz międzynarodowe raporty. Użyto następujących słów kluczowych: „stygmatyzacja i dyskryminacja pacjentów z HIV/AIDS”, „stygmatyzacja i dyskryminacja ze strony personelu medycznego/lekarzy”, „relacje lekarze-pacjenci z HIV/AIDS”, „stygmatyzacja HIV/AIDS” „dyskryminacja HIV/AIDS”. **Omówienie wyników i dyskusja.** Przeprowadzone dotychczas badania na temat tych zjawisk pokazują, iż zarówno w Polsce, jak i wielu krajach świata mają miejsce od wielu lat przypadki stygmatyzacji i dyskryminacji pacjentów z HIV/AIDS ze strony lekarzy i dentyków, a personel medyczny znajduje się na czele grup dyskryminujących i stygmatyzujących zakażonych pacjentów. Do powtarzających się przejawów tych zjawisk należy: odmowa pomocy lekarskiej i pomocy stomatologicznej, odmowa wykonania badania, zabiegu czy przyjęcia na oddział szpitalny. Wyniki niektórych badań oraz przedstawione koncepcje teoretyczne sugerują, iż wśród przyczyn tych negatywnych zachowań i postaw wobec pacjentów może leżeć poczucie strachu lub lęku oraz brak należytej wiedzy na temat przenoszenia wirusa. **Podsumowanie.** Przedstawione wyniki badań na temat stygmatyzacji i dyskryminacji ze strony przedstawicieli zawodów medycznych skupiają się głównie na opisie ich przejawów wobec pacjentów z HIV/AIDS. Jedynie niektóre z nich – w wąskim zakresie – podejmują zobrazowanie przyczyn tych negatywnych zachowań i postaw. Brakuje badań, w tym zwłaszcza w Polsce, szczegółowo obrazujących tę kwestię. W związku z tym wskazanym wydaje się podjęcie badań, które w sposób pogłębiony analizowałyby obszar relacji personel medyczny–pacjenci w celu lepszego zrozumienia etiologii, a w konsekwencji wyeliminowania przypadków stygmatyzacji i dyskryminacji w ochronie zdrowia.

Wprowadzenie

W 1985 roku zdiagnozowano pierwszych w Polsce pacjentów z zakażeniem HIV.¹ Niemal od samego początku pojawienia się tego wirusa, w wielu rejonach świata – w tym w naszym kraju – odnotowywane były przypadki stygmatyzacji i dyskryminacji osób z rozpoznaniem HIV i ADIS. Szczególnym obszarem takich przejawów są relacje pacjent–personel medyczny, w obrębie których dochodzi do stygmatyzacji i dyskryminacji chorych ze strony przedstawi-



Searching for causes of this phenomenon, it should be underlined that since the very beginning of the HIV emergence, it has been accompanied by negative perception by society.² The first cases of the then unknown virus in the early 80s of the 20th century were related to the lifestyle of homosexuals and drug addicts. They were recognized as the carriers of HIV, which was reflected by the terms used in scientific literature such as *gay*, *homosexual syndrome*, *Gay-Related Immunodeficiency (GRID)*, *Gay Compromise Syndrome* or *Acquired Community Immunodeficiency Syndrome (ACIDS)*.³⁻¹¹ A glaring example of such negative perception was the classification of this new disease, called “*the 4H disease*,” in relation to the nations or social groups affected by it namely *Haitians homosexuals*, *hemophiliacs* and *heroin users*.¹¹⁻¹⁵

A negative social picture of persons infected with HIV resulted in stigmatization and discrimination against this group of patients. In response to this situation, organizations have been created, which support individuals with this virus or disease, and counteract unfavourable phenomena accompanying them. The world's first initiatives of this type were American organizations established in cities where the first cases of HIV and AIDS were identified, such as *San Francisco AIDS Foundation (SFAF)* and *AIDS Project Los Angeles (APLA)* or *Men's Health Crisis (GMHC) in New York*. Several years later other organizations were created in Western Europe. In Poland, the foundation stone for creation and development of projects of this type was laid by – undaunted by strong resistance of the society – *Marek Kotański* and the priest *Arkadiusz Nowak*. They established a precursory non-governmental organization the *Solidarity Association “Plus”* and a National Program for AIDS prevention.¹⁶⁻²³ Despite undoubtedly significant social role fulfilled by these organizations for persons affected by HIV and AIDS, their activities did not impede the development of unfavorable phenomena in the form of stigmatization and discrimination, which have been observed hitherto in our country and abroad.

By coincidence, already in 1987, Jonathan

cieli zawodów medycznych, w tym lekarzy i lekarzy dentyistów.

Szukając przyczyn tego zjawiska należy podkreślić, iż od samego początku pojawieniu się HIV towarzyszyła mu negatywna percepcja społeczna.²

Pierwsze przypadki na początku lat 80-tych XX wieku, nieznanego wówczas nowego wirusa, łącznie ze stylem życia homoseksualistów i narkomanów. Uznawano ich za nosicieli wirusa, czego odzwierciedleniem były określenia stosowane w terminologii naukowej, takie jak: *gay cancer*, *homosexual syndrome*, *Gay-Related Immunodeficiency (GRID)*, *Gay Compromise Syndrome*, czy *Acquired Community Immunodeficiency Syndrome (ACIDS)*.³⁻¹¹ Jaskrawym przykładem negatywnej percepcji była również klasyfikacja określająca tę nową chorobę jako „*the 4H disease*”, na którą zapadali Haitańczycy (*Haitians*), homoseksualiści (*homosexuals*), hemofilicy (*hemophiliacs*) i zażywający heroinę (*heroin users*).¹¹⁻¹⁵

Negatywny, społeczny obraz osób zakażonych HIV/AIDS, zaowocował stygmatyzacją i dyskryminacją tej grupy chorych. W odpowiedzi na tę sytuację zaczęły powstawać organizacje działające na rzecz wsparcia osób dotkniętych wirusem lub chorobą i przeciwdziałania towarzyszącym im niekorzystnym zjawiskom. Pierwsze na świecie tego typu inicjatywy stanowiły amerykańskie organizacje zakładane w miastach, gdzie zidentyfikowano pierwsze przypadki HIV i AIDS, takie jak *San Francisco AIDS Foundation (SFAF)* oraz *AIDS Project Los Angeles (APLA)*, czy *Men's Health Crisis (GMHC)* w Nowym Jorku. Kilka lat później zaczęto je tworzyć w krajach Europy Zachodniej. W Polsce, kamień węgielny pod powstanie i rozwój tego typu projektów, położyli – niezrażeni silnymi oporami ze strony społeczeństwa – *Marek Kotański* i ks. *Arkadiusz Nowak*, tworząc prekursorską w skali kraju organizację pozarządową Stowarzyszenie Solidarni „Plus” oraz Krajowy Program ds. przeciwdziałania AIDS.¹⁶⁻²³ Mimo niewątpliwie istotnej społecznie roli, jaką pełniły te organizacje na rzecz osób dotkniętych HIV i AIDS, ich działalność nie zahamowała rozwoju niekorzystnych zjawisk w postaci stygmatyzacji i dyskryminacji, które

Mann, the former director of the *WHO Global Program on AIDS*, distinguished three phases of HIV/AIDS epidemic, determining the first one as HIV epidemic, the second as AIDS epidemic, and the third as epidemic of stigma, discrimination and prejudice, underlining this issue as a valid problem concerning AIDS in a global perspective.²⁴⁻²⁶

The significant feature of the term “discrimination” is unequal and unjust treatment of affected persons, resulting exclusively from belonging to a particular category of people or a social group.²⁷ On the scale of social rejection, discrimination lies between segregation and persecution.²⁸ According to social psychologists, the basis of such behaviour are negative stereotypes (generalizations) or prejudice (negative attitude) presented by a group.²⁹

A synonymous term “stigmatization” refers to branding somebody or, in other words, marking him/her through attributing a negative feature, discrediting this person in the eyes of others. It is a social process within which people subjected to stigmatization are given a disqualifying attribute, not accepted by the society, and resulting in exclusion.³⁰ What is important, a stigma leads to social rejection because an individual has a feature disqualifying him/her in the eyes of others, in spite of not being the characteristics of a given person, but being a social construct.³¹ *Irving Goffman*, who was the first to introduce this term to science, emphasized that it refers to a permanently discrediting attribute.³² *Graham Scambler* defined the notion of “stigma” using the term health-related stigma, within which he distinguished felt stigma related to self-stigma and the feeling of shame caused by the disease, and enacted stigma related to experienced discrimination.³³⁻³⁸

A Polish scientist studying the problem of stigmatization and discrimination of persons with HIV/AIDS, *Elżbieta Czykwin*, a sociologist, divided these people into “our own sort of people” and “strangers” – an *in* group and an *out* group.³¹ Being stigmatized means having, in the eyes of others, less value, feeling of mutilation and imperfectness.³⁹ *Jolanta Wojciechowska*, another Polish researcher of this problem, defined stigmatization on the basis of the so-called model

observed so far today both in our country, as well as abroad.

