

PODSUMOWANIE WYNIKÓW	2
METODOLOGIA BADAŃ	4
KONCEPCJA DOBORU PRÓBY	7
PODSTAWOWE INFORMACJE O BADANIU	11
OMÓWIENIE WYNIKÓW	12
INFORMACJE DEMOGRAFICZNO - SPOŁECZNE	12
PRACA I SYTUACJA MATERIALNA	13
POSTAWY SPOŁECZNE ZAKAŻONYCH	15
OCENA POZYCJI SPOŁECZNEJ	17
PSYCHO – SPOŁECZNE ASPEKTY JAKOŚCI ŻYCIA	19
RELACJE Z OTOCZENIEM	21
JAKOŚĆ OPIEKI MEDYCZNEJ	24
ZAŁĄCZNIK NR 1 ZESTAWIENIE SYNTETYCZNYCH WSKAŹNIKÓW JAKOŚCI ŻYCIA	28
ZAŁĄCZNIK NR 2 ANALIZA METODOLOGICZNA	41
ZAŁĄCZNIK NR 3 KWESTIONARIUSZ	47
ZAŁĄCZNIK NR 4 INSTRUKCJA DLA WYKONAWCÓW	48
ZAŁĄCZNIK NR 5 ZESTAWIENIE TABELARYCZNE WYNIKÓW	51

JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB ZAKAŻONYCH HIV

RAPORT Z BADANIA

PODSUMOWANIE WYNIKÓW

- Niemal dwie trzecie osób objętych badaniem to mężczyźni. Liczebność grupy kobiet umożliwia wykonywanie podstawowych analiz.
- W porównaniu ze strukturą populacji ogólnej, w grupie badanej niedoreprezentowane były osoby z wykształceniem podstawowym, a nadreprezentowane z zasadniczym zawodowym.
- Zdecydowanie niewiele było osób powyżej 45 roku życia. Dominowała grupa od 31 do 45 lat. Grupa ta ma też duży udział w populacji ogólnej mieszkańców Polski.
- Niemal trzy czwarte badanych ma staż zakażenia dłuższy niż cztery lata.
- Większość badanych mieszka w normalnych warunkach. Jednak niemal 30% w ciągu ostatniego miesiąca nocowała, przebywała w miejscach „obcych”, takich jak schroniska, szpitale itp. Poza zasięgiem badania zostały niemal całkowicie osoby nocujące w miejscach przypadkowych.
- Cechą charakterystyczną osób zakażonych jest brak pracy: pozostaje bez niej 80% badanych. Jednak tylko 13% szuka pracy, pozostałe nie są specjalnie zainteresowane pracą. Główną przyczyną zawodowej bierności jest stan zdrowia. Można przypuszczać, że części osób pobierana renta oraz dodatkowe źródła dochodów (wsparcie rodziny, praca dorywcza, niskie koszty utrzymania w ośrodkach opiekuńczych) wystarczają na pokrycie codziennych wydatków.
- O tym, że ta hipoteza może mieć uzasadnienie świadczy fakt, że ponad połowa badanych ma za sobą dłuższe (trwające ponad 5 dni) wyjazdy wypoczynkowe. Jest to większy odsetek niż w populacji.

- Osoby badane mają niezbyt wiele do zaoferowania rynkowi pracy: jedynie 10% dobrze obsługuje programy biurowe, zaledwie 14% zna język angielski.
- Tylko 20% respondentów ma samochód (własny lub z partnerem). Jest to o niemal połowę mniej niż w populacji.
- Samoocena badanych jest dość dobra. Około 50% ocenia swoją pozycję społeczną jako średnią lub wyższą.
- Ogólne wskaźniki oceny jakości własnego życia, zarówno subiektywne, jak i obiektywne są raczej pozytywne.
- Wskaźniki relacji z otoczeniem są względnie dobre, jednak analiza części składowych wskazuje na zakłócenia w sferze relacji emocjonalnych z otoczeniem. Szczególnie silne są napięcia w kontaktach z rodziną.
- Badani nie mają większych problemów z dotarciem i uzyskaniem porady/pomocy lekarskiej.

METODOLOGIA BADAŃ

Koncepcja metodologiczna badania została oparta na kilku zasadniczych założeniach dotyczących istoty problemu oraz szczególnej specyfiki grupy badanej. Specyfika ta jest wspólna dla zjawisk opisywanych w wielu publikacjach z zakresu socjologii medycyny, a dotyczących postaw i zachowań osób przewlekle chorych (np. prace Sokołowskiej, Jarosz i in.).

Podejście badawcze do takiej grupy cechuje przede wszystkim konieczność zachowania szczególnej ochrony intymności i prywatności osób, które wyraziły zgodę na udział w sondażu.

Drugim zagadnieniem, jakie zostało uwzględnione w trakcie operacjonalizacji problemu badawczego, była kwestia dostępności osób badanych. Chcąc objąć badaniem możliwie szerokie spektrum osób zakażonych HIV, mając również na uwadze stworzenie standardu badawczego, zespół badawczy musiał przyjąć założenie, że warunki wykonania nie będą sprzyjać realizacji wywiadów. Przyjęte zasady postępowania badawczego wskazywały, że w grupie respondentów mogą znaleźć się osoby bardzo trudno dostępne (np. bez stałego miejsca zamieszkania, należące do środowisk określanych jako patologiczne), niechętnie nastawione wobec prób kontaktu z osobą trzecią, wreszcie takie, które przyjmują postawę swoistego „reprezentowania” w swoich opiniach i zachowaniach tych zjawisk i postaw, które one same definiują jako „słuszne” i „właściwe” dla całego środowiska osób zakażonych. Ta ostatnia grupa, dopiero w warunkach pełnej anonimowości zgadza się ujawniać swoje rzeczywiste opinie.

Po trzecie, zespół badawczy założył, że dla osób realizujących wywiady wyjątkowo trudne może być przekonanie respondentów do udzielenia odpowiedzi na pytania. Konieczność głośnego wypowiedziania się może stać się kolejną barierą w relacjach między badaczem a badanym.

Po czwarte, przyjęto założenia, że osoby zakażone, podobnie, jak ma to miejsce w przypadku innych cierpiących z powodu chorób przewlekłych (np. nowotworów) nie są identyfikowalne inaczej niż poprzez pewnego typu

powiązania środowiskowe (placówki opieki, stowarzyszenia, kluby itp.).

Na koniec, założono, że mimo przeszkolenia osób realizujących wywiady, skala trudności narzędzia i samej pracy, a także związek emocjonalny wykonawców z problemem badawczym mogą być na tyle wysokie, że dla ograniczenia ryzyka błędów należy podjąć próbę uniezależnienia jakości wykonania od osoby wykonującej pracę.

Respektowanie powyższych założeń wykluczyło z góry wykonanie badania metodą bezpośredniego, realizowanego przez ankieterów wywiadu standaryzowanego.

Na podstawie doświadczeń z badań o wysokiej wrażliwości etycznej i emocjonalnej oraz studiów metodologicznych przyjęto, że:

- optymalną formą wykonania badania będzie metoda ankiety wypełnianej samodzielnie przez respondenta;
- realizacja zostanie powierzona osobom mającym ścisły kontakt ze środowiskiem zakażonych;
- wykonanie badania zostanie przeprowadzone za pośrednictwem organizacji społecznych działających w tym otoczeniu.

Osobnym zagadnieniem stało się pojęcie jakości życia. W odniesieniu do realizowanego projektu przyjęto założenie, że przez pojęcie to rozumiemy wszystkie elementy składające się na subiektywną oraz obiektywną ocenę poziomu zadowolenia z obecnego statusu osoby badanej. Oznacza to, że poza zasięgiem zainteresowania badaczy pozostały kwestie docelowych aspiracji życiowych, wyrażanych w oderwaniu od faktycznych zachowań (np. obiektywnie niespełnialnych marzeń czy planów). Nie mogło to natomiast oznaczać rezygnacji z oceny, jak osoby zakażone, spełniające określone warunki (np. wykształcenie czy status materialny) mogą być opisywane pod względem jakości życia i szans życiowych. Na tak rozumiane pojęcie jakości życia może składać się wiele czynników.

Dla celów niniejszego badania przyjęto następujące zagadnienia, jako wskaźnikowe dla pojęcia jakości życia:

- jakość opieki medycznej i socjalnej;
- charakterystyka relacji rodzinnych;
- poczucie bezpieczeństwa;
- stopień zaspokojenia potrzeb podstawowych życiowych;
- relacje z bezpośrednim otoczeniem pozarodzinnym;
- samoocena komfortu psychicznego i status emocjonalny;
- postawy wobec przyszłości;
- postawy wobec własnego zdrowia.
- zamożność i sytuacja materialna;
- status zawodowy;
- status rodzinny.

W przygotowaniu narzędzi badawczych korzystano z istniejących rozwiązań, wykorzystując niektóre z nich *in extenso*.

Dzięki **STOWARZYSZENIU „BĄDŹ Z NAMI”** oraz **PROF. LENIE SCHONNESON z KAROLINSKA INSTITUTE AT SODER HOSPITAL** w kwestionariuszu wykorzystano sprawdzone narzędzia badawcze do oceny samopoczucia (Ross Mental Adjustment Scale) oraz relacji środowiskowych.

Źródłem inspiracji był także kwestionariusz udostępniony przez Stowarzyszenie „Bądź z nami”, a wykorzystywane wcześniej do badania sytuacji kobiet zakażonych HIV.

Badanie, oprócz celów poznawczo – opisowych i diagnostycznych, miało też charakter pilotażowy. Pilotaż obejmował zarówno próbę, narzędzia badawcze, jak i metodologię całego badania.

Pozwoliło to na opracowanie propozycji standaryzowanej obiektywnej metodologii badawczej, dającej się łatwo aplikować i powtarzać. Powinno to umożliwić prowadzenie monitoringu jakości życia zakażonych w przyszłości.

KONCEPCJA DOBORU PRÓBY

Wstępne założenia dotyczące doboru próby zostały przedstawione w ofercie badawczej oraz opisane w koncepcji metodologicznej badania zamieszczonej powyżej.

Ze względu na zasadniczy cel badania, jakim jest ocena jakości życia osób zakażonych proponujemy oparcie próby o trudną w operacjonalizacji kategorię oddającą zachowania i postawy wobec zakażenia HIV.

Wedle tej koncepcji osoby zakażone można podzielić na cztery grupy:

- „afiliacyjną” („żyję z HIV, działam na tym polu, to ważny problem, jestem we wspólnocie”);
- bierna („żyję z HIV, nie chcę identyfikacji z grupą, leczę się”);
- poddana (HIV spowodował konieczność korzystania z placówek opiekuńczych);
- „outsiderzy” („HIV nie ma znaczenia, moje życie jest poza, mam inne cele”).

Oparta na tej koncepcji próba badawcza składać się będzie z czterech segmentów:

1. osoby zakażone aktywne środowiskowo: członkowie stowarzyszeń, działacze;
2. osoby zakażone nieaktywne – w momencie zgłaszania się do placówek medycznych (po leki, na konsultacje) – rekrutowane w ośrodkach służby zdrowia;
3. osoby zakażone – pensjonariusze placówek medycznych i opiekuńczych – objęte opieką – rekrutowane w hospicjach, sanatoriach, domach pomocy itp.;
4. osoby poza zasięgiem opieki systemowej – czynni narkomani, nie poddający się terapii, nie objęci programami opieki rekrutowani na przykład w miejscach gromadzenia się (dworce), w punktach wydawania metadonu itp. .

