

Grażyna Świątkiewicz
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami Instytutu Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

WIEDZA I POSTAWY WOBEC HIV/AIDS WŚRÓD MIESZKAŃCÓW GMINY WIEJSKIEJ I MIESZKAŃCÓW ŚREDNIEJ WIELKOŚCI MIASTA

1. WPROWADZENIE

Od lutego 1994 roku z funduszy Komisji Europejskiej realizowane są w Polsce dwa programy zapobiegania narkomanii. Celowo oddziaływania prewencyjne ulokowane zostały w odmiennych pod względem epidemiologii i specyfii) socjo-demograficznej obszarach.

Starachowice miasto zamieszkiwane przez ok. 60 tys. mieszkańców charakteryzuje się względnie niskim na tle kraju wskaźnikiem rozpowszechnienia narkomanii. Jego problemem jest aktualnie bezrobocie i wyraźnie odczuwany przez mieszkańców obniżający się poziom życia.

Malczyce to ok. 6 tys. gmina wiejska położona w województwie wrocławskim, na obszarze o wyższym niż w wielu innych regionach kraju wskaźniku rozpowszechnienia narkomanii. Trudna sytuacja gospodarcza również w znacznym stopniu dotyka mieszkańców gminy, których większość od wielu lat uprawiała buraki cukrowe dla upadającej obecnie cukrowni.

Aktualne problemy społeczno-ekonomiczne dotyczą obu społeczności lokalnych.

Programy prewencyjne proponowane w obu społecznościach opierają się na filozofii kompleksowych programów lokalnych. Uwzględniane są w nich trzy poziomy prewencji. W ramach prewencji pierwszego stopnia podejmowane są próby ograniczania problemów wśród młodzieży i działania informacyjno edukacyjne obejmujące szerokie grupy mieszkańców. Są to działania o charakterze niespecyficznym zmierzające do poprawy jakości codziennego życia. W ramach prewencji drugorzędowej opieką obejmowana jest młodzież

z grup ryzyka. I wreszcie prewencja trzeciorzędowa dotyczy osób uzależnionych od nielegalnych leków.

Aby program był dobrze osadzony w „realiach” społeczności, poprzedzony był szerokimi badaniami diagnostycznymi. Jednym z elementów wstępnej diagnozy sytuacji były badania ankietowe na reprezentatywnych próbach obu społeczności. Wśród pytań sondujących opinie mieszkańców na temat najbardziej dotkliwych w ich miejscu zamieszkania problemów, poglądów na młodzież i jej problemy, znalazły się również pytania badające wiedzę i postawy mieszkańców Malczyc i Starachowic wokół kwestii HIV/AIDS.

2. REAKCJE SPOŁECZNE NA NOWĄ CHOROBE

Okres poprzedzający rok 1979 (data wyodrębnienia wirusa HIV) charakteryzował się w świecie medycznym powszechnym przekonaniem, że świat ostatecznie poradził sobie z chorobami zakaźnymi, szerzącymi się epidemicznie. Robert Gallo, współodkrywca wirusa HIV analizując ten problem w artykule opublikowanym w *Discover* w 1989 roku stwierdza także, że wykluczano możliwość wybuchu epidemii choroby zakaźnej o zasięgu światowym. Wirusy zwane retrowirusami, wywołujące pewne choroby w tym nowotwory, znane były wyłącznie u zwierząt. Zakładano, że gdyby wirus taki mógł istnieć u ludzi, dawno byłby wykryty. Wykrycie retrowirusa HIV wykazało, że były to poglądy całkowicie fałszywe [3].

Bardzo intensywne badania, prowadzone w dziesiątkach laboratoriów na całym świecie, pozwoliły na szybsze niż kiedykolwiek poznanie nowego wirusa. Udało się opracować testy do jego wykrywania w organizmie ludzkim, udało się ustalić drogi jego rozpowszechniania. Tak szybki rozwój wiedzy dał możliwość dostarczenia społeczeństwu prostych informacji na temat dróg zakażenia i sposobów jego unikania. Wiadomo, że wirus HIV może przeniknąć do organizmu człowieka trzema drogami: poprzez kontakt seksualny, poprzez bezpośredni kontakt uszkodzonej skóry lub błon śluzowych z krwią osoby zakażonej oraz do organizmu płodu lub noworodka jeśli matka jest zakażona.