Not by accident already in 1987 *Jonathan Mann*, former director of *WHO Global Programme on AIDS*, distinguished three phases of epidemic related to HIV and AIDS. The first he defined as HIV epidemic, the second as AIDS epidemic, and the third as epidemic of stigma, discrimination and prejudice, underlining this issue as a valid problem concerning AIDS in a global perspective.²⁴⁻²⁶

Analyzing the concept of discrimination one should pay attention to its essential feature, which is unequal and unjust treatment resulting exclusively from belonging to a particular category of people or a social group.²⁷ On the scale of social rejection, discrimination lies between segregation and persecution.²⁸ According to social psychologists, the basis of such behaviour are negative stereotypes (generalizations) or prejudice (negative attitude) presented by a group.²⁹

A synonymous term “stigmatization” refers to branding somebody or, in other words, marking him/her through attributing a negative feature, discrediting this person in the eyes of others. It is a social process within which people subjected to stigmatization are given a disqualifying attribute, not accepted by the society, and resulting in exclusion.³⁰ What is important, a stigma leads to social rejection because an individual has a feature disqualifying him/her in the eyes of others, in spite of not being the characteristics of a given person, but being a social construct.³¹ *Irving Goffman*, who was the first to introduce this term to science, emphasized that it refers to a permanently discrediting attribute.³² *Graham Scambler* defined the notion of “stigma” using the term health-related stigma, within which he distinguished felt stigma related to self-stigma and the feeling of shame caused by the disease, and enacted stigma related to experienced discrimination.³³⁻³⁸

A Polish scientist studying the problem of stigmatization and discrimination of persons with HIV/AIDS, *Elżbieta Czykwin*, a sociologist, divided these people into “our own sort of people” and “strangers” – an *in* group and an *out* group.³¹ Being stigmatized means having, in the eyes of others, less value, feeling of mutilation and imperfectness.³⁹ *Jolanta Wojciechowska*, another Polish researcher of this problem, defined stigmatization on the basis of the so-called model



of social defence system, in which a stigma is a marker of potential threat, and is assigned to people who, within certain interactions, may threaten their participants. The basis of stigmatization of individuals, or the whole groups in the described model, is human tendency of avoiding threat in social interactions. Thus, a stigma plays a role of an instrument of social control, excluding threatening persons (that is, HIV carriers) from the frame of this interaction.³³ *Gregory Herek*, a psychologist from California, one of the precursors of the research into attitudes and responses to persons with HIV, distinguished several manifestations of a stigma, namely prejudice, humiliation, discrediting and discriminating.^{33,40} *Herek* defined two types of HIV/AIDS stigma: instrumental stigma, the basis of which is the fear of HIV/AIDS as disease, accompanied by the need of defense, and symbolic stigma, being an effect of associating HIV infection with intolerable groups, and serving as a means of expressing hostility towards them.^{33,41}

Aim of the study

The aim of this paper is presentation of research into the problem of stigmatization and discrimination of persons with HIV/AIDS by medical professionals, especially by doctors and dentists. In this work, Polish experience in this area is analysed and compared with research in other countries in order to show manifestations of this problem in an international perspective.

Material and methods

To analyze Polish experience in the area of research into stigmatization and discrimination of persons with HIV/AIDS by medical staff, a systematic survey has been performed of all the hitherto studies using the search Engine Medline/PubMed. The survey has been completed with publications by Polish and foreign authors discussing this problem, including previously carried out selected research projects in this area. For searching, the following key words have been used: “stigmatization and discrimination of patients with HIV/AIDS”, “stigmatization and discrimination by medical professionals/doctors”, “relationship between medical personnel and

ich i obcych – grupę *in* i *out*.³¹ Być napiętnowanym to posiadanie w oczach innych ludzi mniejszej wartości, poczucie okaleczenia i niedoskonałości.³⁹ Inna z badaczek podłożyła stygmatyzacji i dyskryminacji osób z HIV i AIDS, *Jolanta Wojciechowska*, definiuje stygmatyzację w oparciu na tzw. modelu społecznego systemu obronnego, w którym stygmat jest znacznikiem potencjalnego zagrożenia i przypisuje się go osobom, które w obrębie określonych interakcji mogą zagrażać innym ich uczestnikom. Podłożem stygmatyzacji osób lub grup w opisywanym modelu jest ludzka skłonność do unikania zagrożenia w obrębie interakcji społecznych. Stygmat staje się tutaj narzędziem kontroli społecznej wykluczającym osoby zagrażające (czyli nosiciele HIV) z ram tych interakcji.³³ Z kolei *Gregory Herek*, psycholog z Kalifornii, jeden z prekursorów badań nad postawami i reakcjami wobec osób z HIV, wśród manifestacji stygmatu wyróżnił uprzedzenia, poniżanie, dyskredytowanie i dyskryminowanie.^{33,40} *Herek* wyróżnił dwa rodzaje stygmatów HIV/AIDS: stygmat instrumentalny, którego podłożem leży w strachu przed HIV/AIDS jako chorobie, czemu towarzyszy potrzeba ochrony oraz stygmat symboliczny, powstający jako efekt kojarzenia zakażenia HIV z grupami nietolerowanymi i służący jako środek wyrażania wobec nich wrogości.^{33,41}

Cel pracy

Celem pracy jest przegląd badań nad stygmatyzacją i dyskryminacją osób z HIV i AIDS przez przedstawicieli zawodów ochrony zdrowia, a w tym szczególnie przez lekarzy i lekarzy dentyków. Zamierzono przedstawić i poddać analizie polskie doświadczenia w tym zakresie, zestawiając je z badaniami z innych krajów w celu pokazania przejawów tego problemu w wymiarze międzynarodowym.

Materiał i metody

Dla celów analizy polskich doświadczeń w obszarze badań nad stygmatyzacją i dyskryminacją osób zakażonych HIV/AIDS przez personel medyczny, przeprowadzono przegląd systematyczny wszystkich dotychczasowych badań wykorzystując do

patients with HIV/AIDS”, “stigmatization of HIV/AIDS”, “discrimination of HIV/AIDS”. In this work, the publications focusing on this problem have been presented, taking into consideration Polish specificity, as well as the reports on stigmatization and discrimination from fifty countries.

Results and discussion

The hitherto research reports into stigmatization and discrimination of persons with diagnosed HIV/AIDS in Poland prove the occurrence of such cases in many areas of these persons' social life.^{26,33,42} The studies indicate that among social groups which stigmatize and discriminate against this type of patients in Poland and abroad is, among others, medical personnel.⁴³⁻⁵²

Discussing Polish experience in this area, we should present the most important study in Poland so far carried out in the years 2009-2011 of 545 persons with HIV at the age of 16-71 years. The results showed that 23% of respondents were refused medical care, including dental care, because of HIV infection, 10% of respondents were not admitted to the district hospitals despite having health problems, and every fourth respondent reported breach of medical secrecy though passing further the information about their infection by medical staff.⁵³ Up to 27.5% of respondents faced discrimination by workers of health care and, what is worth emphasizing, this group discriminated patients most often, that is, 2.5 times as frequently as their acquaintances, and 3.5 as frequently as prison service workers. The respondents supplied a long list of examples of discriminating behaviour, among which, apart from unethical treatment, incompetent medical care, or disseminating the information about the patients' infection, were refusal of medical help (14.1%), dental help (12.1%), recommended procedure (8.6%), admission to hospital (7.0%), rehabilitation (1.8%).⁵³

Another example of a large nationwide project is studies carried out in 2010 on a sample of 502 patients at the age from 18 to over 50 years in seven cities in Poland within the scope of an international project “People living with HIV

tego celu wyszukiwarę Medline/PubMed. Przegląd uzupełniono o inne artykuły polskich i zagranicznych autorów omawiających tę tematykę, uwzględniając dotychczas przeprowadzone wybrane projekty badawcze w tym obszarze. Podczas wyszukiwania użyto następujących słów kluczowych: „stygmatacja i dyskryminacja pacjentów z HIV/AIDS”, „stygmatacja i dyskryminacja ze strony personelu medycznego/lekarzy”, „relacje lekarze–pacjenci z HIV/AIDS”, „stygmatacja HIV/AIDS” „dyskryminacja HIV/AIDS”. W pracy przedstawiono publikacje koncentrujące się na omawianej problematyce badawczej dotyczące polskiej specyfiki tego problemu oraz raporty na temat stygmatacji i dyskryminacji przeprowadzone w 50 krajach świata.