Wielkość próby badawczej wyniosła N=100 wywiadów. Ze względu na ryzyko realizacyjne zlecono wykonanie większej liczby wywiadów.

W efekcie ostatecznie zostały wykonane **152** wywiady, które poddano następnie obróbce statystycznej oraz metodologicznej.

Na wstępie zasadniczym problemem badawczym była operacjonalizacja próby badawczej. Wokół środowiska osób zakażonych HIV narosło wiele mitów, nieporozumień i mistyfikacji. Grupa osób zakażonych została w pewien sposób negatywnie społecznie naznaczona. Stąd, w odróżnieniu od wielu innych środowisk osób przewlekłe chorych, grupa ta nie tworzy jednoznacznie jawnych środowisk osób, o wysokim stopniu identyfikacji, dzielących wspólny los, z reguły jej członkowie zachowują anonimowość. Jej interesy są reprezentowane przez działających na rzecz tego środowiska przedstawicieli. Przedstawiciele ci niekiedy nie mają wyraźnego związku (poza chęcią prospołecznego działania) ze środowiskiem zakażonych. Dotyczy to szczególnie grup narkomanów (czynnych i biernych), gdzie problem HIV jest w pewnym sensie na marginesie głównego nurtu zainteresowań, zdecydowanie zdominowany przez kwestie wyprowadzania z narkomanii.

W rezultacie przyjęcia określonych założeń i koncepcji, dotarcie do osób badanych odbywało się za pośrednictwem osób aktywnych, działających w ramach organizacji i fundacji.

W trakcie pracy terenowej potwierdzono, że względnie standaryzowane opisanie osób zakażonych ze względu na kryteria doboru do badania nie jest możliwe. Analizy wskazywały na istnienie wzajemnie nakładających się, skrzyżowanych procedur identyfikowania osób i środowisk osób zakażonych. Nie odpowiadało to do końca hipotetycznym koncepcjom podziału środowiska osób zakażonych.

Zauważalne linie podziału przebiegają między innymi na następujących płaszczyznach:

- osoby prowadzące „normalny” tryb życia a osoby potocznie zaliczane do tzw. „marginesu społecznego”;
- aktywni i nieaktywni narkomani, osoby w programach metadonowych;
- osoby o różnej drodze zakażenia (hetero – homo – narkotyki);
- osoby aktywne życiowo i nieaktywne (np. w depresji, separujące się);
- osoby o różnych fazach rozwoju wirusa;
- osoby o różnej sytuacji rodzinnej i środowiskowej a także zawodowej;
- osoby w programach pomocowych i poza nimi;
- osoby hospitalizowane (także z ośrodków terapii) i nie korzystające z tych form i inne;

Trzeba zauważyć, że podziały te (z założenia umowne) nakładają się na siebie w rozmaity sposób, tworząc wieloplanowe powiązania.

Operacjonalizacja, jakiej dokonaliśmy konstruując próbę jest jedną z możliwych (i zapewne nie jedyną) formą opisu środowiska zakażonych, jako całości.

Wydaje się, że w przyszłości, po dokonaniu wstępnego opisu środowiska, należy zastanowić się nad wstępną segmentacją próby ze względu na kryteria formalno – demograficzne czy też jednoznacznie środowiskowe. Przykładem takich rozwiązań może być badanie realizowane w ramach jednej organizacji, w grupie osób wyróżnionych ze względu na środowisko i styl życia czy też zmienne demograficzne (płeć, wiek i in.).

Planowane miejsca realizacji wywiadów zostały ostatecznie wybrane celowo w konsultacji ze środowiskami fachowymi.

Wybór tych miejsc uwzględniał następujące kryteria:

- a. istnienie placówki medycznej zajmującej się leczeniem HIV/AIDS;
- b. istnienie aktywnego środowiska osób zakażonych, związanego z działającymi organizacjami typu NGO;
- c. funkcjonowanie aktywnych organizacji zajmujących się współpracą i pomocą dla osób z różnych środowisk, w tym obejmującą zakażonych;
- d. podwyższone współczynniki zidentyfikowanych zakażeń.

Badanie zostało zrealizowane w następujących lokalizacjach:

- ❑ Warszawa;
- ❑ Toruń
- ❑ Wrocław;
- ❑ Poznań;
- ❑ aglomeracja śląska;
- ❑ Trójmiasto;
- ❑ Szczecin;
- ❑ Częstochowa.

Osoby badane nie zawsze mieszkały w miejscowości objętej realizacją.

PODSTAWOWE INFORMACJE O BADANIU

Narzędziem badawczym był kwestionariusz przygotowany do samodzielnego wypełniania przez osoby badane. Po zakończeniu wypełniania badani umieszczali kwestionariusz w załączonej kopercie, zaklejali ją i przekazywali osobie realizującej badanie.

Wypełnianie polegało na zaznaczaniu wybranych odpowiedzi, a w jednym przypadku wpisanie tekstu odpowiedzi.

Kwestionariusz ujmował następujące zagadnienia:

- ❑ analiza samopoczucia i samoocena;
- ❑ relacje z rodziną i otoczeniem;
- ❑ relacje z systemem opieki zdrowotnej;
- ❑ generalna ocena sytuacji osobistej i szans;
- ❑ styl życia;
- ❑ informacje osobiste o osobach zakażonych: wykształcenie, status zawodowy, źródła utrzymania; status majątkowy
- ❑ status rodzinny;
- ❑ komfort życia codziennego.
- ❑ szanse zawodowe i życiowe;

Badanie zostało zrealizowane w grudniu 2003 roku. Nadzór merytoryczny nad badaniem sprawowała firma RUN, natomiast w zakresie organizacji pracy terenowej - Stowarzyszenie „Bądź z nami”.

Pracę nad narzędziami badawczymi wykonał zespół w składzie Joanna Gałąj (Stowarzyszenie „Bądź z nami”), Elżbieta Ciastoń Przecławska (Krajowe Centrum ds. AIDS) i Krzysztof Malawko (RUN).

Raport z badania powstał na podstawie analiz statystycznych, oceny jakościowej zebranego materiału oraz - w sferze metodologicznej – na opiniach bezpośrednich wykonawców wywiadów.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Omówienie wyników będzie koncentrować się na podkreśleniu podstawowych rezultatów uzyskanych w badaniu. Szczegółowe dane zawarte są w załącznikach z zestawieniem tabelarycznym wyników.

INFORMACJE DEMOGRAFICZNO - SPOŁECZNE

Dwie trzecie osób objętych badaniem to mężczyźni. Stanowią oni, według danych szacunkowych, większość zakażonych, tak więc ich nadreprezentacja w badaniu jest niejako oczywista. Zarazem liczba kobiet pozwala na dokonanie podstawowego opisu sytuacji grup wyróżnionych ze względu na płeć.

Struktura wykształcenia badanych odchyliła się nieco od danych populacyjnych. Mniej niż w całej zbiorowości dorosłych Polaków jest tu osób z wykształceniem podstawowym, więcej z zasadniczym zawodowym. Osoby o średnim i wyższym poziomie wykształcenia mają w badaniu taki sam udział, jak w populacji.

Struktura wiekowa badanych jest wyraźnie rozbieżna w stosunku do danych populacyjnych, wyraźnie nadreprezentowane są osoby w wieku średnim (powyżej 30 roku życia), szczególnie kosztem grupy osób najstarszych. W związku z tym zauważyliśmy również wyraźny związek między grupą wiekową a rozkładem płci polegający na tym, że wraz ze wzrostem wieku zdecydowanie maleje udział kobiet. Zjawisko to wydaje się korespondować z zauważalną w Polsce tendencją do zmian w strukturze zakażeń. Podstawowe analizy nie potwierdziły (choć też nie wykluczyły jednoznacznie) związku między sposobem realizacji badania (np. wiekiem, płcią ankietera, miejscem realizacji) a osiągniętymi wynikami.

Warto zauważyć, że struktura badanych ze względu na sytuację rodzinną odbiega od danych populacyjnych. Nieco ponad 40% osób badanych żyje w związkach ze stałymi partnerami (konkubinat, małżeństwo), przy czym liczba konkubinatów jest zdecydowanie wyższa niż w populacji, podczas, gdy liczba małżeństw jest zdecydowanie mniejsza.

Jednocześnie w grupie osób zakażonych jest wysoki odsetek osób, które swój stan rodzinny określają jako wolny. Około 44% badanych ma co najmniej jedno dziecko. W zdecydowanej większości przypadków dzieci mieszkają wraz z respondentem. Dzieci ma 65% kobiet i 1/3 mężczyzn.

Ponad 70% badanych to osoby, u których obecność wirusa stwierdzono ponad 5 lat temu.

PRACA I SYTUACJA MATERIALNA

Niemal połowa badanych (ponad 46%) utrzymuje się z rent, a 21% z zasiłków. Kobiety częściej niż mężczyźni utrzymują się z pracy i renty, natomiast w grupie mężczyzn więcej jest korzystających z zasiłków. Jedynie co piąty respondent ma stałą pracę i tyle samo miewa prace dorywcze. Fakt posiadania pracy (i utrzymywania się z niej) wyraźnie ma znaczenie dla samooceny badanych: osoby utrzymujące się z pracy mają wyższą ocenę zajmowanej pozycji społecznej. Można więc również zakładać, że fakt posiadania pracy (szczególnie stałej) będzie pozytywnie wpływać na postawy wobec choroby, życia i własnej osoby. Częściej dochody z pracy osiągają ludzie młodzi, szczególnie zamieszkali w średnich miastach. Szansa posiadania pracy rośnie także wraz ze wzrostem wykształcenia. Nieco większe szanse na pracę wydają się także mieć osoby zakażone niedawno, a mniejsze – te z najdłuższym stażem od momentu stwierdzenia zakażenia.

Prawie 90% tych, którzy nie pracują nie szuka też pracy. Połowa twierdzi, że nie może pracować ze względu na stan zdrowia. Około 1/4 podjęłaby być może jakąś pracę, gdyby dostała taką propozycję.

W grupie osób, które mają tylko dorywczą pracę jest niemal trzykrotnie więcej tych, którzy aktywnie szukają pracy niż wśród całkowicie pozbawionych pracy. W danych nie znalazła potwierdzenia hipoteza, że brak pracy może być spowodowany stanem zdrowia (mierzonym etapem rozwoju zakażenia). Oznaczać to może, że część osób zakażonych przyjęła postawę wyczekującą, bierną, oczekując pomocy ze strony otoczenia w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Postawa badanych w stosunku do pracy jest zresztą charakterystyczna dla ogółu osób pozostających bez pracy: im dłuższy okres bez pracy, tym mniejsza aktywność w jej poszukiwaniu. Postawy zakażonych wydają się nie odbiegać od tego modelu.

Osoby zakażone w większości mieszkają w warunkach standardowych – mieszkaniach będących własnością ich samych (rodzin) lub ich życiowych partnerów. Jednak poważna grupa – $\frac{1}{4}$ - mieszka w ośrodkach i szpitalach. Po części jest to efekt doboru próby badawczej, jednak wstępna analiza danych realizacyjnych wskazuje, że rzeczywista struktura mieszkaniowa osób zakażonych może być zbliżona do uzyskanej w badaniu. Około 40% ocenia swoje warunki mieszkaniowe jako niedobre.