Mimo tak intensywnych badań nie udało się jednak do dnia dzisiejszego wynaleźć skutecznego leku ani szczepionki chroniącej przed zakażeniem. To, że zachorowanie na AIDS nieuchronnie prowadzi do zgonu chorego leży u podłoża ogromnego lęku przed tą chorobą, który w wielu społeczeństwach manifestuje się próbami dyskryminacji i izolacji osób zakażonych.

Wiele badań prowadzonych w różnych krajach dokumentuje wielką różnorodność postaw i zachowań dyskryminacyjnych wobec nosicieli HIV. Postawy takie mogą być wzmacniane komunikatami na temat oficjalnych instytucjonalnych uregulowań tej kwestii. W Polsce AIDS jest definiowany jak choroba infekcyjna i podobnie jak inne choroby infekcyjne traktowana w uregulowaniach prawnych. Polska zaliczana jest do grupy krajów o nie-dyskryminacyjnych rozwiązaniach problemu HIV/AIDS, jeśli podstawą wnioskowania jest analiza uregulowań prawnych [2].

Prawne uregulowania mogą stanowić jasny i klarowny komunikat dla społeczeństwa tylko wtedy, gdy są bez wyjątków respektowane. W paru miejscach w Polsce miały miejsce brutalne ataki miejscowej ludności na ośrodki rehabilitacyjne MONARU, w których przebywali narkomani, nosiciele HIV. W demonstracjach tych dochodziło do aktów przemocy wobec nosicieli, ich opiekunów oraz do dewastacji zamieszkiwanych przez nich pomieszczeń. W konflikcie, jaki miał miejsce w Głuskowie i w konflikcie w Kawęczynie, żądania mieszkańców zostały spełnione. Ministerstwo Zdrowia podejmowało zobowiązania ulokowania gdzie indziej nosicieli HIV, policja i prokuratura nie pociągnęła do odpowiedzialności karnej osób, które dopuściły się aktów przemocy wobec mieszkańców domów MONARU. Mimo, iż podłoże reakcji mieszkańców może być wyjaśniane wieloma czynnikami ekonomiczno-politycznymi i psychologicznymi, reakcje władz sankcjonowały niezgodne z prawem zachowania dyskryminujące nosicieli HIV [5, 2].

Ogromny lęk jaki towarzyszył narastaniu pandemii AIDS prowadził do przybierających niekiedy skrajne formy zachowań dyskryminacyjnych w wielu krajach. Nowe zjawiska wywołują tym większe reakcje lękowe im bardziej są tajemnicze i niezrozumiałe. Wiadomo, że rozwój wiedzy na temat wielu dawniej niezrozumiałych zjawisk przyrody wyeliminował ze świadomości społeczeństw sporo „starych lęków”.

Założenie, że wiedza może zmniejszać postawy lękowe, leży u podłoża licznych działań edukacyjnych na temat HIV/AIDS prowadzonych na całym świecie.

3. CZY WIEDZA NA TEMAT HIV/AIDS MOŻE WPLYWAĆ NA POSTAWY I ZACHOWANIA

Teoretyczne związki między wpływem wiedzy na poglądy i zachowania jednostek wydają się na pierwszy rzut oka bardzo proste. Wiadomo, że nowe

informacje mogą zmienić wcześniejsze schematy myślowe, a co za tym idzie poglądy i zachowania. Kwestiami tymi od lat zajmują się psychologowie społeczni. Aby lepiej kontrolować badane zmienne, dość często uciekano się do kreowania sytuacji eksperymentalnych. Eksperymenty psychologii społecznej są aktualnie mniej popularne i często krytykowane. Krytykuje się je z powodów moralnych; aby wykreować sztuczną sytuację społeczną, często uciekano się do kłamstwa wobec osób uczestniczących w eksperymencie. Krytykuje się je również z powodów merytorycznych, sztuczne sytuacje społeczne nie mogą uwzględniać szeregu zmiennych, które występują w realnym życiu społecznym. Niezależnie od wszystkich zastrzeżeń, to właśnie badacze eksperymentalni postawili pytanie: dlaczego tak często zachowania ludzkie odbiegają od werbalnie wyrażanych poglądów i postaw?