Wyniki – omówienie i dyskusja

Prowadzone dotychczas badania nad stygmatacją i dyskryminacją osób z rozpoznaniem HIV i z AIDS w Polsce dowodzą, że takie przypadki zachodzą w wielu obszarach życia społecznego zakażonych osób.^{26,42,33} Badania wskazują, że wśród grup, które stygmatazują i dyskryminują tego typu pacjentów w Polsce i za granicą, znajduje się między innymi personel medyczny.⁴³⁻⁵²

Omawiając polskie doświadczenia w tym zakresie, należy wskazać na największe dotąd badania w Polsce, jakie przeprowadzono w latach 2009-2011 wśród 545 zakażonych HIV osób w wieku od 16 do 71 lat. Wyniki pokazały, iż 23% badanych nie udzielono opieki medycznej, w tym dentystrycznej, z powodu zakażenia HIV, 10% respondentów nie dostało się do szpitala rejonowego, mimo takiej potrzeby zdrowotnej, a co czwarty badany wskazywał na łamanie tajemnicy lekarskiej poprzez przekazywanie dalej informacji o ich zakażeniu.⁵³ Aż 27,5% respondentów spotkało się z dyskryminacją ze strony pracowników ochrony zdrowia i – co godne podkreślenia – to właśnie ta grupa dyskryminowała pacjentów najczęściej, a także 2,5 raza częściej niż ich znajomi i 3,5 raza częściej niż pracownicy służby więzienia. Respondenci wyróżnili długą listę praktyk dyskryminacyjnych, wśród których – obok nieetycznego traktowania, niekompetentnej pomocy lekarskiej czy rozpowszechniania wiadomości



(PLHIV) Stigma Index.”⁵⁴ The respondents were asked how often in the last 12 months they had been refused health care services, including dental care because of HIV infection. Refusal of various frequency, as an example of discrimination, was reported by 20% of respondents. A total of 152 respondents admitted that medical professionals – without their consent – disclosed to other persons the information about their HIV-positive status.⁵⁴

This research showed the forms of discrimination experienced by patients, which was illustrated by the most drastic report given by one of the respondents aged 30-39 years with a 1-4 year history of HIV, written down by a reviewer: *“The female respondent was the patient of an infectious diseases hospital and was referred to another hospital for a surgical procedure. When she was waiting in the hospital corridor, a young doctor started to shout that the infectious diseases hospital always sends them such rubbish – patients with HIV – and that he will not admit her. The woman started to cry and said that the hospital also admits the homeless and the drunk from the street. The doctor answered that he does not care. The woman replied that it is discrimination. The doctor added that the regulations are to blame because the hospital continuously gets patients with HIV from the infectious diseases hospital and he will not admit her.”*⁵⁴ The report of another patient with HIV was as follows: *“A gynecologist treating a pregnant patient made a note about HIV infection in the patient’s chart, which was hanging at the bed’s bottom, and added that he had already informed the whole hospital personnel about her infection, including cleaners, and allocated an isolation room to her”*.⁵⁴

Another investigation on a large sample was a questionnaire survey carried out in a group of 321 persons (64.2% responded) from June 2004 to May 2005. The analysis of questionnaires showed that 120 (37.4%) respondents were refused health services. Among the medical professionals refusing care were dentists (64.2% of all refusals), next were gynecologists (10.8% of all refusals), surgeons and/or orthopedists (10.0%), general practitioners (family doctors 8.3%), ophthalmologists, cardiologists and neurologists.

o wirusie – znalazły się odmowy: pomocy lekarskiej (14,1%), pomocy stomatologicznej (12,1%), wykonania zaleconego zabiegu (8,6%), przyjęcia do szpitala (7,0%) czy rehabilitacji (1,8%).⁵³

Przykładem kolejnego, dużego ogólnopolskiego projektu są badania przeprowadzone w roku 2010 na próbie 502 pacjentów w wieku od 18 do ponad 50 lat w 7 miastach Polski w ramach międzynarodowego projektu „Ludzie żyjący z HIV (PLHIV) Stigma Index”.⁵⁴ Respondentów pytano w nim o to, jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy odmówiono im świadczeń zdrowotnych, w tym opieki stomatologicznej, z powodu zakażenia HIV. Na odmowę – o różnej częstotliwości, jako przykład dyskryminacji – wskazało łącznie 20% badanych. Z kolei 152 respondentów przyznało, iż pracownicy ochrony zdrowia – bez ich zgody – ujawniali innym osobom informację o ich zakażeniu HIV.⁵⁴

Badanie to pokazało, jakiej formy dyskryminacji mogą doświadczyć pacjenci, co pokazuje spisana przez ankietera najbardziej drastyczna wypowiedź, jednej z respondentek w wieku 30-39, z HIV trwającym od 1 do 4 lat: *„Respondentka była pacjentką szpitala zakaźnego i dostała skierowanie do innego szpitala na zabieg. Gdy stała na korytarzu z pielęgniarką, młody lekarz zaczął krzyczeć, dlaczego szpital zakaźny odsyła im takie śmiecie, zawsze podsyłają im zakażonych HIV i on jej nie przyjmie. Kobieta zaczęła płakać i powiedziała, że do szpitala przyjmują też bezdomnych i pijanych z ulicy. Lekarz powiedział, że go to nie obchodzi. Respondentka odparła, że to dyskryminacja. Lekarz na to odrzekł, że to wina przepisów, szpital zakaźny ciągle im odsyła pacjentów z HIV i on jej nie przyjmie”*.⁵⁴ Relacja innej pacjentki brzmiała następująco: *„Ginekolog wpisał informację o zakażeniu do karty pacjenta, która wisiała przy łóżku ciężarnej kobiety żyjącej z HIV. Powiedział jej, że poinformował o jej zakażeniu cały personel szpitala, włącznie ze sprzątaczkami, oraz że przydzielił jej izolatkę”*.⁵⁴

Innym badaniem na dużej próbie 321 osób (na 500 wysłanych ankiet odpowiedziało 64,2% respondentów) są wyniki badań ankietowych przeprowadzone od czerwca 2004 do maja 2005 roku. Analiza kwestionariuszy wykazała, iż 120



Clinical conditions for which medical counselling was refused included a common cold, phlegmon resulting from infection, toothache, limb fractures, appendicitis, and childbirth. What is important, all patients were sure that they were refused medical care because they had revealed infection with HIV.⁵⁵

The latest research project in the area of stigmatization and discrimination of patients with HIV was carried out in the years 2011-2013 in a group of 70 persons at the age of 40-50 years using standardized scales: the Berger HIV Stigma Scale, the Satisfaction with Life Scale and the Acceptance of Illness Scale. This investigation depicted a high level of stigmatization and discrimination connected with low level of satisfaction with life and low self-esteem. It should be emphasized that over half of the respondents did not accept their own disease. This investigation, as well as others, indicate topicality and significance of the problems with which patients with HIV struggle every day, its authors, however, have not pointed to any concrete group which stigmatize and discriminate against their patients with HIV. It can be supposed, on the basis of this and similar studies, that medical personnel is one of the groups, which manifest negative behaviour or attitude towards this type of patients.⁵⁶

Another research into discrimination against patients with HIV was conducted in the years 2008-2012 in a group of 101 patients at the age of 23-74 years in the University Hospital of Infectious Diseases in Cracow.⁵⁷ The respondents, who were the patients of the Outpatient Clinic of Acquired Immunodeficiency in this hospital, were asked, among other questions, whether they experienced refusal of professional care in the dental office. Their answers revealed that 25.7% of them experienced it once, and 13.9% several times. It is worth emphasizing that up to 87.1% of patients did not provide the information of being infected with HIV to their dentists for fear of their refusal (52.0%), for fear of the refusal of medical help (23.0%), and because of previous unpleasant experience of this type (19.0%).⁵⁷

The study of 150 patients infected with HIV conducted in Warsaw in 2008 showed that health

(37,4%) osobom odmówiono świadczeń zdrowotnych. W grupie zawodów znalazło się najwięcej dentystów (64,2% wszystkich odmów), następnie ginekolodzy (10,8%), chirurdzy i/lub ortopedzi (10,0%), lekarze pierwszego kontaktu (8,3%) oraz okuliści, kardiolodzy i neurologi. Sytuacje kliniczne, w których odmawiano porady medycznej dotyczyły przeziębienia, ropowicy w wyniku iniekcji, bólu zęba, złamanych kończyn, a nawet zapalenia wyrostka czy porodu. Co ważne, wszyscy pacjenci byli przekonani, że odmowa świadczenia medycznego nastąpiła w wyniku ujawnienia przez nich zakażenia HIV.⁵⁵