Ponad 41% ma wszystkie bądź niemal wszystkie indeksowane dobra materialne, na własność lub wspólnie z partnerem. Oznacza to, że przeciętne gospodarstwa domowe osób zakażonych wyposażone są dość dobrze. Jednak 30% osób ma tylko podstawowe sprzęty. Około 70% ma sprzęt audio-video. Ponad 30% badanych ma własny (bądź będący współwłasnością) komputer.

W badaniu świadomie zrezygnowaliśmy z zadawania pytania o wysokość dochodu osoby zakażonej. Wartość odpowiedzi na to pytanie w warunkach tego konkretnego przedsięwzięcia wydaje się dość ograniczona, a możliwość interpretacji wypowiedzi utrudniona. Pytania tego typu są generalnie negatywnie odbierane przez respondentów, a realny poziom życia daje się określić wskaźnikowo na podstawie innych cech położenia materialnego respondenta.

Jednym z takich uznanych wskaźników jest odsetek osób wyjeżdżających na kilka dni w celach wypoczynkowych. W przypadku tego badania odsetek ten jest zaskakująco wysoki: ponad 50%. Jest to poziom zdecydowanie wyższy niż w populacji, gdzie od dawna utrzymuje się na poziomie około 35%. Oczywiście wyjazdy te zupełnie inaczej wyglądają w odniesieniu do osób pracujących, z których wyjeżdżało ponad $\frac{3}{4}$, niż w przypadku nie pracujących, choć i tu odsetek wyjeżdżających nie jest mały: ponad 38%. Aktywności wyjazdowej zdecydowanie sprzyjało wykształcenie (im wyższe tym więcej osób wyjeżdżało).

Na koniec wreszcie należy zauważyć, że warunki materialne życia są zarówno na skali ocen subiektywnych, jak i obiektywnych oceniane jako średnie. Zindeksowana ocena subiektywna sytuacji materialnej wyniosła 2.57 (na skali od 1 – *bardzo dobrze* do 4 – *bardzo źle*), a indeks obiektywny ma wartość 2.72 (czyli nieco gorzej). Jednocześnie niemal 40% badanych określa swoje warunki materialne jako co najmniej dobre.

POSTAWY SPOŁECZNE ZAKAŻONYCH

Jak już wcześniej zauważono, jedynie około 40% badanych choćby od czasu do czasu pracuje, w tym zaledwie 20% ma pracę stałą. Niecałe 20% szuka pracy aktywnie, a ponad 40% nie może pracować ze względu na stan zdrowia.

Sytuacja zawodowa a obecny stan zdrowia

			HIV BEZOBJAWOWY	HIV OBJAWOWY	AIDS
Sytuacja zawodowa	stała praca	% w wierszu	42,9%	50,0%	7,1%
		% w kolumnie	19,7%	20,6%	11,1%
	dorywcza praca	% w wierszu	60,0%	33,3%	6,7%
		% w kolumnie	29,5%	14,7%	11,1%
	nie pracuje	% w wierszu	34,8%	49,4%	15,7%
		% w kolumnie	50,8%	64,7%	77,8%

Postawa wobec pracy a obecny stan zdrowia

			HIV BEZOBJAWOWY	HIV OBJAWOWY	AIDS
Postawa wobec pracy	aktywnie szuka	% w wierszu	55,0%	40,0%	5,0%
		% w kolumnie	24,4%	15,7%	6,7%
	otwarty na propozycje	% w wierszu	52,9%	38,2%	8,8%
		% w kolumnie	40,0%	25,5%	20,0%
	nie szuka	% w wierszu	27,3%	63,6%	9,1%
		% w kolumnie	6,7%	13,7%	6,7%
	nie może pracować	% w wierszu	28,3%	50,0%	21,7%
		% w kolumnie	28,9%	45,1%	66,7%

Przytoczone powyżej tabele wydają się wskazywać na nieistnienie zależności pomiędzy stanem zdrowia a aktywnością zawodową. Także współczynniki korelacji Pearsona i V-Cramera nie osiągają wartości znaczących (około 0,2), a współczynniki χ^2 wskazują na brak związków istotnych statystycznie.

Niezależnie od rzeczywistego stanu zdrowia i jego wpływu na możliwości pracy, nasuwa się również domniemanie, że w części przypadków badani znaleźli wymówkę dla niepodejmowania pracy zawodowej czy starań o nią. Przyczyny takiej postawy wobec pracy wymagałyby odrębnego badania.

Być może wśród przyczyn małej aktywności zawodowej są również te związane z faktycznymi szansami na zatrudnienie. Łatwo zauważyć, że współczynniki zatrudnienia zdecydowanie rosną wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia i spadają wraz z wiekiem. Drugim czynnikiem jest miejsce zamieszkania: najgorsza jest sytuacja mieszkających na wsi i w małych miastach, a najlepsza w średnich dużych miastach. Te obserwowane związki nie są wcale specyficzne dla społeczności zakażonych – taka jest też charakterystyka ogólnospołeczna.

Na szansę otrzymania pracy, a więc poprawę swojego statusu społecznego mają te osoby, które są w stanie więcej zaoferować rynkowi pracy. Jedynie 14% badanych, i to przede wszystkim z wykształceniem wyższym zna język angielski w stopniu dobrym. Ponad połowa nie zna go wcale. Żadna z badanych kobiet nie zna angielskiego bardzo dobrze.

Znajomość pozostałych języków jest jeszcze gorsza, a osoby, które znają więcej niż jeden język są nieliczne.

Tylko 30% respondentów ma prawo jazdy. Ponownie najlepiej w tym zestawieniu wypadają mieszkańcy miast. Spośród posiadających stałą pracę, prawo jazdy ma ponad 60%. Można postawić więc hipotezę, że posiadanie prawa jazdy stwarza większe szanse zawodowe. Ponad 60% badanych deklaruje, że potrafi obsługiwać komputer. Jednak umiejętność obsługiwanie programów biurowych ma już tylko 40% badanych. Z punktu widzenia potrzeb rynku pracy, te umiejętności są niewystarczające.

Konkludując, bezrobocie w grupie zakażonych jest bardzo wysokie – znacznie wyższe niż w populacji. Jednak szanse na przełamanie tego stanu są – przynajmniej w badanej grupie – niezbyt wysokie. Podstawowe przyczyny to niezbyt wysokie kwalifikacje i nastawienie psychiczne, a także względne zadowolenie z sytuacji materialnej.

OCENA POZYCJI SPOŁECZNEJ

Osoby zakażone oceniają swoją pozycję społeczną jako raczej niewysoką. Około 50% badanych określa ją jako dość lub bardzo niską. Jednak nieoczekiwanie duża – ponad 20% - grupa określa swoje miejsce w społeczeństwie jako wysokie. Zdecydowanie lepiej oceniają się mężczyźni. Samoocena rośnie też wraz ze wzrostem wykształcenia. Wzmacnia ją zdecydowanie fakt pracy. Powstaje pytanie o ewentualny kierunek zależności, ale korzystając z interpretacji dotyczących postaw ogólnospołecznych, można przypuszczać, że osoby aktywne zawodowo wyżej oceniają swoją rolę społeczną, co z kolei może owocować bardziej aktywną postawą życiową, mniejszym naciskiem na socjalne traktowanie swojej choroby oraz pozwala na większą kontrolę własnego życia.

Z tą oceną własnej pozycji społecznej silnie korespondują wskaźniki dotyczące oceny życia. Zarówno obiektywny pomiar zadowolenia z życia, jak i jego subiektywny wskaźnik mają bardzo zbliżone wartości i lokują się w pobliżu oceny średniej.

Również wskaźniki nastawienia emocjonalnego osiągają wartości wskazujące raczej na umiarkowany optymizm badanych niż na ich depresję.

Patrząc z punktu widzenia analizy postaw zakażonych można podsumować tę część badania następująco: osoby zakażone zachowują postawę wyczekującą w zakresie aktywności zawodowej. Obecny status społeczny i materialny nie jest źródłem jakichś silnych napięć czy kompleksów. Idąc dość daleko w interpretacji można nawet pokusić się o sformułowanie hipotezy, że część badanych wykazuje postawy wyczekujące w stosunku do społeczeństwa. Może to sugerować relatywnie wysoki Współczynnik Rezygnacji oraz niski poziom aktywności zawodowej, przy jednocześnie relatywnie wysokich współczynnikach zadowolenia z życia (patrz załącznik nr 1 Wskaźniki Jakości Życia).

PSYCHO – SPOŁECZNE ASPEKTY JAKOŚCI ŻYCIA

Fakt zakażenia HIV jest sam w sobie dramatycznym przeżyciem. Tym niemniej dla osób objętych badaniem nie stał się on czymś, co życie definitywnie zrujnowało. Ponad 70% zgadza się ze zdaniem, że otrzymanie diagnozy spowodowało docenienie wartości życia. Przyjęcie tego faktu do wiadomości było tym trudniejsze, w im starszym wieku był respondent, im niższe miał wykształcenie, ale zarazem wraz z upływem czasu od diagnozy rósł wyrażony tym zdaniem optymizm.

Stosunek do zakażenia wydaje się być silnie związany z wykształceniem i środowiskiem, w jakim przebywają respondenci. Zdecydowanie mniejsze trudności w adaptacji do życia z chorobą deklarują osoby z wyższym wykształceniem i zamieszkane w większych miastach niż słabo wykształceni mieszkańcy wsi. W podejściu do choroby mniejsze znaczenie ma wiek, a zdecydowanie większe czas, jaki upływa od diagnozy.

Jak już wcześniej wspomnieliśmy badani generalnie oceniają swoje życie dość pozytywnie – niemal 70% jest z niego zadowolonych. Niemal trzy czwarte respondentów ma pozytywne odczucia dotyczące sensu życia. Podobny odsetek przyjmuje wobec swojego stanu postawę zracjonalizowaną, nie przyjmując ani postawy desperacji ani też skrajnej rezygnacji. Zakażenie nie jest dla nich „wyzwaniem” czy jakiegoś rodzaju „sprawdzianem” – jest faktem, z którym należy żyć możliwie normalnie (patrz załącznik nr 1 - KONTROLA NAD ZAKAŻENIEM).

Negacja własnego stanu ma także swoje odbicie w postawach nazywanych „zaprzeczeniem”. Postawy takie są w wysokim stopniu obce uczestnikom badania. Jest to o tyle ważne, że częstym komponentem postawy „zaprzeczenia” jest także rezygnacja z terapii czy utrwalanie zachowań niepożądanych, zarówno z indywidualnego, jak i społecznego punktu widzenia.

Wykorzystane w badaniu i omawiane tu wskaźniki *Ross Mental Adjustment* wskazują zaskakującą zgodność, co do kierunku i natężenia postaw emocjonalnych zakażonych. Cztery pierwsze (spośród pięciu prezentowanych) indeksy opisujące stosunek badanych do zakażenia wskazują zadziwiającą zbieżność: w każdym z nich odsetek osób przyjmujących postawę, którą tu można byłoby nazwać „pożądaną” przyjmuje około 70% osób. Zarazem średnia wysokość wskaźnika jest podobnie proporcjonalnie zbliżona do „pozytywnego” końca skali. Jak widać na wykresach wskaźników (w załączniku nr 1) rozkłady krzywej normalnej wskazują na przesunięcia rzeczywistych odpowiedzi w kierunku wskazującym na większy optymizm badanych niż wynikałoby to z hipotetycznego rozkładu ocen w badanej zbiorowości.