Nie jest przedmiotem tego opracowania szczegółowe wnikanie w ten problem. Warto jedynie pamiętać, że postawy deklarowane przez respondentów socjologicznych badań kwestionariuszowych, mogą nie znajdować potwierdzenia w ich zachowaniach. Nie mniej zmiana postaw werbalnych jest istotnym etapem na drodze do zmiany zachowania.

Wielu akcjom i działaniom edukacyjnym towarzyszą badania ankietowe próbujące mierzyć zmiany jakie zachodzą w świadomości i postawach poddawanych oddziaływaniom podmiotów. Wiele takich badań towarzyszy również kampaniom edukacyjnym poświęconym dostarczaniu informacji na temat AIDS. Wnioski z nich wynikające nie są jednoznaczne. Nie zawsze więcej informacji oznacza podniesienie tolerancji wobec nosicieli HIV. I tak, w badaniach węgierskich stwierdzono, że po dwóch latach kiedy media intensywnie informowały o kwestiach związanych z HIV/AIDS wśród pracowników służby zdrowia o około 50% wzrosła liczba osób deklarujących odmowę zajmowania się pacjentami z HIV. 95% spośród badanych deklaroowało jednocześnie, że wiedzę w tej sprawie czerpią głównie z mass-mediów [6].

W badaniach chorwackich udało się uchwycić istotny wpływ wiedzy na postawy młodzieży. Zidentyfikowano dwie kategorie wiedzy: funkcjonalną (self-protective) i ogólną.

Wiedza funkcjonalna miała większy wpływ na deklarowanie przez młodych ludzi bezpiecznych zachowań [1].

Światowa Organizacja Zdrowia w swoim raporcie z 1994 roku przytacza badania, które wykazują istotny wpływ źródła wiedzy na to, czy staje się ona zmienną obniżającą, czy wręcz podnoszącą poziom lęku. W raporcie podkreśla się, że bardziej istotny niż nawet aktualność informacji jest ton w jakim

sprawa jest poruszana. W Finlandii na skutek doświadczeń wczesnych kampanii edukacyjnych, które podnosząc poziom wiedzy nie obniżały, a niekiedy podnosiły poziom lęku, kwestie HIV uwzględniane są w coraz szerszym kontekście. Uważa się, że sprawą podstawową jest unikanie tonu podnoszącego poziom lęku. Jest to niesłychanie trudne, jeśli kampania edukacyjna jest zogniskowana wyłącznie na temacie HIV/AIDS. Bardziej obiecującym podejściem wydaje się kreowanie pozytywnych aspektów np: bezpiecznego sexu [8].

Najwcześniej próbę zbadania poziomu wiedzy polskiego społeczeństwa oraz jego postaw w stosunku do nosicieli HIV podjęła Zofia Słońska. W artykule zamieszczonym w „Świecie Medycyny” autorka konkluduje: „Przeprowadzone w 1989 roku badanie opinii publicznej, którego celem była ocena nastawienia Polaków do możliwości własnego kontaktu z osobami zakażonymi wirusem HIV, przyniosło niepokojące rezultaty. Okazało się, że jeśli chodzi o większość zwykłych sytuacji życiowych, to tylko niewiele ponad 30% osób dopuściło możliwość własnego kontaktu z człowiekiem zakażonym HIV, nie będącym członkiem rodziny, podczas gdy 36% było nastawione zdecydowanie wrogo”. Autorka podkreśla konieczność nasilenia w tej dziedzinie kampanii edukacyjnej [7].

Niektóre, spośród pytań użytych przez Słońską w badaniu z 1989 roku, zadaliśmy w badaniach ankietowych przeprowadzonych w Malczycach i Starachowicach.