Najnowszy projekt badawczy w obszarze stygmatyzacji i dyskryminacji pacjentów z HIV był prowadzony w latach 2011-2013 w grupie 70 osób, w wieku 40-50 lat z wykorzystaniem standardyzowanych skal – *Berger HIV Stigma Scale* i *the Satisfaction With Life Scale* oraz *Acceptance of Illness Scale*. Badanie to wykazało wysoki poziom stygmatyzacji oraz występowanie dyskryminacji w połączeniu z niskim poziomem satysfakcji z życia i niskim poczuciem własnej wartości. Należy podkreślić, że ponad połowa badanych nie akceptowała własnej choroby. Badanie to, podobnie jak i szereg innych, wskazuje na aktualność i wagę problemu, z jakim na co dzień zmagają się pacjenci, choć jego autorzy nie wskazali żadnej z konkretnej grup, która dopuszcza się wobec pacjentów stygmatyzacji i dyskryminacji. Można jedynie przypuszczać – mając na uwadze wyniki podobnych badań – że personel medyczny znalazł się wśród grup, które przejawiają negatywne postawy czy zachowania wobec tego typu chorych.⁵⁶

Inne badanie na temat dyskryminacji pacjentów z HIV przeprowadzono w latach 2008-2012 roku na grupie 101 pacjentów w wieku od 23 do 74 lat na Oddziale Klinicznym Chorób Zakaźnych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.⁵⁷ Respondenci znajdowali się pod opieką Poradni Nabytych Niedoborów Odporności tego szpitala. Pytano między innymi o to, czy doświadczyli odmowy pomocy medycznej w gabinecie dentystrycznym. I tak 25,7% badanych odpowiedziało, iż raz znaleźli się w takiej sytuacji, a 13,9% kilka razy. Co godne podkreślenia, aż 87,1% pacjentów nie przekazywało informacji o swoim zakażeniu



care workers are at the top among social groups stigmatizing patients because of their serological status.⁴⁹ Sixty-two respondents indicated medical personnel as those who discriminate most often. Examples of discrimination provided by the respondents included refusal of: medical care (37 persons), dental care (29 persons), carrying out procedures with referral (20 persons), and admission to hospital (20 persons). Moreover, 45 persons complained of unethical treatment by health care workers. Among the reasons for their discrimination reported by the respondents were the lack of knowledge of this disease (102 persons) and fear (69 persons). The reviewees were also questioned about medical professionals who – in their opinion – did not possess adequate knowledge of HIV/AIDS. They signaled this situation among doctors (58.0%), nurses (47.0%), dentists (42.0%) and midwives (13.0%).^{49,58}

The results of the study of 73 patients of the Outpatient Clinic of Acquired Disorders of Immunity in Lodz in 2007 showed the cases of discrimination in the form of worse treatment of patients with HIV, or refusal of treatment of these patients by family doctors, specialists, refusal of treatment in both out-patient wards and in in-patient wards. The most frequent refusal of treatment of these patients, reported by 23.3%, was by dentists. Thus, the results of this study indicate the necessity of conducting continuous education in the area of HIV/AIDS prophylaxis among doctors of all specialties, and especially among dentists.⁵⁰

The conclusion drawn from the investigation into the knowledge of risks of vertical transmission of HIV carried out in 2006 in a group of 30 gynecologists and 30 midwives from Białystok (working in hospitals, and in private offices), showed that their knowledge of this problem was highly inadequate for prophylaxis of infections transmitted in this way.⁵⁹

Describing the phenomena of discrimination and stigmatization, one should refer to one of the first articles about discrimination of patients with HIV in Poland, published in 1994. It was a study which illustrated the knowledge of medical personnel, showing the lack of knowledge and

lekarzom stomatologom, m. in. w obawie przed reakcją lekarza (52%), w obawie przed odmową uzyskania pomocy medycznej (23%) i z racji na wcześniejsze przykre doświadczenia w tym zakresie (19%).⁵⁷

Przeprowadzone w 2008 roku w Warszawie badanie wśród 150 zakażonych HIV wskazało, iż pracownicy ochrony zdrowia znajdują się na samym szczycie wśród grup społecznych, które stygmatyzują pacjentów z racji ich statusu serologicznego.⁴⁹ 62 respondentów określiło personel medyczny jako tych, którzy dopuszczają się dyskryminacji najczęściej. Wśród praktycznych przykładów dyskryminacji badani podawali: odmowę pomocy lekarskiej (37 osób) i pomocy stomatologicznej (29 osób), wykonania zabiegu ze skierowaniem (20 osób) oraz przyjęcia na oddział szpitalny (20 osób). Ponadto, 45 osób mówiło o nieetycznym traktowaniu przez personel ochrony zdrowia. Wśród źródeł dyskryminacji respondenci (102 osoby) podawali brak wiedzy dotyczącej tego schorzenia oraz lęk (69 osób było takiego zdania). W trakcie badania pytano również o to, czy osoby zakażone spotkały się z brakiem wiedzy personelu medycznego na temat HIV/AIDS. Respondenci sygnalizowali, że taka sytuacja występowała wśród lekarzy (58%), pielęgniarek (47%), lekarzy dentyków (42%) i położnych (13%).^{49,58}

Wyniki kolejnego badania w grupie 73 pacjentów znajdujących się pod opieką Poradni Nabytych Zaburzeń Odporności w Łodzi w 2007 roku wykazało przypadki dyskryminacji w postaci gorszego traktowania zakażonych HIV i wręcz odmowy leczenia tych pacjentów ze strony lekarza rodzinnego, lekarza poradni specjalistycznej, leczenia na oddziałach niezabiegowych i oddziałach zabiegowych. Najczęściej do odmowy świadczeń dochodziło ze strony stomatologów, co sygnalizowało 23,3% pacjentów. Ponadto, jego wyniki uzmysłowiły konieczność prowadzenia stałej działalności edukacyjnej w obszarze profilaktyki HIV/AIDS wśród lekarzy wszystkich typów specjalizacji, w tym szczególnie wśród lekarzy dentyków.⁵⁰

Wnioski z badania, jakie przeprowadzono w 2006 roku na próbie 30 lekarzy ginekologów i 30 położnych z Białegostoku (pracujących na oddzia-

understanding of the subject of HIV transmission, resulting in the fear of infection. That fear was the cause of refusals of admitting patients to hospitals. This paper also described cases of doing tests for HIV by medical staff without the patients' permission and knowledge, as well as situations in which doctors refused performing procedures because patients were seropositive.⁶⁰

With reference to the phenomenon of discrimination in Poland, it should be underlined that a high level of stigmatization is not the only alarming indicator. If we add it to the equally high (up to 70%) lack of awareness of the problem of HIV infection, and not including it into HIV statistics, this means a significant medical and social problem.⁵¹

The problem of the lack of awareness and knowledge seems to be one of the key topics in the analysis of attitudes towards seropositive persons, the example of which is the study conducted in 2000 in a group of 1266 students in eleven Polish universities, departments of medicine, dentistry, medical analytics and nursing, for their knowledge of HIV and AIDS, as well as attitudes towards infected patients.⁶¹ The results of this study showed that the students – on a declarative level – were confident of their high knowledge of HIV and AIDS, but on the level of testing of their practical knowledge, they showed significant lack of knowledge in such key areas as indicating specific symptoms suggesting HIV infection, and principles of effective prophylaxis following the exposure to the virus. Part of the surveyed students could not unequivocally determine the possibilities of HIV infection during childbirth, or by sharing items of everyday use, or through coughing or sneezing by infected persons. This insufficient knowledge induced fear in the respondents – over 60% of interviewees expressed fear of AIDS, but, what is worth noting, their fear decreased with expanded knowledge of this problem, and was lower in the last years of education.⁶¹ Other similar investigations carried out among students of medical universities in our country produced similar results, indicating insufficient knowledge of HIV/AIDS in future medical staff.^{62,63}

The problem of stigmatization and discrimination

łach szpitalnych i w prywatnych gabinetach) na temat ryzyka transmisji wertykalnej HIV wykazały, iż ich wiedza na ten temat była wysoce niewystarczająca dla profilaktyki zakażeń następujących tą drogą.⁵⁹

Opisując zjawiska dyskryminacji i stygmatyzacji warto odnieść się do jednego z pierwszych tekstów na temat dyskryminacji pacjentów z HIV w Polsce z roku 1994. Był to bowiem artykuł nawiązujący do badań personelu medycznego, które wykazały brak zrozumienia i wiedzy na temat metod transmisji wirusa HIV i w efekcie lęk przed zarażeniem się. Ów lęk był zresztą przyczyną odmów udzielenia przyjęcia pacjentów do szpitali. Artykuł opisywał również przypadki wykonywania testów na HIV bez zgody i wiedzy pacjentów oraz sytuacje, w których lekarzy odmawiali przeprowadzenia zabiegów z uwagi na ich seropozytywność.⁶⁰