Jedynym wskaźnikiem, który odbiega nieco od pozostałych: jest współczynnik opisujący POSTAWĘ REZYGNACJI. Wartości tego wskaźnika - średnia 9.9 pkt na skali od 1 (dobrze) do 18 (źle) - są co prawda również blisko środka skali (9.5) z lekkim przechyleniem w kierunku postawy negatywnej, ale zarazem blisko połowa badanych prezentuje postawę pozytywną w stosunku do zakażenia, a ponad połowa raczej negatywną. Jest to proporcja odwrócona w stosunku do poprzednich wskaźników. Wskaźnik nazwany w tym badaniu mianem POSTAWY REZYGNACJI opisuje płaszczyznę emocjonalną, która wyraża się przyjęciem postawy dość biernej w stosunku do zakażenia, takiej, w wyniku której różne sytuacje, w których znajdują się zakażeni, są wyjaśniane przez fakt zakażenia. Postawa ta może też oznaczać pewnego rodzaju labilność emocjonalną. Analizy elementów składowych tego wskaźnika skłaniają do przyjęcia hipotezy, że silnym komponentem tej postawy mogą być zakłócone na wiele sposobów relacje z otoczeniem: rodziną, partnerami, znajomymi. Osoby zakażone często szukają wsparcia psychicznego, którego często nie otrzymują. Źródłem emocjonalnej niestabilności jest pojawiające się uczucie braku kontroli nad własnym życiem oraz poczucie nieuchronności. Dostrzeganą przez część osób drogą redukcji napięcia jest porównywanie swojego losu do tak zwanych „nieokreślonych innych”.

Wskazuje to, że jedną z możliwych dróg pomocy emocjonalnej osobom zakażonym jest ich społeczna aktywizacja.

RELACJE Z OTOCZENIEM

Relacje z szeroko rozumianym otoczeniem społecznym wydają się być jednymi z najważniejszych czynników wpływających na odczuwanie komfortu życiowego przez osoby zakażone. Jak już wcześniej podkreśliliśmy, aktywność zawodowa ma poważny wpływ na ocenę własnego życia, jego jakość materialną, zachowania zdrowotne itp. Podobną rolę mogą pełnić czynniki związane z kontaktami z osobami z najbliższego otoczenia.

W badaniu uwzględniliśmy następujące płaszczyzny relacji między osobami zakażonymi a otoczeniem:

- ❑ relacje z rodziną;
- ❑ relacje ze znajomymi;
- ❑ możliwości uzyskania wsparcia ze strony otoczenia;
- ❑ ocena relacji z partnerem/partnerką;
- ❑ relacje ze środowiskiem zakażonych.

Ogólny poziom relacji z otoczeniem jest opisywany jako raczej pozytywny. Dotyczy to zarówno ocen z rodziną, jak i z dalszym otoczeniem. Zwraca uwagę, że ocena obiektywna relacji z najbliższymi jest nieco lepsza niż subiektywne odczucie tych związków. W przypadku ocen dotyczących stosunków z osobami bliskimi spoza najbliższej rodziny, sytuacja jest odwrotna. W tym drugim przypadku, analiza obiektywnych czynników kontaktu z otoczeniem wskazuje wręcz na optymizm badanych: subiektywnie relacje pozytywnie ocenia ponad 84% zakażonych, podczas gdy wskaźniki obiektywne wskazują, że tylko 54% osób naprawdę może mówić o swoich kontaktach z otoczeniem w kategoriach pozytywnych.

Ponad 1/3 badanych ma zakłócone relacje z najbliższą rodziną. Stosunków z matką nie utrzymuje około 15% zakażonych, natomiast z ojcem – ponad 20%. Wyraźnie widać, że intensywność kontaktów rodzinnych zależy od płci: kobiety mają lepsze kontakty z najbliższą rodziną niż mężczyźni. Znacznie poważniejsze kłopoty z kontaktem z najbliższymi mają osoby młode, im starsze tym mniejszy jest dystans w rodzinie.

Bardzo wyraźnie widocznym zjawiskiem jest ograniczenie więzi rodzinnych bezpośrednio po zdiagnozowaniu zakażenia. Poinformowanie rodziny o zakażeniu wywołuje tak silne napięcia, że prawie połowa badanych na pewien czas zrywa kontakty. Znacznie mniej osób ma problemy w kontaktach z matkami czy z rodzeństwem, duża grupa ma problemy w relacjach z ojcami. Można przypuszczać, że w dużym stopniu konflikt, zerwanie kontaktów wywoływane jest przez postawy lęku i odrzucenia ze strony bliskich. Dość charakterystyczna w tym przypadku jest postawa mężczyzn – ojców, którzy znacznie częściej niż pozostali członkowie rodziny są postrzegani, jako ci, którzy ograniczyli bądź zerwali kontakty z zakażonym.

Matki w ogóle jawią się jako osoby bliższe respondentom. Jedynie co trzecia kobieta i co czwarty mężczyzna poinformował ojca o zakażeniu. W stosunku do matki uczyniło tak ponad dwukrotnie więcej osób w obu grupach.

Te dwa wyniki korespondują ze sobą: wydaje się, że zakażeni mężczyźni są odrzucani przez swoich ojców w znacznie większym stopniu niż kobiety. Wydaje się, że nie mogą oni liczyć na wsparcie i pomoc ze strony rodzin, w tym stopniu co kobiety. Zjawisko to daje się wyjaśnić na kilka sposobów: w sensie społecznym, okoliczności zakażenia HIV mogą być postrzegane u synów, jako zakłócenie roli mężczyzny, ujmując rzecz w kategoriach biologicznych jest to zakłócenie w systemie przekazywania genów.

Niepokojące jest jednak, że około jednej czwartej osób nie poinformowało partnera o swoim zakażeniu. Wskazuje to, że relacje między osobami zakażonymi a partnerami życiowymi mogą w tej grupie być zakłócone. Generalnie badani mający dziecko nie informowali go o zakażeniu.

Te informacje wydają się wskazywać na istnienie poważnego problemu komunikacyjnego między osobami zakażonymi, a najbliższymi im osobami.

Niemal 80% respondentów, bez względu na cechy społeczne i demograficzne ma w pobliżu siebie kogoś, kto może im udzielić praktycznej pomocy w życiu codziennym. Ponad połowa badanych pomocy takiej nie potrzebowała, lub potrzebowała bardzo rzadko. Niemal 30% - mimo wystąpienia takiej potrzeby – pomocy jednak nie otrzymało.

Nieco więcej – ponad 80% osób zauważało w swoim otoczeniu osoby, które były im w stanie udzielić pomocy emocjonalnej. Ponad 90% badanych takiego wsparcia potrzebowało w ostatnim miesiącu. Liczyć na nią mogło tak naprawdę około 60% badanych.

Powyższe dane wskazują na występowanie zjawiska osamotnienia (szczególnie w warstwie emocjonalnej) osób zakażonych.

Zjawisko to zmniejsza się nieco wraz z upływem czasu od momentu poinformowania otoczenia o zakażeniu, ale jednak we wszystkich grupach badanych jest wyraźne.

Około 40% badanych nie zgadza się ze zdaniem, że inni martwią się o nich bardziej niż oni sami o siebie. W gorszej sytuacji wydają się tu być mężczyźni oraz osoby w starszych kategoriach wiekowych.

Próba radzenia sobie z sytuacją może być tu deklarowana potrzeba znalezienia kontaktu z osobami w tej samej sytuacji, a także przeniesienie emocji poprzez myślenie o innych (tych, którym jest gorzej). Ponad 80% badanych ma wiedzę o instytucjach niosącym pomoc zakażonym, co nie oznacza, że pomoc ta rzeczywiście rozwiązuje wszystkie problemy.

Aż 40% źle ocenia swój związek z partnerem życiowym, podczas gdy stosunki z innymi ludźmi negatywnie ocenia tylko 15% badanych – szczególnie młode kobiety. Ponad jedna trzecia uważa też, że ich relacje z rodziną są złe.

Powyższe dane potwierdzają postawioną wcześniej hipotezę, że relacje zakażonych z otoczeniem dają się łatwiej znormalizować na poziomie materialnym czy funkcjonalnym, a znacznie gorzej w sferze emocjonalnej – tam, gdzie największą rolę mają do wypełnienia rodziny, partnerzy życiowi chorzy.

Mimo generalnie pozytywnej oceny swojego stanu psychicznego, osoby zakażone nie ukrywają, że ich relacje z otoczeniem są trudne. Badani sygnalizują, że potrafią sobie radzić z trudnościami, zarówno życiowymi, jak i zdrowotnymi, tym niemniej mają problemy w uzyskaniu wsparcia i pomocy ze strony otoczenia. Często między nimi a najbliższymi utrzymuje się duży dystans, niekiedy wręcz przepaść.

Zakażeni próbują zmniejszyć swój emocjonalny dyskomfort poprzez przeniesienie relacji z rodzinnych na środowiskowe. Taka postawa może nieść wtórnie zagrożenia w postaci tendencji do izolowania (się) osób zakażonych w sferze zawodowej, rodzinnej i wytwarzania tą drogą wtórnych barier w relacjach społecznych.

JAKOŚĆ OPIEKI MEDYCZNEJ

Ponad 40% badanych jest w fazie bezobjawowego zakażenia HIV, ponad 58% ma objawy zakażenia HIV lub AIDS.

Okolo 62% badanych przyjmuje leki antyretrowirusowe. Leki te przyjmuje 43% osób młodych i dwukrotnie więcej w wieku powyżej 46 roku życia. Dwie trzecie uważa, że konieczność brania tych leków nie stanowi utrudnienia w codziennym życiu. Jednocześnie około 16% uważa, że trudności są bardzo poważne. Największe obawy badanych budzą skutki uboczne leków oraz lęk o ich niedostatek. Temu ostatniemu wynikowi mogło sprzyjać to, że w okresie trwania badania bardzo silnie zaznaczały się dyskusje wokół finansowania opieki zdrowotnej w Polsce. Ponad połowa kobiet obawia się także zmian w wyglądzie zewnętrznym spowodowanych lekami. Taka obawę podziela około 30% mężczyzn.

Dostępność leczenia zakażenia jest przez badanych – ku pewnemu zaskoczeniu badaczy – oceniana wysoko. Zarówno obiektywny, jak i subiektywny wskaźnik oceny Dostępności Leczenia są dość wysokie, a rozkłady odpowiedzi wskazują na to, że zarówno odległość do placówek, jak i dostępność opieki medycznej nie jest problemem.

Na odległość do placówek leczniczych nie narzekają nawet osoby zamieszkałe w małych miastach i na wsi, choć oczywiście sytuacja osób z większych ośrodków jest wyraźnie lepsza. Jako ciekawostkę można podać fakt, że na odległość do lekarza nieco bardziej narzekają osoby mające stałą pracę niż niepracujący. Zapewne wiąże się to z koniecznością zwalniania z pracy, źle widzianego przez wielu pracodawców. Jeśli do tego dodamy, że wiele osób zakażonych nie informuje pracodawców o swoim stanie z obawy o sankcje środowiskowe, to rzeczywiście odległość do lekarza może stanowić problem.