II. WYNIKI BADAŃ

1. WIEDZA NA TEMAT DRÓG ZAKAŻANIA

Podstawą szacowania poziomu wiedzy na temat dróg szerzenia się AIDS było pytanie o możliwość zakażenia w siedmiu sytuacjach.

Dwie z nich: używanie zakażonej strzykawki i kontakty seksualne bez prezerwatywy reprezentowały w tym uproszczonym teście wiedzy sytuacje zagrażające. Pozostałe pięć poddanych ocenie sytuacji reprezentowało kontakty bezpieczne. Każda z nich była oceniana przez badanych na pięcio-punktowej skali: „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „i tak i nie”, „raczej nie” i „zdecydowanie nie”.

Za poprawne uznano odpowiedzi tych respondentów, którzy w przypadku sytuacji zagrażających udzielali odpowiedzi typu: „zdecydowanie tak” i „raczej tak”. Jeśli chodzi o kontakty bezpieczne, odpowiedź była uznawana za prawidłową gdy mieściła się w kategoriach: „zdecydowanie nie” i „raczej nie”.

W obu miejscowościach odpowiedzi prawidłowe, były niemal powszechne, przy ocenie możliwości zarażenia się HIV w sytuacjach zagrażających. Świadomość tego, że można zarazić się HIV przez zakażoną strzykawkę i kontakt seksualny ma w obu miejscowościach 95% i więcej respondentów.

Kontakty bezpieczne są znacznie rzadziej rozpoznawane prawidłowo. Tylko „podanie ręki osobie zakażonej”, zostało ocenione prawidłowo przez zdecydowaną większość badanych. W Starachowicach w przypadku dwóch kolejnych sytuacji „pocałunku z osobą zakażoną” i „używania tych samych naczyń” prawidłowych odpowiedzi udzieliło ponad 50% respondentów. W pozostałych dwóch sytuacjach oceny prawidłowe, stanowiły mniej niż połowę wszystkich odpowiedzi. W Malczycach cztery spośród pięciu bezpiecznych kontaktów były oceniane poprawnie przez mniej niż 50% respondentów (tabela 1).

Reasumując w obu miejscowościach społeczeństwo charakteryzuje się dobrą znajomością sytuacji w których można zarazić się HIV.

Poziom wiedzy o kontaktach bezpiecznych jest znacznie niższy. Może to prowadzić do nadmiernej ostrożności i dystansu wobec nosicieli wirusa HIV. Omówione wyżej pytania, można określić mianem testu na wiedzę funkcjonalną, która może być pomocna w podejmowaniu decyzji, jakich zachowań trzeba unikać, a jakich nie. Oprócz tego respondentom zadawano jeszcze jedno krótkie pytanie: Czy wie P. jak jest różnica między nosicielem HIV, a chorym na AIDS? Było to jedyne pytanie próbujące sondować rozpowszechnienie wśród badanych populacji wiedzy ogólnej. W odpowiedzi na nie twierdzące deklaracje złożyło 43% mieszkańców Malczyc i 50% mieszkańców Starachowic. Rozkład odpowiedzi na pytanie istotnie koreluje z rozkładem odpowiedzi na pytania o wiedzę funkcjonalną. Osoby, które deklarowały, że wiedzą jaka jest różnica między HIV i AIDS znacznie częściej udzielały prawidłowych odpowiedzi na pytania o drogi zarażania HIV.

Wśród zmiennych socjo-demograficznych najistotniejszą okazała się zmiana wieku. Najmłodsi respondenci (15-29 lat) znacznie częściej udzielali odpowiedzi potwierdzających posiadanie wiedzy. Dotyczy to obu rodzajów pytań (tabela 9).

2. TOLERANCJA WOBEC DOROSŁYCH NOSICIELI WIRUSA HIV

Kwestia tolerowania obecności nosicieli HIV w codziennym życiu społecznym jest opisywana na podstawie wyników uzyskanych z odpowiedzi na dwa pytania. Pierwsze z nich dotyczyło zgody respondentów na zatrue-

dnianie nosicieli HIV w siedmiu wybranych rolach zawodowych. Badani wyrażali swoje opinie odnośnie następujących zawodów: nauczyciel, kasjer biletowy w kinie, pielęgniarka w poradni ogólnej, ekspedientka w sklepie spożywczym, urzędnik, lekarz chirurg i wreszcie minister.