Odnosząc się do zjawiska dyskryminacji należy również należy podkreślić, że wysoki poziom odczuwanej stygmatyzacji nie jest jedynym wskaźnikiem alarmującym. Jeśli bowiem zestawimy go w warunkach polskich z innymi, np. również wysokim bo aż ok. 70% brakiem świadomości na temat zakażenia, a w efekcie brakiem uwzględnienia go w statystykach HIV, brak ten jawi się istotnym problemem zarówno medycznym, jak i społecznym.⁵¹

Problem braku świadomości i wiedzy, wydaje się stanowić jeden z kluczowych wątków w zakresie analizy postaw wobec osób seropozytywnych, czego przykładem mogą być badania przeprowadzone w 2000 roku na próbie 1266 osób wśród studentów 11 polskich uczelni na kierunkach: lekarskim, stomatologicznym, analityki medycznej i pielęgniarstwa w zakresie wiedzy przyszłych kadr medycznych na temat HIV i AIDS, a także postaw wobec zakażonych pacjentów.⁶¹ Wyniki tych badań pokazały, iż studenci – na poziomie deklaracyjnym – byli przekonani o swojej wysokiej wiedzy o HIV i AIDS, ale już na poziomie testowania ich wiedzy praktycznej wykazywali się znaczącymi brakami i niewiedzą w tak kluczowych obszarach jak: umiejętność wskazania na szczególne symptomy umożliwiające wskazanie podejrzenia zakażenia

is not a phenomenon observed only in Poland, and their forms do not differ significantly from those observed in other parts of the world, where – as many studies show – similar forms of stigmatization and discrimination against patients with HIV/AIDS by health care workers have been described.⁶⁴⁻⁸³

Studies of this problem conducted in other countries and continents, show several common features. The authors of the UNAIDS report entitled “*HIV-Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations*” from 2005 stress that acts of stigmatization and discrimination against patients with HIV/AIDS occur in every country and region of the world. The UNAIDS report associates stigmatization with fear, prejudice, the lack of knowledge and understanding of this disease, and as a result, false beliefs about HIV transmission. Stigmatization may lead to discrimination and other forms of human rights violation, which influences quality of life of persons with HIV in such important areas as health care, education and work. The authors of the report point out that optimal condition occurs when a person can seek medical advice or have serological tests without any fear. Shame due to stigmatization is the cause of ceasing treatment by the infected persons, their resignation from seeking medical care or support, resignation from important social roles such as attending school or work, isolation, the feeling of guilt, and depression.⁸⁴

The Gap Report prepared by the UNAIDS in 2014, dealing with the spread of the AIDS epidemic in the world, shows that stigmatization and discrimination are common on every continent. The examples include not only refusal of medical services but also insults and even acts of violence against seropositive persons.⁸⁵

Apart from articles and reports describing cases of stigmatization and discrimination globally, there are a number of studies describing this problem in many countries. The examples are the studies performed within the scope of an international project started in 2008, entitled “*The People living with Stigma Index*” conducted also in Poland. So far within this project, research and analysis have been performed in fifty countries, including:

HIV i zasady skutecznej profilaktyki poekspozycyjnej. Część badanych studentów nie umiała jednoznacznie odnieść się do możliwości zakażenia HIV podczas porodu, czy w wyniku wspólnie używanych przedmiotów codziennego użytku, lub w związku z kaszlem lub kichaniem zakaźnych pacjentów. Te niedostatki wiedzy przełożyły się w efekcie na poczucie lęku u respondentów, gdyż ponad 60% badanych wyrażało lęk przez AIDS, ale co warto zaznaczyć, poczucie lęku spadało wraz z przyrostem wiedzy na ten temat i było niższe na ostatnich latach studiów.⁶¹

Inne podobne badania przeprowadzone wśród studentów uczelni medycznych w naszym kraju wypadły podobnie, wskazując na niedostatki w zakresie posiadanej wiedzy dotyczącej HIV/AIDS wśród przyszłej kadry medycznej, w tym lekarskiej.^{62,63}

Problem stygmatyzacji i dyskryminacji nie jest zjawiskiem obserwowanym jedynie w Polsce. Jego przejawy nie odbiegają znacząco od zjawisk obserwowanych w innych częściach świata, gdzie – jak wynika z wielu prac badawczych – opisywane są różne zbliżone formy stygmatyzacji i dyskryminacji pacjentów z HIV i AIDS ze strony przedstawicieli systemu ochrony zdrowia.⁶⁴⁻⁸³ Odnosząc się do badań przeprowadzonych w innych krajach i kontynentach na temat tego problemu należy zwrócić uwagę na kilka cech, a zarazem punktów wspólnych. Pomocny jest w tym raport UNAIDS pt. “*HIV – Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations*” z 2005 roku, którego autorzy podkreślają, że akty stygmatyzacji i dyskryminacji pacjentów z HIV i AIDS są obecne w każdym kraju i regionie świata. Raport UNAIDS łączy stygmatyzację z lękiem, uprzedzeniami, brakiem zrozumienia choroby i brakiem wiedzy, a w efekcie nieprawdziwymi przekonaniami o transmisji HIV. Stygmatyzacja może prowadzić do dyskryminacji i innych przykładów łamania praw człowieka, co z kolei przekłada się na poziom jakości życia osób żyjących z HIV w tak newralgicznych obszarach, jak opieka zdrowotna, edukacja czy praca. Autorzy raportu podkreślili, że optymalne warunki tworzy sytuacja, w której bez lęku można zasięgnąć porady lub wykonać test serologiczny. Wstyd z powodu stygmatyzacji po-



Argentina, Belarus, Congo, Dominican, Ecuador, Estonia, Germany, Indie, Kenia, Malesia, Mexico, Moldavia, Portugal, Thailand, Ukraine, the United Kingdom, Turkey, Uganda, the United States of America, Canada, Jemez, Vietnam, Zimbabwe, Russia, South Africa and Saudi Arabia. The common part of the analyses was the identification of the problem through the description of examples of stigmatization and discrimination against persons with HIV/AIDS in individual populations, and devising the ways of reduction of these phenomena and interventions aiming to improve life quality of persons affected by traumatic experience and social marginalization. The program has become an instrument helpful in undertaking collective actions by governments, non-governmental organizations, and social activists to support persons with HIV/AIDS.⁸⁶

Among studied areas was the relationship between patients and systems of health protection. Analyses of research in chosen countries – including our neighbouring countries (Russia, Ukraine, Belarus, Germany) – show that having an HIV infection, significantly restricts access to institutions that provide medical care such as medical centres, hospitals and clinics. The interviewed patients pointed to cases of refusal of medical services, including dental care, and even refusal of admission to hospital.⁸⁷⁻⁹¹

Referring to Polish experience in the area of stigmatization and discrimination against patients with HIV/AIDS, and comparing it with the data from other countries within an international project entitled “Stigma Index”, in which the interviewees were asked about the refusal of medical care to persons infected with HIV in the last 12 months showed that in Poland – besides Ukraine and Turkey – there was the highest percentage (20%) of refusals of medical services. Moreover, the experience of seropositive persons in our country revealed that concealing the HIV-positive status allowed them to avoid stigmatization or discrimination.^{92,93}

Apart from the analysis of the occurrence of stigmatization and discrimination itself, the most essential is the identification of the sources of this phenomenon. The concepts by *Jolanta*

woduje, że osoby chore przestają się leczyć, szukać opieki bądź wsparcia i rezygnują z ważnych ról społecznych związanych z uczęszczaniem do szkoły czy pracy, izolują się, wpadają w poczucie winy i depresję.⁸⁴

Raport *The Gap Report* przygotowany przez UNAIDS w 2014 roku obrazujący przebieg epidemii AIDS na świecie pokazuje, że stygmatyzacja i dyskryminacja są zjawiskami powszechnymi na każdym kontynencie. Do przykładów należy zaliczyć przede wszystkim przypadki odmowy udzielania świadczeń, ale również obelgi, a nawet akty przemocy wobec osób seropozytywnych.⁸⁵

Oprócz opracowań i raportów opisujących w sposób globalny zjawiska stygmatyzacji i dyskryminacji, wyróżnić można wiele badań obrazujących ten problem w wielu krajach świata. Przykładami mogą być badania przeprowadzone w ramach międzynarodowego projektu rozpoczętego w roku 2008 „The People living with Stigma Index”, prowadzone m.in. w Polsce. Dotąd, w ramach tego projektu wykonano badania i analizy w 50 różnych krajach świata, takich jak: Arabia Saudyjska, Argentyna, Białoruś, Dominikana, Ekwador, Estonia, Indie, Jemen, Kanada, Kenia, Kongo, Malezja, Meksyk, Mołdawia, Niemcy, Południowa Afryka, Portugalia, Rosja, Tajlandia, Turcja, Uganda, Ukraina, USA, Wielka Brytania, Wietnam, Zimbabwe. Częścią wspólną tych analiz była: identyfikacja problemu poprzez opis przykładów stygmatyzacji i dyskryminacji osób z HIV/AIDS w poszczególnych populacjach oraz wypracowanie sposobów redukcji tych zjawisk wraz z interwencjami mającymi doprowadzić do poprawy jakości życia osób dotkniętych traumatycznymi doświadczeniami i podlegających procesom marginalizacji społecznej. Program stał się narzędziem pomocnym w podejmowaniu kolektywnych działań ze strony rządów, organizacji pozarządowych i aktywistów społecznych, działających na rzecz wsparcia osób z HIV/AIDS.⁸⁶