Podsumowanie

Badanie niniejsze miało charakter pilotażowy i na jego podstawie byłoby trudno wyciągać jednoznaczne wnioski.

Niewątpliwie dokonana ocena jakości życia osób zakażonych wskazuje na złożoność problematyki. Osoby zakażone HIV, w świetle tego badania, nie odbiegają od żadnej z tzw. „uznanych norm”. Jednak tym, co najsilniej wyróżnia te osoby może być reakcja otoczenia na ich chorobę.

Postawy społeczne wobec HIV/AIDS, odczytane w wynikach badań, mogą być w wysokim stopniu przyczyną ich gorszego położenia, zarówno odczuwanego subiektywnie, jak i obserwowanego w wynikach

Osoby zakażone mają problemy w pracy i środowisku zamieszkania – mimo, że ich przeciętne wykształcenie nie jest gorsze niż w całej populacji. Objęte badaniem osoby zakażone są w większości w trudnej sytuacji materialnej i żyją poniżej średniej, a ich warunki mieszkaniowe można ocenić jako trudne.

Stan zdrowia nader rzadko jest tego bezpośrednią przyczyną. W większości wydaje się to być efekt nastawienia społecznego, ale też być może w jakimś stopniu nastawienia samych zakażonych.

Podstawowe problemy zakażonych wiążą się z ich sytuacją na rynku pracy – wysokim poziomem bezrobocia, co gorsza mającego, jak można podejrzewać, charakter utrwalony.

Niski poziom aktywności zawodowej jest spowodowany w części stanem zdrowia, w części zakłóconymi relacjami z otoczeniem, ale też być może niewielką atrakcyjnością zawodową osób badanych.

Jednak aktywizacja zawodowa czy społeczna osób zakażonych jest warunkiem koniecznym poprawy ich jakości życia. Respondenci wyraźnie określili główne sfery dyskomfortu życiowego:

- zakłócone relacje rodzinne,
- brak spełnienia zawodowego,
- kłopoty materialne,
- kłopoty zdrowotne,
- brak wsparcia emocjonalnego w otoczeniu.

Ta hierarchia wartości, jaka kryje się za tymi składnikami życia jest niemal identyczna z wartościami postulowanym w badaniach wykonywanych w populacji dorosłych Polaków. Oznacza to, że oczekiwania osób zakażonych nie różnią się od pozostałej części społeczeństwa oraz, że są one prawdopodobnie niespełnione w stopniu, który byłby możliwy.

Ogólnie wyłania się dość wyraźny obraz jakości życia osób zakażonych HIV: zły w sferze materialnej, średni w warstwie kontaktów rodzinnych, dość dobry w sferze subiektywnych ocen emocjonalnych i postaw wobec własnego życia.

Wydaje się, że możliwość zmiany tych elementów położenia osób zakażonych, które w badaniu nie wyszły dobrze leży poza zasięgiem możliwości samych zainteresowanych. Jedynie skuteczne mogłyby być wsparte instytucjonalnie, koordynowane działania zmierzające do zmniejszenia dystansu, jaki obecnie dzieli zakażonych i tak zwane „zdrowe społeczeństwo”.

Działania te przede wszystkim w sferze PR oraz szerokiej edukacji społecznej wydają się być konieczne dla zapobieżenia procesowi alienacji zakażonych.

ZAŁĄCZNIK NR 1

ZESTAWIENIE SYNTETYCZNYCH WSKAŹNIKÓW JAKOŚCI ŻYCIA

Wstęp

W załączniku tym prezentowany jest zestaw syntetycznych wskaźników oceny jakości życia osób zakażonych HIV, stworzony na bazie odpowiedzi na poszczególne pytania bądź ich części.

Wskaźniki te zostały utworzone w oparciu o kryteria zaplanowane na etapie konstrukcji kwestionariusza. Poszczególne wskaźniki są wynikiem operacji statystycznych wiążących kilka wymiarów ocen i przedstawiających je w formie ujednoliconego wskaźnika – jednej zmiennej o naturze syndromu (zestawu zjawisk).

W części pierwszej zostało zaprezentowane zestawienie wskaźników obiektywnych i subiektywnych ocen jakości życia w oparciu o narzędzie badawcze przygotowane przez zespół badawczy.

Wskaźniki subiektywne zostały oparte o oceny jakości własnego życia dokonane przez respondentów na kilku podstawowych wymiarach. W skład każdego wskaźnika wchodziło kilka pytań kwestionariuszowych. Wskaźniki obiektywne zostały opracowane na podstawie informacji o stanie faktycznym badanego zagadnienia, pozbawionym ocen własnych respondentów.

Dokonanie takiego podziału pozwoliło naszym zdaniem na obiektywne przedstawienie wyników badania, odciążone zarówno od subiektywizmu badanych, jak i ewentualnych subiektywizmów zespołu badawczego.

W dalszej części zostały zaprezentowane wskaźniki dotyczące wyłącznie kwestii emocjonalnych: stosunku do zakażenia, choroby, nastroju związanego z faktem zakażenia oraz zdolności psychicznej do życia z wirusem. Wskaźniki te zostały oparte na zestawie pytań udostępnionych firmie RUN przez Stowarzyszenie „Bądź z nami”.

Sposób prezentacji wyników

Wyniki analiz zostały zaprezentowane w formie wykresów, których tytuły charakteryzują wycinek rzeczywistości, jakiego one dotyczą. W części I skale zostały skonstruowane, jako skale ciągłe w zakresie od 1 do 4, gdzie oceny bardzo dobre miały wartość 1, a bardzo złe – wartość 4. Środkiem skali jest więc wartość 2.5, która ze względów arytmetycznych w rzeczywistości nie występuje.

Każdy wykres został opatrzony krótkim komentarzem.

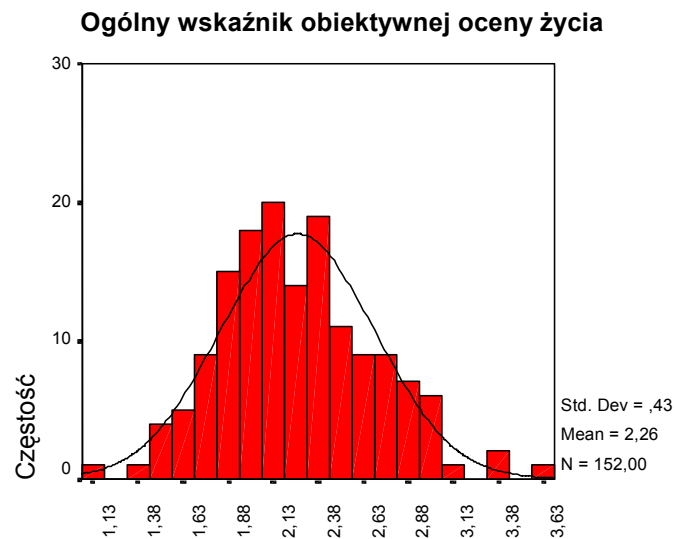
Wyniki analiz stanu psychicznego podane w części II zostały zaprezentowane w formie wykresów opartych o skale „narzucone” w metodologii udostępnionej nam przez Autorów. W opisie do każdego wykresu, podany jest zakres skali oraz jej kierunek. Określenia „najlepsze” – „najgorsze” odnoszą się do postulowanego stanu emocjonalnego badanych: „najlepsze” oznacza, że samopoczucie badanego jest według danego kryterium niemal idealne.

Dodatkowo każdy wykres, zarówno w części I, jak i w części II zawiera również informację o średnim wyniku dla całej badanej zbiorowości, odchyleniu standardowym (czyli rozproszeniu wyników) oraz liczebności grupy uwzględnionej w obliczeniach.

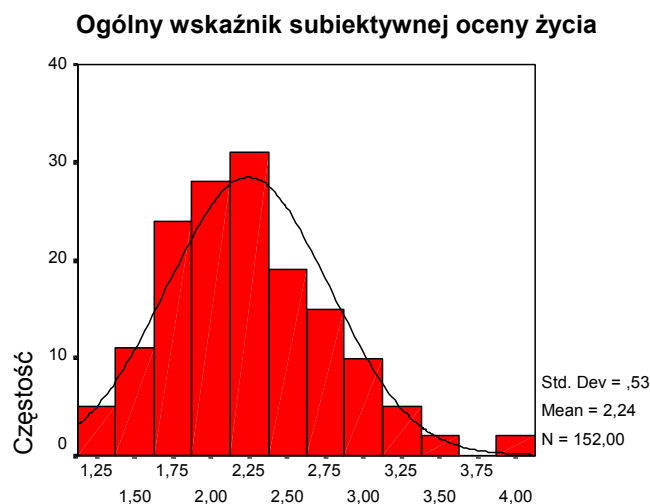
Na każdym wykresie słupkowym obrazującym uzyskane wyniki, został dodany wykres liniowy krzywej normalnej. Wykres ten opisuje, jaki powinien być hipotetyczny rozkład wartości, gdyby odpowiedzi respondentów rozłożyły się w sposób statystycznie idealny – zgodny z prawami ogólnymi. Przesunięcie wykresu słupkowego w stosunku do krzywej normalnej wskazuje, w którą stronę (ocen pozytywnych – w lewo czy negatywnych – w prawo) proporcjonalnie przesuwają się rzeczywiste wyniki badania.

CZĘŚĆ I – WSKAŹNIKI OCENY JAKOŚCI ŻYCIA

Skale punktowe od 1 (bardzo dobra ocena jakości życia) do 4 (bardzo zła ocena jakości życia) obliczone w drodze grupowania zmiennych.

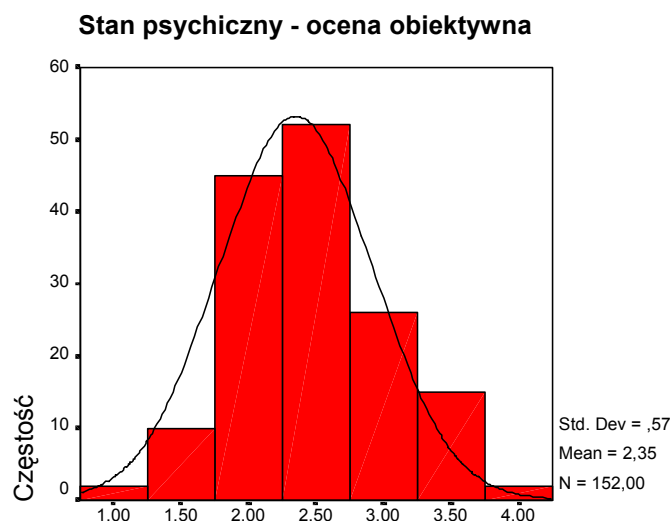


Zindeksowane elementy jakości życia łączące i podsumowujące stan psychiczny respondentów oraz ich rzeczywistą sytuację materialną i społeczną wskazują na pozytywny wymiar jakości życia osób zakażonych HIV. 75,7% respondentów znajduje się w dobrej lub bardzo dobrej sytuacji, implikującej wysoki poziom satysfakcji życiowej.