Powszechny brak zgody na zatrudnianie nosicieli HIV dotyczył, w obu miejscowościach, zawodu lekarza i pielęgniarki. W Malczycach w przypadku lekarza 99% respondentów wypowiedziało się negatywnie, a w przypadku pielęgniarki 97%. W Starachowicach „niezgoda” była nie aż tak powszechna, odpowiednio: 4% i 10%. Bardzo niskie rozpowszechnienie tolerancji odnotowano w stosunku do ewentualności zatrudnienia nosicieli wirusa HIV w zawodach takich jak: ekspedientka i nauczyciel, w podobnym stopniu w obu społecznościach. Tylko w przypadku trzech spośród siedmiu wymienionych w ankiecie zawodów zdarzyło się, że grupa osób akceptujących ich wykonanie przez nosicieli HIV przekroczyła 50%. W Starachowicach: kasjera biletowego i urzędnika (62% i 67%), w Malczycach ministra (53%) (tabela 3). Na podstawie deklaracji respondentów odnośnie poszczególnych zawodów powstała „skala tolerancji w stosunku do dorosłych nosicieli HIV”. Każdemu respondentowi przypisana została określona liczba punktów, która stanowi sumę pozytywnych deklaracji. Przy braku zgody na zatrudnianie nosiciela HIV w jakimkolwiek zawodzie respondent otrzymywał 0 punktów. Jeśli akceptował nosiciela we wszystkich siedmiu rolach zawodowych otrzymywał 7 punktów.

Ocena zero punktów okazała się najczęstsza i prawie identyczna w obu miejscowościach (37% i 36%, tabela 4). Wyższe oceny były udziałem nie większych niż dwudziesto-procentowych grup. W Malczycach 20% społeczności uzyskało na skali tolerancji ocenę 4, w Starachowicach taką ocenę otrzymało 15% mieszkańców. Większa niż 4 suma punktów, w obu miejscach, mogła być przyznana pojedynczym odsetkom badanych.

Punkty uzyskiwane na skali tolerancji rosną wraz ze wzrostem poziomu wiedzy na temat dróg zakażenia wirusem HIV. Dla przykładu dla osób, które w teście wiedzy udzieliły dwóch prawidłowych odpowiedzi średnia na skali tolerancji wyniosła 0.7 punkta, podczas gdy dla tych, którzy siedmiokrotnie odpowiedzieli prawidłowo 3.1 punkta. Wpływ zmiennej wiedzy na poziom tolerancji jest w tym badaniu wyraźnie statystycznie istotny (tabela 10).

Typ odpowiedzi na pytanie o różnice między HIV i AIDS, również znamienne wpływa na oceny na skali tolerancji. Respondenci deklarujący, że wiedzą jaka jest różnica, zdecydowanie częściej charakteryzują się wyższym poziomem tolerancji.

Spośród zmiennych społeczno-demograficznych, modyfikujący wpływ na poziom tolerancji wobec dorosłych nosicieli HIV, dotyczy zmiennej wieku. Tolerancja wyraźnie obniża się wraz z wiekiem respondentów.

3. TOLERANCJA WOBEC DZIECI Z HIV

Poziom tolerancji wobec dzieci nosicieli wirusa HIV sondowało pytanie o zgodę na przebywanie tych dzieci w środowisku rówieśniczym w pięciu wybranych sytuacjach. Chodziło o: wspólne spędzanie wakacji, korzystanie z tej samej poradni zdrowia, uczęszczanie do tej samej szkoły, wspólne chodzenie na lody, wspólne chodzenie do kina.

Tak, jak w przypadku postaw wobec dorosłych nosicieli HIV, na podstawie odpowiedzi na wszystkie pytania, każdemu respondentowi przydzielono odpowiednią liczbę punktów na skali tolerancji. Ocena 0 punktów oznacza brak zgody na jakikolwiek z wymienionych wyżej kontaktów, ocena 5 punktów oznacza, że respondent akceptuje obecność dzieci z HIV we wszystkich wymienionych sytuacjach.