Wśród badanych obszarów znalazła się sfera relacji pomiędzy pacjentami a systemem ochrony zdrowia. Przykłady badań w wybranych krajach – w tym krajach ościennych do Polski (Rosja, Ukraina, Białoruś, Niemcy) pokazują, że zakażenie wirusem HIV wpływa w istotnym stopniu



Wojciechowska seem to be helpful. She relates stigmatization with the model of social defence system she created, in which persons with HIV and AIDS, posing a threat to other people, induce fear in them, and stigmatization is an instrument for coping with this feeling.³³ Gregory Herek, examining attitudes to HIV carriers, claims that incomprehension of potential routes of virus transmission determines the fear of HIV/AIDS, and a stigma expresses hostility towards social groups triggering this feeling.^{33,40,41}

With regard to the above assumptions and the findings of studies presented here, it seems that despite strategic assumptions of the WHO for minimization of new infections: *zero new HIV infections, zero AIDS-related deaths, zero discrimination in a world where people live with HIV*, the fear of “the unknown” is so strong that in many places on our planet we can encounter the described above negative phenomena or attitudes manifested, inter alia, by medical staff.⁹⁴⁻⁹⁵ It should be emphasised that in the findings presented here – particularly in view of Polish specificity – there are no detailed analyses confirming unequivocally the role of anxiety/fear, and providing an answer to the key question: where are the roots of stigmatization and discrimination against patients with HIV/AIDS by medical staff?

Summary

The outcomes of the studies carried out so far in Poland and other countries suggest that in the relationship between the patient and medical staff, negative perception of persons with HIV/AIDS plays an essential role. It is significantly determined by low level of knowledge and awareness of this virus and its routes of transmission.^{33,50,59,96,97-100} The results of studies proved the lack of reliable knowledge among some doctors and nurses about the routes of HIV infection.^{50,59,96} The lack of such knowledge was also revealed by the investigation into this problem among students of medical universities in Poland.

Most previous studies focused mainly on the description of behaviour and communication between patients and medical staff, not touching directly the deeper causes of such behaviour,

na ograniczenie dostępu do opieki zdrowotnej, w tym do przychodni, szpitali i klinik. Badani pacjenci zwracali uwagę na przypadki odmowy udzielania świadczeń medycznych, w tym sytuacje, w których spotykali się z odmową świadczeń dentystycznych, a nawet odmową przyjęcia do szpitala.⁸⁷⁻⁹¹

Nawiązując do polskich doświadczeń z obszaru stygmatyzacji i dyskryminacji pacjentów z HIV i porównując je z danymi zebranymi z innych krajów w ramach międzynarodowego projektu pt. „Stigma Index”, w których pytano o odmowę udzielenia zakażonym HIV pomocy medycznej w ostatnich 12 miesiącach, należy zwrócić uwagę, że w Polsce – obok Ukrainy i Turcji – występował najwyższy bo 20% odsetek odmów. Doświadczenia osób seropozytywnych w naszym kraju wskazują na fakt ukrywania posiadania wirusa, co pozwala im na uniknięcie stygmatyzacji czy dyskryminacji.^{92,93}

Oprócz analizy samego występowania zjawisk dyskryminacji i stygmatyzacji, istotnym jest dotarcie do źródeł tego zjawiska. Z pomocą przychodzi koncepcje Jolanty Wojciechowskiej wiążącej stygmatyzację ze stworzonym przez nią modelem społecznego systemu obronnego, wg którego osoby z HIV i AIDS stanowią zagrożenie dla innych, wywołują u nich lęk, a stygmatyzacja jest narzędziem radzenia sobie z tym uczuciem.³³ W podobnym tonie do problemu podchodzi Gregory Herek ze Stanów Zjednoczonych, badający postawy i reakcje wobec zakażonych HIV. Jego zdaniem niezrozumienie na temat możliwych dróg przenoszenia wirusa determinuje strach przez HIV/AIDS, a stygmat służy do wyrażania wrogości wobec grup wyzwalających to poczucie.^{33,40,41}

Mając na względzie powyższe założenia oraz odnosząc się do wyników niektórych prezentowanych w pracy wyników badań, można uznać za prawdopodobne, iż mimo założeń strategicznych WHO, dotyczących minimalizowania liczby nowych zakażeń HIV (*zero new HIV infections*), zgonów z powodu AIDS (*zero AIDS-related deaths*) oraz zjawisk dyskryminacji osób z HIV (*zero discrimination in a world where people living with HIV*), lęk „przed nieznanym” jest na tyle silny, że w wielu miejscach naszej planety

among which the most common was the fear of infection and developing mechanisms of defence against this fear. These studies also failed to include remote effects of this behaviour for patients, which influences various spheres of their life.

It seems that this gap in the studies could be filled with research projects that would study this not fully understood area. What is important, the in-depth analysis of the relationship between medical personnel and patients appears to be a proper direction of research in view of the cases of stigmatization and discrimination by doctors and dentists reported by patients with HIV and AIDS.

można spotkać się z wcześniej opisanymi, negatywnymi zjawiskami czy postawami, prezentowanymi m. in. przez personel medyczny.^{94,95} Warto zaakcentowania jest to, iż w prezentowanych w tej pracy wynikach badań – szczególnie mając na względzie polską specyfikę – brakuje szczegółowych analiz, które mogłyby jednoznacznie potwierdzić rolę lęku/strachu, a jednocześnie odpowiedzieć na kluczowe pytanie, gdzie leżą przyczyny stygmatyzacji i dyskryminacji ze strony personelu medycznego wobec pacjentów z rozpoznaniem HIV i AIDS.

Podsumowanie

Wyniki dotychczas przeprowadzonych na terenie Polski i za granicą badań wskazują, że w kształtowaniu relacji pacjent–personel medyczny, istotną rolę odgrywa negatywne postrzeganie osób dotkniętych HIV i AIDS. Ma w tym znaczący udział niski poziom wiedzy i świadomości na temat wirusa i dróg jego przenoszenia.^{50,59,96,33,97-100} Dowodzą tego wyniki badań, które wykazały brak rzetelnej wiedzy niektórych lekarzy i pielęgniarek na temat dróg zakażenia wirusem HIV.^{50,59,96} Braki wiedzy w tym zakresie potwierdziły również badania prowadzone wśród studentów kierunku lekarskiego polskich uczelni.

Większość dotychczasowych badań skupia się głównie na opisie zachowań i komunikacji w trakcie kontaktów pacjent–personel medyczny, nie dotykając bezpośrednio głębszych przyczyn tych zachowań, wśród których wymienić należy lęk przed zakażeniem oraz uruchamianie obrony przed tym lękiem. Badania te nie obejmują również odległych skutków tych zachowań dla pacjentów, promieniujących na różne sfery ich życia.

Wydaje się, że ta luka powinna zostać wypełniona poprzez realizację projektów badawczych analizujących ten nie do końca poznany obszar. Co istotne, wydaje się, iż pogłębiona analiza obszaru relacji personel medyczny–pacjenci będzie słusznym kierunkiem badań z uwagi na zgłaszane przez pacjentów z HIV i AIDS przypadki stygmatyzacji i dyskryminacji ze strony lekarzy i lekarzy dentystów.