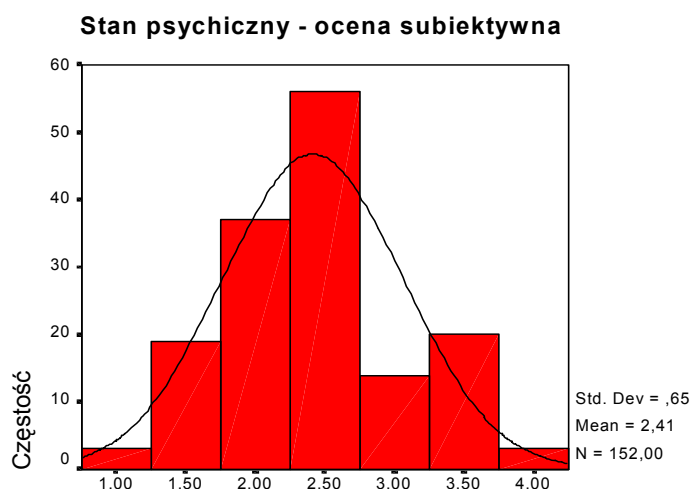


Zindeksowane wymiary jakości życia ocenione przez badanych wskazują na pozytywne odniesienie respondentów i poczucie ogólnej satysfakcji, wynikające z istotnych charakterystyk. 69,7% badanych osób zakażonych HIV prezentuje zadowolenie ze swojego życia.

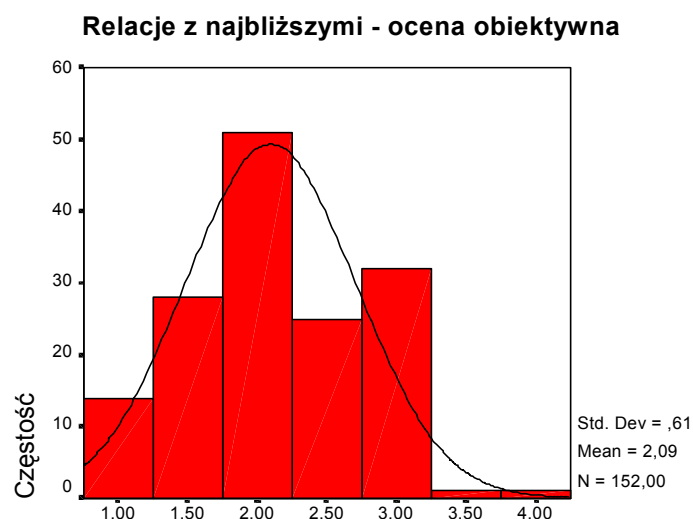
Elementy składowe zaprezentowano poniżej.



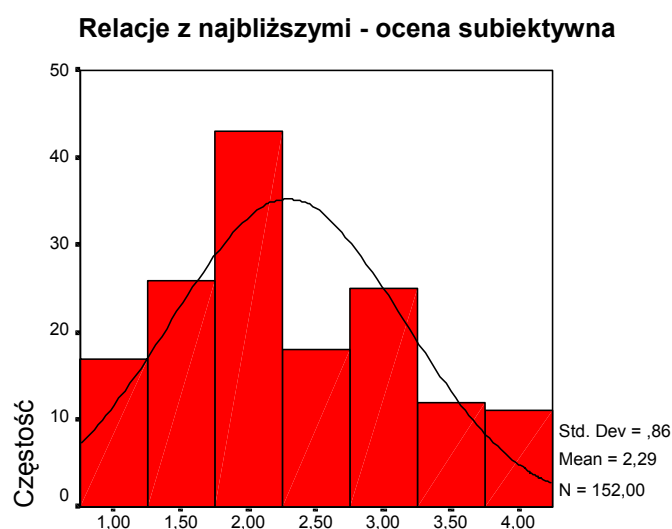
Obiektywna ocena stanu psychicznego respondentów została dokonana na podstawie samooceny badanych oraz wyników podskal z początkowej części kwestionariusza. Na tej podstawie u 59,9% osób zakażonych HIV stwierdzono pozytywne nastawienie do życia.



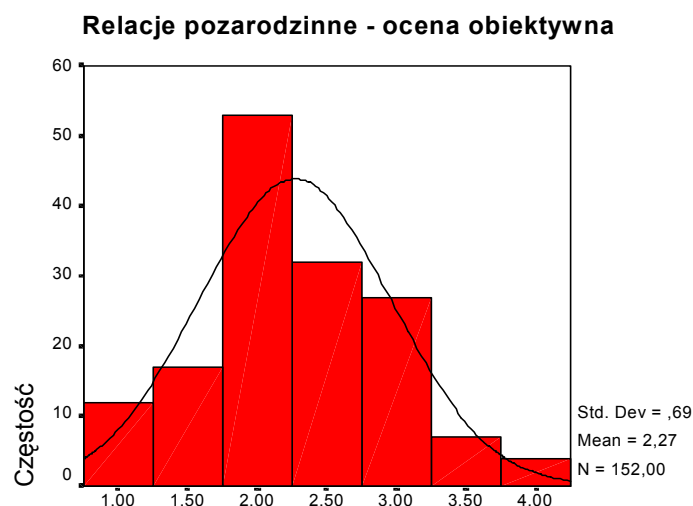
Wskaźnik stanu psychicznego obejmuje ocenę wymiaru indywidualnego samopoczucia, satysfakcji z życia seksualnego oraz zrealizowanych zamierzeń. 61,8% respondentów wskazuje na pozytywne aspekty swojego stanu psychicznego, co znajduje odzwierciedlenie w ocenie obiektywnych warunków wpływających na subiektywne poczucie zadowolenia.



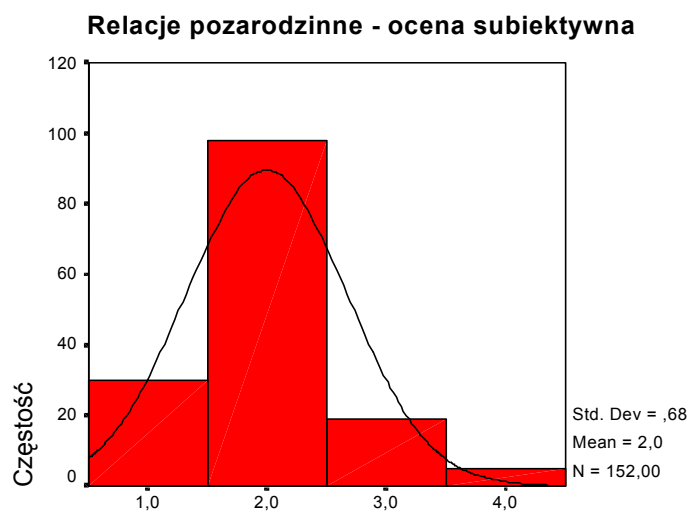
Stosunki z najbliższymi osobami z rodziny przedstawiono w oparciu o subiektywną ich ocenę i o analizę komunikowania bliskim informacji o zakażeniu HIV. Na tej podstawie zauważono, że u 77,6% badanych relacje te nie mają negatywnego wymiaru. Relacje te są mocno zróżnicowane, choć raczej pozytywne.



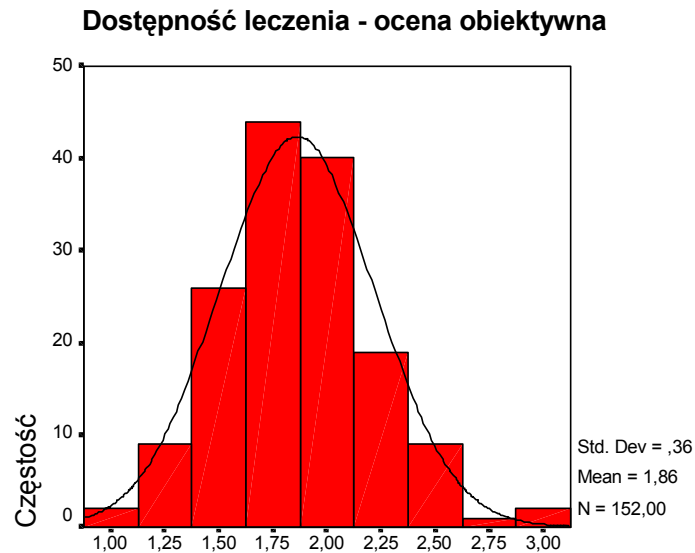
Analizując subiektywne oceny relacji z najbliższymi rozpatrywano indywidualne oceny związku z partnerem życiowym oraz stosunków rodzinnych. 68,4% badanych określiło poziom relacji z najbliższymi osobami jako co najmniej zadowalający lub wyższy.



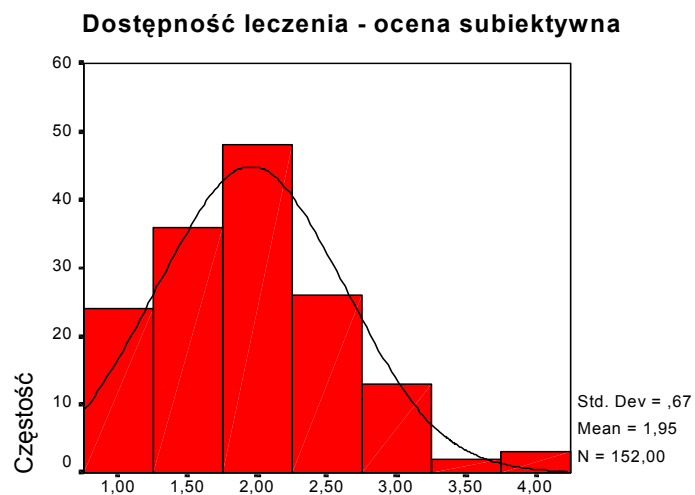
Relacje z osobami spoza rodziny zwymiarowano jako indywidualne oceny tych stosunków wraz z rzeczywistymi charakterystykami tych relacji. To zwymiarowanie pozwoliło wskazać, że tylko w przypadku 53,9% badanych można te stosunki określić jako pozytywne.



Osoby zakażone HIV opisywały swoje relacje z innymi ludźmi jako dobre. 84,2% z nich scharakteryzowało je jako dobre lub bardzo dobre. Te subiektywne oceny znacznie przewyższają obiektywne oceny relacji z innymi ludźmi.

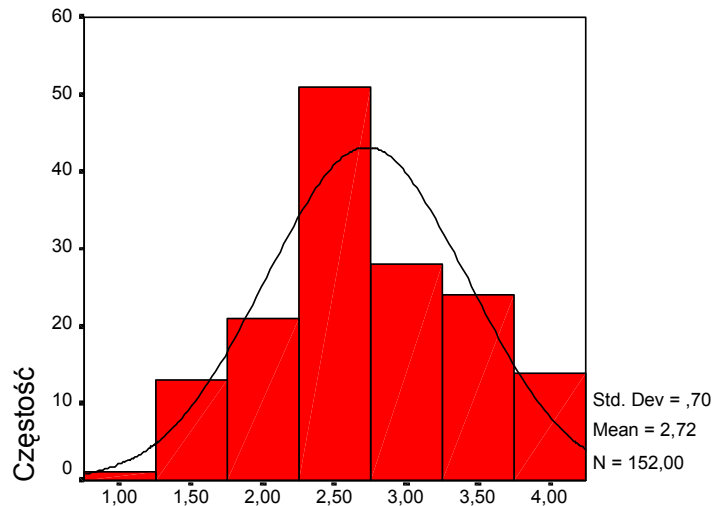


Obiektywne ujęcie dostępności leczenia objęło problemy, na jakie napotykały osoby zakażone w ośrodkach specjalizujących się w opiece nad zakażonymi oraz w pozostałych placówkach. Prawie cała badana grupa (a więc w 92,1% przypadków) miała dość dobre warunki leczenia.