Proporcje tych, którym przypisano ocenę zero są podobnie wysokie, jak w teście tolerancji wobec nosicieli dorosłych. (Malczyce 40%, Starachowice 32%).

W obu społecznościach kontaktem najczęściej akceptowanym było, chodzenie do wspólnego kina. Nieco powyżej połowy badanych wyrażało zgodę na obecność dzieci z HIV we wspólnej ciastkarni. Pozostałe wymieniane w ankiecie sytuacje akceptowało mniej niż 50% grupy respondentów, dotyczy to obu miejsc (tabela 7).

Poziom tolerancji wobec dzieci, nosicieli HIV, znacząco zależy od poziomu wiedzy zarówno funkcjonalnej jak i ogólnej (tabela: 7 i 8).

Identycznie, jak w odniesieniu do dorosłych, tolerancja wobec dzieci zmniejsza się wraz ze wzrostem wieku respondentów.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Poziom wiedzy na temat dróg zakażenia wirusem AIDS okazał się podobny w obu badanych miejscowościach.

Najpowszechniej prawidłowo rozpoznawane są sytuacje niosące duże ryzyko zakażenia.

Duże proporcje respondentów wierzą w możliwość zakażenia w sytuacjach bezpiecznych.

W obu miejscowościach ponad jedną trzecią stanowią osoby nie akceptujące możliwości jakiegokolwiek formy obecności zarówno dzieci jak i dorosłych nosicieli wirusa AIDS w zwykłych codziennych kontaktach.

Spośród zmiennych socjo-demograficznych największy wpływ modyfikujący, zarówno poziom wiedzy na temat HIV/AIDS, jak i poziom tolerancji wobec nosicieli, okazała się zmienna wieku. Zarówno poziom wiedzy jak i poziom tolerancji wyraźnie zmniejsza się wraz ze wzrostem wieku. Różnica ta rośnie skokowo w grupie respondentów, którzy przekroczyli 50-ty rok życia.

Badanie udowodniło znamienny wpływ poziomu wiedzy na poziom tolerancji wobec nosicieli HIV. Dotyczy to zarówno tolerancji wobec dorosłych, jak i wobec dzieci. Wyrażane werbalnie postawy nie są wprawdzie pewnym predyktorem zachowań w razie zaistnienia rzeczywistej sytuacji, w sporym jednak stopniu pozwalają je przewidywać.

W obu miejscowościach potrzebne i celowe wydaje się zadbanie o podniesienie poziomu wiedzy społeczności na temat HIV/AIDS. Warto pomyśleć nad sposobami dotarcia z nią zwłaszcza do osób starszych.

Tabela 1

Odsetki mieszkańców Malczyce i Starachowic odpowiadających prawidłowo na pytanie jak można zarazić się wirusem AIDS

Rodzaj kontaktu	Malczyce	Starachowice
Podanie ręki osobie zarażonej	77	86
Pocalunek z osobą zarażoną	43	52
Używanie zakażonej strzykawki	96	95
Kontakty seksualne (bez prezerwatywy) z osobą zarażoną	96	95
Używanie tych samych naczyń stołowych	47	57
Przebywanie z osobą, która kicha lub kaszle	45	48
Używanie wspólnej toalety z osobą zarażoną	41	44

Tabela 2

Odsetki osób uzyskujących rozmaite ilości punktów za prawidłowe odpowiedzi na pytanie o drogi zarażania wirusem AIDS. Każda prawidłowa odpowiedź = 1 punkt

Liczba punktów	Malczyce	Starachowice
2	20	11
3	15	20
4	13	12
5	11	13
6	16	15
7	25	29

Tabela 3
Odsetki osób deklarujących swoją zgodę na zatrudnienie nosicieli HIV
w wybranych zawodach

Zawód	Malczyce	Starachowice
Nauczyciel	29	28
Kasjer biletowy	46	62
Pielęgniarka w poradni ogólnej	3	10
Ekspedientka w sklepie spożywczym	7	12
Urzędnik	47	67
Lekarz chirurg	1	4
Minister	53	31