References

1. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce. Państwowy Zakład Higieny. Available at: http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm
2. Cianciara D: Kierunki i rozwój profilaktyki HIV/AIDS. *Przeegl Epidemiol* 2005; 59: 147-154.
3. A cluster of Kaposi's sarcoma and Pneumocystis carinii pneumonia among homosexual male residents of Los Angeles and range counties, California. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1982; 31: 305-307.
4. Marmor M, Laubenstein L, William DC, Friedman-Kien AE, Byrum RD, D'Onofrio S, et al.: Risk factors for kaposi's sarcoma in homosexual men. *Lancet* 1982; 319: 1083-1087.
5. Essex M: Origin of AIDS. In: Devitta VT, Hellman S, Rosenberg SA, editors: AIDS – etiology, diagnosis, treatment and prevention. Pennsylvania.: Lippincott Company; 1988. p. 3-11.
6. Altman KL: New homosexual disorder worries health officials. *New York Times (Science)* 1982; Available at: <http://www.nytimes.com/1982/05/11/science/new-homosexual-disorder-worries-health-officials.html?pagewanted=2>.
7. Osmond DH: Epidemiology of HIV/AIDS in the United States. HIV InSite Knowledge Base Chapter. San Francisco 2003. Available at: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-01-03>.
8. Brennan RO, Durack DT: Gay compromise syndrome. *Lancet* 1981; 318: 1338-1339.
9. Oswald GA, Theodossi A, Gazzard BG, Byrom NA, Fisher-Hoch SP: Attempted immune stimulation in the "gay compromise syndrome". *Br Med J (Clin Res Ed)*, 1982; 285: 1082.
10. Smith RA, editor: Encyclopedia of AIDS: A social, political, cultural, and scientific record of the HIV epidemic. Chicago: Fitzroy Dearborn Publishers; 1998. p. 347.
11. Rogala M: Grupy ryzyka zarażeniem HIV w latach 1981-1986. *Zesz Nauk Ochrony Zdr Zdr Publ Zarz* 2012; 10: 72-79.
12. Gallo RC: A reflection on HIV/AIDS research after 25 years. *Retrovirology* 2006; 3: 72.
13. Cohen J: Haiti – making headway under hellacious circumstances. *Science* 2006; 313: 470-473.
14. Current trends update: acquired immunodeficiency – United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1985; 34: 245-248.
15. Current trends additional recommendations to reduce sexual and drug abuse-related transmission of human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1986; 35: 152-155.
16. History of AIDS up to 1986. Available at: <http://www.avert.org/aids-history-86.htm>
17. International AIDS Candlelight Memorial. Available at: <http://www.candlelightmemorial.org/>
18. AIDES: Première association française de lutte contre le VIH / sida et les hépatites. Available at: <http://www.aides.org/en/about-us>
19. Introduction and history. Available at: http://www.amfar.org/About_amfAR/Introduction_and_History/
20. Human Rights. Available at: <http://www.gnpplus.net/en/programmes/human-rights>.
21. FRS – Federacja Na Rzecz Reintegracji Społecznej. Available at: <http://www.frs.pl/ssp.html>.
22. Życie bogate i twórcze: Otwarty Portal MONARu. Available at: http://www.monar.net.pl/PagEd-index-topic_id-4-page_id-17.html.
23. Kamilianie – Polska Prowincja Zakonu Posługujących Chorym. Available at: <http://www.kamilianie.eu/index.php?k=1&p=3e>.
24. Parker R, Aggleton P: HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action. *Soc Sci Med* 2003; 57: 13-24.
25. Hauza T: Społeczeństwo wobec „innego” – stygmat i dyskryminacja a kwestia HIV/AIDS. *Scripta Comeniana Lesnensia* 2010; 8: 69-85.
26. Wojciechowska J: Stygmat i dyskryminacja jako trzecia faza epidemii HIV/AIDS. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 2004. p. 57-81, 93-155.
27. Winiarska A, Klaus W: Dyskryminacja i nierówne traktowanie jako zjawisko społeczno-kulturowe. *Studia BAS* 2011; 2: 9-40.
28. Sztompka P: Socjologia. Analiza społeczeństwa. Kraków: Wydawnictwo Znak; 2002. p. 288-307.
29. Kenrick TD, Neuberg SL, Cialdini RB: Psychologia społeczna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002. p. 544-583.
30. Kudlińska I: Stygmatyzacja społeczna jako perspektywa teoretyczno-badawcza (na przykładzie badań nad stygmatyzacją ludzi biednych). *Acta Univ Lodz, Folia Sociol* 2011; 38: 51-72.
31. Czywkin E: Stygmat społeczny. Warszawa:

- Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007. p. 15-76, 137-88.
32. *Goffman E*: Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. Gdańsk: Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne; 2003. p. 31-76.
33. *Wojciechowska J*: Przyczyny dyskryminacji osób żyjących z HIV: nowe ujęcie teoretyczne i jego implikacje dla edukacji zdrowotnej. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 2011. p. 91-121, 152-208.
34. *Scambler G*: Sociology, social structure and health-related stigma psychology. *Health Med* 2006; 11: 288-295.
35. *Scambler G*: Health-related stigma. *Sociol Health Illness* 2009; 31: 441-455.
36. *Scambler G*: Re-framing Stigma: Felt and enacted stigma and challenges to the sociology of chronic and disabling conditions. *Social Theory Health* 2004; 2: 29-46.
37. *Scambler G, Paoli F*: Health work, female sex workers and HIV/AIDS: Global and local dimensions of stigma and deviance as barriers to effective interventions. *Social Sci Med* 2008; 66: 1848-1862.
38. *Gray JA*: Stigma in psychiatry. *J R Soc Med* 2002; 95: 72-76.
39. *Crocker J, Quinn DM*: Piętno społeczne i Ja: znaczenia, sytuacje i samoocena. In: *Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG*, editors: Społeczna psychologia piętna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008. p. 147-204.
40. *Herek GM, Capitano JP, Widaman KF*: HIV-Related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999. *Am J Public Health* 2002; 92: 371-377.
41. *Herek G*: AIDS and stigma. *Am Behav Sci* 1999; 42: 1106-1116.
42. *Wojciechowska J*: Stygmat i dyskryminacja osób żyjących z HIV/AIDS. *Nierówności Społecz Wzrost Gospod* 2004, 4: 415-423.
43. *Ankiersztejn-Bartczak M*: 25 lat HIV w Polsce. Czy coś się zmieniło? *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14: 71-75.
44. *Hauza T*: Społeczeństwo wobec „innego” – stygmat i dyskryminacja a kwestia HIV/AIDS. *Scr Comen Lesn* 2010; 8: 69-85.
45. *Gańczak M*: Stigma and discrimination for HIV/AIDS in the health sector: a Polish perspective. *Interam J Psychol* 2007; 41: 57-66.
46. *Bażydło M, Karakiewicz A, Kotwas A, Zabielska P, Rotter I*: Stigmatisation and social discrimination against HIV-infected persons in the light of relevant literature. *J Publ Health Nurs Med Resc* 2014; 3: 18-24.
47. *Rogowska-Szadkowska D, Chlabicz S, Gąsiorowski J, Zubkiewicz-Zarębska A, Knysz B*: Experience of Polish patients diagnosed with HIV before and after highly active antiretroviral therapy (HAART) availability. *HIV AIDS Rev* 2013; 12: 9-13.
48. *Krajewska-Kulak E, Kulak W, Van Damme-Ostapowicz K, Kowalewska B, Guzowski A, Rozwadowska E*, et al.: Stygmatyzacja osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. In: *Krajewska-Kulak E, Łukaszuk C, Lewko J, Kulak W*, editors: W drodze do brzegu życia. Tom X. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2012. p. 429-438.
49. *Ankiersztejn-Bartczak M*: Jakość życia osób żyjących z HIV/AIDS – cz. I. *Remedium* 2008; 3: 23-24.
50. *Jabłonowska E, Malolepsza E*: Stopień akceptacji pacjentów HIV+ przez pracowników służby zdrowia w regionie łódzkim w ocenie samych zakażonych. *Wiad Lek* 2007; 60: 11-12.
51. *Van Damme-Ostapowicz K, Sarosiek J, Krajewska-Kulak E, Pedrycz A, Cybulski M*: Stigma of people living with HIV/AIDS. *Prog Health Sci* 2015; 5: 209-213.
52. *Rogala M*: Samoocena przypadków stygmatyzacji i dyskryminacji ze strony personelu medycznego pacjentów z rozpoznaniem HIV i z AIDS. Praca doktorska. Kraków: Uniwersytet Jagielloński; 2014.
53. *Ankiersztejn-Bartczak M*: Psychospołeczna sytuacja osób żyjących z HIV i chorych na AIDS w Polsce. Praca doktorska. Warszawa: Uniwersytet Warszawski; 2013. Available at: <https://depotuw.ceon.pl/bitstream/handle/item/422/praca%20%20dr%20MAB%20OST.pdf?sequence=1>
54. Ludzie żyjący z HIV Stigma Index. Warszawa: Ogólnopolska Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS „Sieć Plus”; 2011. Available at: [http://www.stigmindex.org/sites/default/files/reports/Poland%20People%20Living%20with%20HIV%20Stigma%20Index%20reportPolish%20\(2\).pdf](http://www.stigmindex.org/sites/default/files/reports/Poland%20People%20Living%20with%20HIV%20Stigma%20Index%20reportPolish%20(2).pdf)
55. *Rogowska-Szadkowska D, Ołtarzewska AM, Sawicka-Powierza J, Chlabicz S*: Medical care of HIV-infected individuals in Poland: impact of stigmatization by health care workers. *AIDS Patient Care STDS*. 2008; 22: 81-84.
56. *Van Damme-Ostapowicz K, Pedrycz A, Rogowska-Szadkowska D, Siermontowski P, Sobolewski M, Krajewska-Kulak E*: HIV/AIDS stigma of people living in Poland in relation to their satisfaction