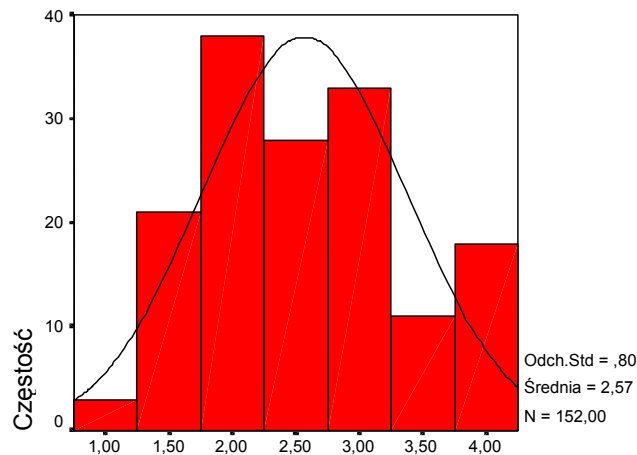
W opinii respondentów zarówno dostępność opieki lekarskiej jak i bliskość placówki leczącej zakażenia HIV oceniono pozytywnie. 71,1% badanych wyraża swoje zadowolenie na tych wymiarach.

Sytuacja materialna - ocena obiektywna



Aspekt materialnej jakości życia badano opisując indywidualną ocenę tego wymiaru oraz szczegółowy stan posiadania różnych dóbr materialnych, zarówno wchodzących w skład podstawowego wyposażenia domowego, jak i wskazujących na wyższy status materialny. 38,8% respondentów żyje i mieszka w dobrych lub bardzo dobrych warunkach materialnych.

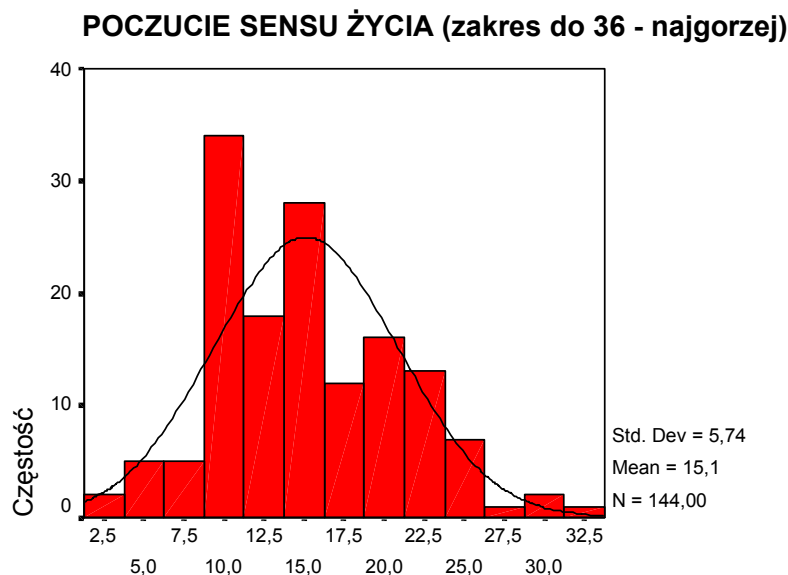
Sytuacja materialna - ocena subiektywna



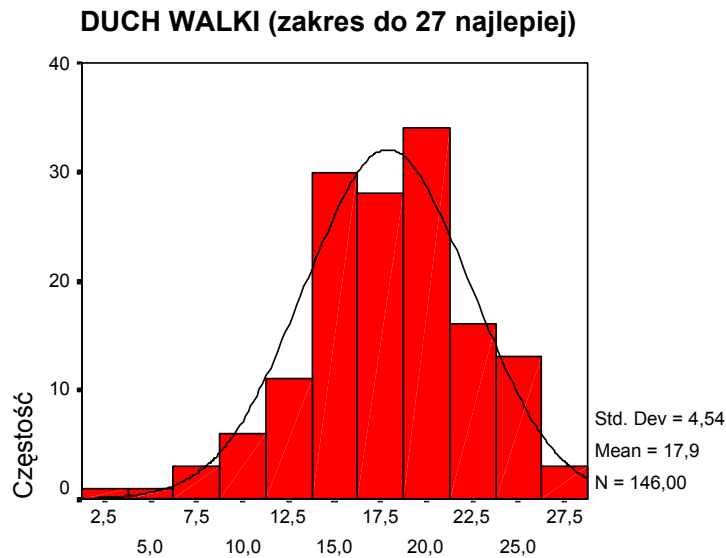
Indywidualne oceny sytuacji materialnej oraz warunków mieszkaniowych dokonane przez badanych wskazują na niższy niż w przypadku pozostałych wskaźników poziom zadowolenia respondentów. Mniej niż połowa z nich (38,8%) ocenia swoje warunki materialno – bytowe jako przy najmniej dobre.

ZESTAWIENIE SUBIEKTYWNYCH I OBIEKTYWNYCH WSKAŹNIKÓW JAKOŚCI ŻYCIA WSKAŹNIKI NASTAWIENIA EMOCJONALNEGO

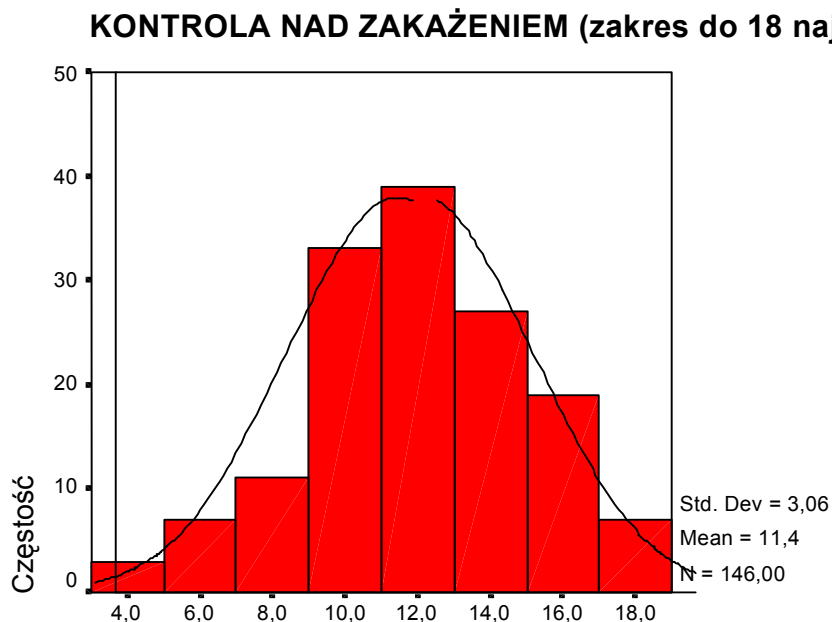
Wskaźniki wyliczone na podstawie ROSS MENTAL ADJUSTMENT SCALE, wykorzystane za zgodą prof. **LENY SCHONNESON** z **KAROLINSKA INSTITUTE AT SÖDER HOSPITAL**, wyrażoną Fundacji „Bądź z Nami”. Wskaźniki sumują wartości odpowiedzi na ciąg pytań. Określenie „najgorzej” oznacza, że postawa przyjęta przez respondentów w badaniu jest postawą wskazującą na nastawienie wartościowane w badaniu jako negatywne.



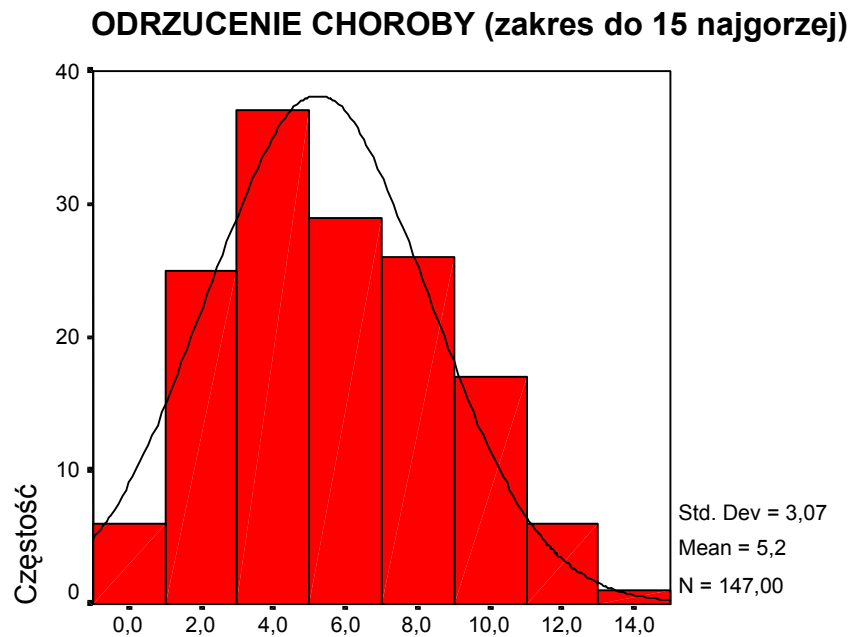
Badani widzą sens życia – nie poddają się uczuciu beznadziejności. Nie są zdezorientowani, poziom lęku przed HIV jest względnie niski, mają też nadzieję na przyszłość. Stosunkowo niewielkie rozproszenie wyników wskazuje, że postawa względnego optymizmu jest wspólna dla niemal całego środowiska osób zakażonych. Jedynie nieliczne osoby mają poczucie beznadziejności.



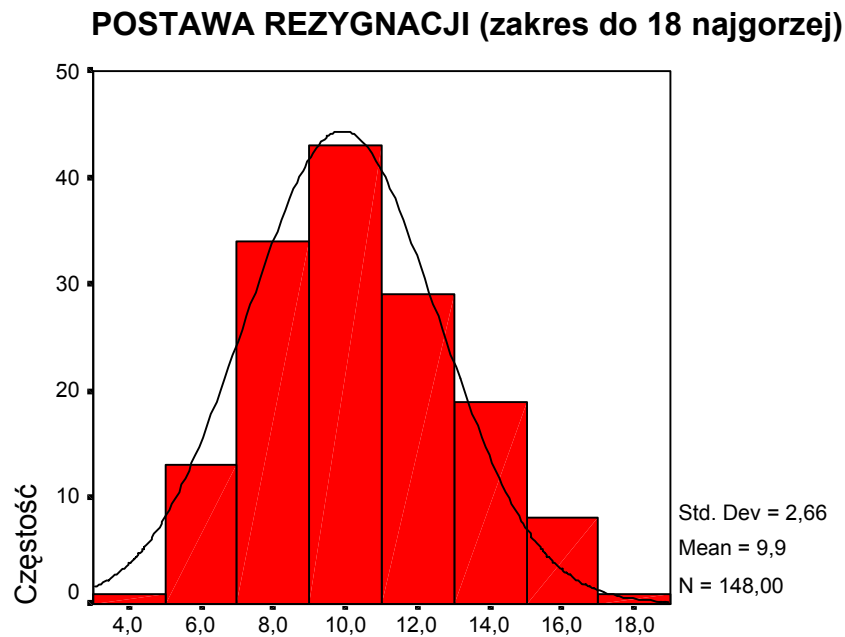
Osoby zakażone nie próbują zignorować swojego zakażenia, nie próbują też zachowywać się desperacko. Przyjmują swój stan z zaskakującym spokojem, ale zarazem nie mają zamiaru być bierne – poddawać się zniechęceniu. Nie traktują zakażenia w kategoriach „sportowych” – jako wyzwania. Przejawiają natomiast wolę uporządkowania swojego życia i nadania mu pozytywnego sensu.