Tabela 4
Odsetki osób o różnych ilościach punktów na skali tolerancji. Każda odpowiedź
wyrażająca akceptację zatrudnienia nosiciela HIV
w konkretnym zawodzie = 1 punkt

Liczba punktów	Malczyce	Starachowice
0	37	36
1	8	12
2	15	13
3	16	14
4	20	15
5	3	6
6	1	3
7	1	1

Tabela 5
Odsetki osób deklarujących swoją zgodę na kontakty dzieci z wirusem HIV,
z innymi dziećmi, w wybranych sytuacjach

Rodzaj sytuacji	Malczyce	Starachowice
Spędzanie wakacji wspólnie z innymi dziećmi	34	30
Leczenie w tej samej poradni co inne dzieci	31	26
Chodzenie do szkoły z innymi dziećmi	48	50
Chodzenie z innymi dziećmi na lody, ciastka	52	54
Chodzenie z innymi dziećmi do kina	58	66

Tabela 6

Odsetki osób o różnej ilości punktów na skali tolerancji wobec dzieci z wirusem HIV. Każdy akceptowany rodzaj kontaktu z innymi dziećmi = 1 punkt

Liczba punktów	Malczyce	Starachowice
0	40	32
1	4	6
2	8	12
3	9	15
4	20	17
5	19	19

Tabela 7

Odsetki osób o różnej liczbie punktów na skali wiedzy na temat dróg zarażenia wirusem HIV na tle odpowiedzi na pytanie: Czy wie P. jaka jest różnica między HIV i AIDS?

Liczba punktów	Malczyce		Starachowice	
	tak	nie	tak	nie
2	24	76	7	93
3	32	68	39	61
4	34	66	48	52
5	39	61	56	44
6	59	41	68	32
7	62	38	63	37

Tabela 8

Średnia liczba punktów uzyskanych na skali wiedzy na temat dróg zarażenia wirusem HIV na tle odpowiedzi na pytanie: Czy wie P. jaka jest różnica między HIV i AIDS?

Malczyce: N = 495, Starachowice: N = 500

Odpowiedź na pytanie o różnicę	Malczyce		Starachowice	
	średnia	l. osób	średnia	l. osób
TAK	5,3	213	5,5	250
NIE	4,1	282	4,3	250

Tabela 9

Średnia liczba punktów uzyskanych na skali wiedzy na temat dróg zarażenia wirusem HIV na tle wieku respondentów

Wiek	Małczyce		Starachowice	
	średnia	l. osób	średnia	l. osób
15 - 29 lat	5,2	140	5,8	124
30 - 49 lat	5,0	188	5,0	210
50 lat i więcej	3,8	165	4,0	159

Tabela 10

Tolerancja wobec zatrudnienia nosicieli HIV w różnych zawodach na tle wiedzy na temat dróg zarażenia

Liczba punktów na skali wiedzy	Średnia liczby punktów na skali tolerancji			
	Małczyce		Starachowice	
	średnia	l. osób	średnia	l. osób
2	0,7	98	0,3	56
3	1,1	76	0,9	99
4	1,9	63	1,7	60
5	1,9	52	1,9	63
6	2,4	80	2,4	76
7	3,1	125	3,2	145

Tabela 11

Tolerancja wobec zatrudniania nosicieli wirusa HIV w różnych zawodach na tle odpowiedzi na pytanie: Czy wie P. jaka jest różnica między HIV i AIDS?