- with life and acceptance of illness in the context of socio-demographic variables. *Global J Res Analysis* 2014; 3: 164-170.
57. Lickiewicz B, Bociąga-Jasik M, Lickiewicz J, Loster J, Garlicki A, Mach T: Pacjenci nie informują lekarzy stomatologów o zakażeniu wirusem HIV – obserwacje własne. *Mag Stomatol* 2013; 11: 125-129.
 58. Ankiersztejn-Bartczak M: Jakość życia osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. Available at: http://politykaspoleczna.um.warszawa.pl/sites/politykaspoleczna.um.warszawa.pl/files/artykuly/zalaczniki/Raport_z_badan_Jakosc_Zycia_osob_zyjacych_z_HIV_i_chorych_na_AIDS_.pdf
 59. Rogowska-Szadkowska D, Pentkowska E, Chlabicz S: Wiedza ginekologów i położnych na temat ryzyka transmisji wertykalnej HIV. *Ginekol Pol* 2008; 79: 862-866.
 60. Danziger R: Discrimination against people with HIV and AIDS in Poland. *BMJ* 1994; 308: 1145-1147.
 61. Marzec-Bogusławska A: Wiedza, postawy i przekonania studentów polskich akademii medycznych wobec HIV i AIDS – grudzień 2000. Warszawa: Krajowe Centrum ds. AIDS; 2002. Available at: http://www.aids.gov.pl/badania_spoleczne/229/.
 62. Leszczyszyn-Pynka M, Hołowinski K: Attitudes among medical students regarding HIV/AIDS. *Med Wieku Rozwoj* 2003; 4 Pt 1: 511-519.
 63. Rogowska-Szadkowska D, Chlabicz S: Does the poor HIV/AIDS knowledge among medical students may contribute to late diagnosis? *Przeg Epidemiol* 2010; 64: 41-45.
 64. Abadia-Barrero CE, Castro A: Experiences of stigma and access to HAART in children and adolescents living with HIV/AIDS in Brazil. *Soc Sci Med* 2006; 62: 1219-1228.
 65. Biswas HA: AIDS epidemic worldwide and the millennium development strategies: A light for lives. *HIV AIDS Rev* 2012; 11: 87-94.
 66. Brown L, Macintyre K, Trujillo L: Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: What have we learned? *AIDS Educ Prevent* 2003; 15: 49-69.
 67. Chen J, Choe MK, Chen S, Zhang S: The effects of individual- and community-level knowledge, beliefs, and fear on stigmatization of people living with HIV/AIDS in China. *AIDS Care* 2007; 19: 666-673.
 68. Dunn LB, Green Hammond KA, Roberts LW: Delaying care, avoiding stigma: residents' attitudes toward obtaining personal health care. *Acad Med* 2009; 84: 242-250.
 69. Emlert CA: Measuring stigma in older and younger adults with HIV/AIDS: an analysis of an HIV Stigma Scale and Initial Exploration of Subscales. *Res SocWork Pract* 2005; 15: 291-300.
 70. Foreman M, Lyra P, Breinbauer C: Understanding and responding to HIV/AIDS related stigma and discrimination in the health sector. Washington: Pan American Health Organization; 2003.
 71. Horstmann E, Brown J, Islam F, Buck J, Agins BD: Retaining HIV-infected patients in care: Where are we? Where do we go from here? *Clin Infect Dis* 2010; 50: 752-761.
 72. Li L, Wu Z, Wu S, Zhaoc Y, Jia M, Yan Z: HIV – related stigma in health care settings: a survey of service providers in China. *AIDS Patient Care STDS* 2007; 21: 753-762.
 73. Mahendra VS, Gilborn L, Bharat S, Mudoi R, Gupta I, George B, et al.: Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings; a developing country perspective. *SAHARA J* 2007; 4: 616-625.
 74. Mahendra VS, Gilborn L, George B, Samson L, Mudoi R, Jadav S, et al.: Reducing AIDS-related stigma and discrimination in Indian hospitals. Horizons Final Report. New Delhi: Population Council; 2006.
 75. Nyblade L, Hong KT, Van Anh N, Ogden J, Jain A, Stangl A. et al.: Communities confront HIV stigma in Viet Nam: participatory interventions reduce HIV-related stigma in two provinces. Washington, Hanoi: International Center for Research on Women (ICRW), Institute for Social Development Studies; 2008.
 76. Nyblade L, MacQuarrie K: Can we measure HIV/AIDS – related stigma and discrimination? Current knowledge about quantifying stigma in developing countries. Washington: USAID; 2006.
 77. Oanh KTH, Ashburn K, Pulerwitz J, Ogden J, Nyblade L: Improving hospital-based quality of care in Vietnam by reducing HIV-related stigma and discrimination, a Horizons Final Report. Washington, D.C., Population Council 2008.
 78. Sadoh AE, Fawole AO, Sadoh WE, Oladimeji AO, Sotiloye OS: Attitude of health-care workers to HIV/AIDS. *Afr J Reprod Health* 2006; 10: 39-46.
 79. Stein JA, Li L: Measuring HIV-related stigma among Chinese service providers: confirmatory factor analysis of a multidimensional scale. *AIDS Behav* 2008; 12: 789-795.
 80. Ware N, Wyatt M, Tugenberg T: Social relationships, stigma and adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *AIDS Care* 2006; 18: 904-910.

81. *Webber GC*: Chinese health care providers' attitudes about HIV: a review. *AIDS Care* 2007; 19: 685-691.
82. *Sadoh AE, Sadoh WE, Fawole AO, Oladimeji A, Sotiloye O*: Attitude of health care workers to patients and colleagues infected with human immunodeficiency virus. *SAHARA J* 2009; 6: 17-23.
83. *Zukoski AP, Thorburn S*: Experiences of stigma and discrimination among adults living with HIV in a low HIV-prevalence context: a qualitative analysis. *AIDS Patient Care & STDs* 2009; 23: 267-276.
84. UNAIDS: HIV-related stigma, discrimination and human rights violations. Case studies of successful programmes. Available at: http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/JC999-HumRightsViol_en.pdf
85. UNAIDS: The Gap Report. Available at: <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/2014/2014gapreport/gapreport>
86. The People Living with HIV Stigma Index. Available at: <http://www.stigmaindex.org/>.
87. People Living with HIV Stigma Index Asia Pacific Regional Analysis. Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20110829_PLHIVStigmaIndex_en_0.pdf
88. Ukraine Stigma Index Report. Available at: http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Ukraine%20Stigma%20Index_Report2014_ENG.pdf
89. UK The People Living with HIV Stigma Index qualitative report. Available at: http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/UK%20People%20Living%20with%20HIV%20qualitative_report_nov_2010.pdf
90. Belarus. People Living with HIV Stigma Index. Accessed Dec 1 2015. Available at: <http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Belarus%20People%20Living%20with%20HIV%20Stigma%20Index%20Report%20published%202013-%20English.pdf>
91. Research Report (Russia). People Living with HIV Stigma Index. Available at: <http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Russia%20People%20Living%20with%20HIV%20%20Stigma%20Index%20Research%202010%20EN.pdf>
92. *Ankiersztein-Bartczak M*: 25 lat HIV w Polsce. Czy coś się zmieniło? *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14: 71-75.
93. *Sprague L*: HIV-related Stigma: Late Testing, Late Treatment. A cross analysis of findings from the People Living with HIV Stigma Index in Estonia, Moldova, Poland, Turkey, and Ukraine. Available at: <http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Late%20Testing%20Late%20%20Treatment.pdf>
94. WHO. Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011-2015. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf?ua=1
95. *Halota W*: Zapobieganie zakażeniom, zasady poradnictwa. In: *Halota W*, editor: Zakażenia HIV i AIDS w praktyce lekarskiej. Podręcznik dla studentów medycyny i lekarzy. Szczecin: SWA Ottonianum; 1998. p. 146-51.
96. *Milona M, Gańczak M, Szych Z*: Surgical nurses and their concerns of acquiring HIV infection at the workplace. *Rocz Akad Med Białymst* 2005; 50 Suppl 1: 203-206.
97. *Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S, Li W, Wilson I*: Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 1096-1103.
98. *McCann TV, Sharkey RJ*: Educational intervention with international nurses and changes in knowledge, attitudes and willingness to provide care to patients with HIV/AIDS. *J Adv Nurs* 1998; 27: 267-273.
99. *Roberts KJ*: Physician-patient relationships, patient satisfaction, and antiretroviral medication adherence among HIV-infected adults attending a Public Health Clinic. *AIDS Patient Care STDS* 2002; 16: 43-50.
100. *Horsman JM, Sheeran P*: Health care workers and HIV/AIDS: A critical review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1535-1567.

Address: 31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 20

Tel.: +4812 4332813

maciej.rogala@uj.edu.pl

Received: 8th June 2015

Accepted: 24th December 2015