Odpowiedź na pytanie o różnicę	Średnia liczby punktów na skali tolerancji			
	Małczyce		Starachowice	
	średnia	l. osób	średnia	l. osób
TAK	2,3	213	2,5	250
NIE	1,6	282	1,4	250

Tabela 12
Tolerancja wobec zatrudniania nosicieli HIV w różnych zawodach na tle wieku respondentów

Wiek	Średnia liczby punktów na skali tolerancji			
	Malczyce		Starachowice	
	średnia	l. osób	średnia	l. osób
15 - 29 lat	2,3	140	2,7	124
30 - 49 lat	2,3	188	1,9	210
50 lat i więcej	1,2	165	1,4	159

Tabela 13
Tolerancja wobec dzieci z HIV na tle wiedzy na temat dróg zakażenia

Liczba punktów (wiedza)	Średnia liczby punktów na skali tolerancji			
	Malczyce		Starachowice	
	średnia	l. osób	średnia	l. osób
2	0,6	98	0,2	56
3	1,2	76	1,4	99
4	1,7	63	2,0	60
5	2,6	52	2,5	63
6	3,3	80	3,0	76
7	3,5	125	3,6	145

Tabela 14
Tolerancja wobec dzieci z HIV na tle odpowiedzi na pytanie: Czy wiesz jaka jest różnica między HIV i AIDS?

Odpowiedź	Średnia liczby punktów na skali tolerancji			
	Malczyce		Starachowice	
	średnia	l. osób	średnia	l. osób
TAK	2,8	213	3,0	250
NIE	1,8	282	1,7	250

Tabela 15
Tolerancja wobec dzieci z HIV na tle wieku

Wiek	Średnia liczby punktów na skali tolerancji			
	Małczyce		Starachowice	
	średnia	l. osób	średnia	l. osób
15 - 29 lat	2,5	140	3,4	124
30 - 49 lat	2,5	188	2,4	210
50 lat i więcej	1,6	165	1,6	159

Grażyna Świątkiewicz

Knowledge and Attitudes Toward HIV/AIDS Among the Rural Areas and Middle Size Town Citizenry.

Summary

The level of knowledge concerning HIV infection routes appeared to be equal in both surroundings.

The most hazardous situations are most widely and correctly identified ones.

Large proportion of citizenry considers safe behaviour to be potentially hazardous.

In both locations over one third of inhabitants excludes whatever form of everyday contacts with HIV carriers, should they be children or adults.

Age appeared the factor of the most significant modifying power concerning the awareness and the acceptance of HIV carriers. The awareness and the tolerance decreases as the age grows. This discrepancy escalates in the group of individuals aged 50 and over years.

The study proved the pivotal influence of the knowledge about HIV/AIDS upon the level of tolerance of HIV carriers. This refers to HIV caring adults as well as children. The verbally expressed attitudes cannot be considered a certified predictor of behaviour in live situations, still they allow for some predictions.

On both locations, elevating social knowledge regarding HIV/AIDS might be both essential and advisable. One should also consider methods applicable to reach senior citizens.

Key words: local community, attitudes, HIV/AIDS

Piśmiennictwo

1. D. Ajdukovic, M. Ajdukovic (1991).: University students and AIDS. Knowledge, attitudes and behavioral adjustment. Psychological Reports, 69, str: 203-210.
2. Council of Europe (1993) Comparative study on discrimination against persons with HIV or AIDS. Strasbourg.
3. R. Gallo (1989).: Moje życie opanowane przez AIDS. Discover.89/10.
4. B. Hugh, D. Ford (1990).: O psychoterapii i zmianie zachowania - perspektywa historyczna i teoretyczna. (ed.) L. Garfield, A. Bergin, Psychoterapia i zmiana zachowania. Warszawa. str: 9-56.
5. J. Moskalewicz (1992).: Poles facing AIDS. Belgian-Polish Medical Week. Alcohol and Other Drug - Related Problems. Ministry of Public Health and Environment. Brussels.
6. T. Simon, P. Csepe (1991).: The change of knowledges and attitudes of Hungarian doctors and other health workers with AIDS, 1988-1990. Orvosi Hetilap 132 evt 22sz. str: 1177-1232.
7. Z. Słońska (1990).: AIDS a izolacja społeczna. Świat Medycyny 7/31.
8. Światowa Organizacja Zdrowia (1994). Alcohol Action Plan and Global Programme on AIDS. WHO Regional Office for Europe. str.21.
9. G. Świątkiewicz: Wyniki badań ankietowych społeczności Starachowic - element diagnozy przed rozpoczęciem akcji. Alkoholizm i Narkomania. 3(17)94