Wyrazem sygnalizowanej uprzednio postawy jest przekonanie o posiadaniu wpływu na dalszy kształt swojego życia. Respondenci próbują zachować pozytywne nastawienie do siebie w przekonaniu, że dzięki temu ich życie będzie łatwiejsze. uważają, że nastawienie ma także poważny wpływ na przebieg choroby.



Kolejnym przejawem nastawienia do zakażenia jest wskaźnik odrzucenia choroby. Znana jest z literatury postawa (charakterystyczna szczególnie dla pierwszego etapu świadomości choroby) postawa polegająca na zaprzeczeniu temu faktowi. Ma ona często zgubny wpływ na postępowanie terapeutyczne. Jej przejawem jest chęć całkowitego zignorowania faktu choroby, odrzucenia leczenia, rezygnacji z koniecznych ograniczeń w życiu. Postępowanie badanych zaprzecza takiej postawie. Badani nie odrzucają informacji o HIV, próbują wyznaczyć sobie jakąś perspektywę życiową inną niż koncepcja życia z dnia na dzień.



Najgorzej ze wszystkich wskaźników dobrostanu emocjonalnego wygląda ten związany z postawą rezygnacji. Badani mają chwile zwątpienia, chętnie przerzuciliby swoje problemy na osoby trzecie. Wydaje się, że potrzebują wsparcia. Źródłem napięć jest poczucie nieuchronności i pewien brak kontroli nad własnym życiem. Przejawiający się w tej postawie fatalizm jest redukowany poprzez racjonalizację w kategoriach porównań z „nieokreślonymi innymi”.

Ogólnie postawy emocjonalne badanych można określić jako umiarkowanie pozytywne. W szczegółowych wymiarach podlegają one zmianom. Zapewne nie bez znaczenia pozostaje fakt, że badanie objęło część (zapewne tę bardziej aktywną) środowiska osób zakażonych.

ZAŁĄCZNIK NR 2

ANALIZA METODOLOGICZNA

WSTĘP

Badanie JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB ZAKAŻONYCH HIV miało charakter pilotażowy. Oprócz celów zasadniczych, czyli dokonania wstępnej analizy problemu, jego zadaniem było przygotowanie narzędzi do dalszych studiów nad ujętymi w tytule. Pod tym względem badanie spełniło swój cel i pozwoliło zarówno na dostrzeżenie możliwości wprowadzenia zmian w kwestionariuszu, jak i w zasadach organizacyjnych badania.

PODZIĘKOWANIE

*W tym miejscu zespół badawczy RUN Badania Rynkowe i Społeczne jest winien szczególne podziękowania przede wszystkim kilkunastu osobom prowadzącym wywiady z osobami zakażonymi, bez których zaangażowania nie uzyskalibyśmy tak interesującego materiału analitycznego i metodologicznego. Szczególne wyrazy wdzięczności kierujemy pod adresem **STOWARZYSZENIA BĄDŹ Z NAMI I PANI JOANNY GAŁAJ**, której wkład pracy w całe przedsięwzięcie był olbrzymi. Dziękujemy również za wnikliwe uwagi i konsultacje **PANI ELŻBIECIE CIASTOŃ PRZECŁAWSKIEJ i KRAJOWEMU CENTRUM DS. AIDS** za wkład merytoryczny i pomoc organizacyjną w dotarciu do środowiska osób zakażonych. Bez tych osób badanie to miałoby znacznie mniejsze szanse powodzenia.*

PRÓBA

Badanie wykazało, że parametryczny dobór próby, na podstawie cech społeczno – funkcjonalnych respondentów może być jednym z rozwiązań stosowanych standardowo w docieraniu do osób, co do których inne formy identyfikacji są wysoce utrudnione bądź wręcz niemożliwe.

Badanie zrealizowane w oparciu o próbę opisową przyniosło wyniki obejmujące istotne zjawiska dla środowiska osób zakażonych.

Jak zawsze jednak w takim przypadku, poza zasięgiem badania w dużym stopniu pozostała jednak grupa osób, które są na uboczu systemu opieki nad osobami zakażonymi. Osoby te, należą między innymi do środowisk związanych z narkotykami, to ci, którzy nie chcą w żaden sposób zostać zidentyfikowani jako zakażeni, odrzucający jakiekolwiek formy pomocy poza czysto medyczną. Uchwycenie tych środowisk, wymagałoby w przyszłości zapewnienia sobie szerszej współpracy ze strony tych osób, które z racji funkcji zawodowych, społecznych mają dostęp do zakażonych nie objętych pomocą i nie współpracujących ze środowiskami wspierającymi chorych.

W efekcie można zauważyć, że w badaniu wystąpiła pewna nadreprezentacja osób „świadomych”, niejako przystosowanych do faktu bycia zakażonym. W mniejszym natomiast, jak się wydaje, stopniu udało się uchwycić grupę systemowych outsiderów. W pewnym stopniu wydaje się zresztą nieunikniona taka struktura respondentów. Wynika ona bowiem z samej natury badania: na pytania odpowiadają właśnie ci, którzy i tak – niezależnie od badań – silnie artykułują problemy środowiska, są bardziej niż przeciętnie zaangażowani w rozwiązywanie problemów. Można sądzić, że osoby pozostające na marginesie, często też na marginesie społeczeństwa, mogą po prostu odmawiać udziału w badaniu bez względu na jakość docierania.

Z całą pewnością jednak należy w podobnym stopniu, jak stało się to w przypadku z **BADŹ Z NAMI**, do współpracy wciągnąć kolejne organizacje działające w środowisku osób zakażonych HIV.

Istnieje jednak, jak się okazało również możliwość innego rozwiązania. Takim rozwiązaniem jest przygotowanie próby sparametryzowanej według kategorii instytucjonalnej.

Podstawą do takiej parametryzacji mogą być oficjalne informacje dotyczące opieki nad zakażonymi. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że badania tak zaplanowane powinny być realizowane według następującego klucza:

- Ośrodki medyczne dystrybuujące leki (poradnie, PKD);
- Ośrodki medyczne o charakterze pobytowym (szpitale, hospicja);
- Ośrodki pomocowe o charakterze przepływowym (fundacje, stowarzyszenia grupujące osoby zakażone);
- Ośrodki pomocowe o charakterze pobytowym (sanatoria, domy pomocy społecznej dla zakażonych);
- Organizacje pomocowe działające aktywnie w terenie (np. pomagające uciekinierom, narkomanom, bezdomnym).

Rozkład próby w takim przypadku powinien opierać się o proporcje osób trafiających do poszczególnych elementów systemu.

Walorem tego rozwiązania jest niewątpliwie jego szansa na rozszerzone dotarcie do środowisk nieaktywnych, niszowych. Nie uniknie się jednak trudności w strukturze próby podobnych do tych, jakie miały miejsce w badaniu tu omawianym.

Z przyczyn prawnych, etycznych i metodologicznych, uważamy za wykluczone realizowanie tych badań siłami innymi niż aktywni działacze (pracownicy) organizacji świadczących usługi na rzecz osób zakażonych.

KWESTIONARIUSZ

Kwestionariusz wykorzystany w badaniu pozwolił naszym zdaniem na osiągnięcie kluczowych celów badania opisanych we wstępie do niniejszego opracowania.

Nie oznacza to jednak, że nie ma możliwości podwyższenia jakości i użyteczności narzędzia.

W kwestionariuszu nie ma zasadniczych błędów metodologicznych, które powodowałyby niemożność wykonania analiz czy interpretacji wyników.

Niektóre kwestie zostały nieco nadmiarowo wyeksponowane w badaniu (np. znajomość języków czy umiejętność obsługi komputerów).

Były też zagadnienia, które naszym zdaniem powinno się nieco rozbudować (na przykład sytuacja materialna, relacje z otoczeniem).

Generalny układ kwestionariusza nie powinien ulegać zasadniczym zmianom,. Niektóre pytania (np. 14, M8, M9) powinny zostać zmodyfikowane bądź opatrzone dodatkowym komentarzem.

Szczegółowe propozycje modyfikacji kwestionariusza:

NUMER PYTANIA	PROPOZYCJA ZMIANY
1	Bez zmian, dobrze mierzy emocje i umożliwia porównania międzynarodowe
2	Odwrócić kierunek skali, zmienić brzmienie kategorii <i>Nie dotyczy</i>
3	Uszczegółowić kategorię 5 i zrezygnować z kategorii 6
4 i 7	Dodać pytanie o osoby bliskie
5, 6, 8, 9	Bez zmian
10	Doprecyzować typ instytucji lub zrezygnować z pytania
11	Bez zmian
12 A i B	Można rozważyć bardziej rozbudowaną, subtelną skalę (np. Częstość?)

13	W kategorii A doprecyzować osobę partnera życiowego, w kategorii C doprecyzować, że nie chodzi o rodzinę
14	Dodać komentarz, że chodzi o liczbę wyjazdów (a nie dni) lub zadać wyłącznie jako pytanie o fakt wyjazdu z odpowiedziami TAK/NIE
15	Pytanie wydaje się być informacyjnie puste
M1 do M6	Bez zmian
M7	Można rozważyć dodanie pytania o główne źródło utrzymania W kategorii 4 dodać opis (np. Rodziny, partnera)
	Warto dodać pytanie opisowe o sytuację materialną, np. z kafeterią od starcza mi na wszystko po nie mam na nic
M8	W główce pytania można zmienić opis w kategorii 2, dodając z rodziną itp. Można Usunąć Kategorie D i H, Można połączyć kategorie J i K,
M9	Kategorię 1 przenieść na koniec i dodać opis „ <i>bez partnera</i> ”
M10	Bez zmian
M11	Zmienić opis kafeterii: zamiast 2. <i>Nie</i> powinno być 0. <i>Nie</i>
M12	Bez zmian lub zrezygnować
M13 – M18	Bez zmian
M19	Zmienić na otwarte, o to jakie zna języki i w jakim stopniu lub (sugerowane) zmniejszyć liczbę języków do dwóch (angielski oraz inne) i w jakim stopniu na skali od 1 do 5
M20 – M21	Przenieść na początek bloku kompetencyjnego, z pytania M21 można zrezygnować
M22	Można zrezygnować z niektórych kategorii
M19 – M22	Przenieść przed blok o zakażeniu (M14 - M19)

ZAŁĄCZNIK NR 3

KWESTIONARIUSZ

ZAŁĄCZNIK NR 4

INSTRUKCJA DLA WYKONAWCÓW

Zasady wykonania wywiadów - materiał dla realizatorów

1. Respondent powinien należeć do jednej z następujących grup:

- działacz organizacji, stowarzyszenia zakażonych (nie więcej niż 30%)
- pensjonariusz (względnie stały) ośrodka terapeutycznego, opiekuńczego (nie więcej niż 30%)
- osoba przypadkowa – nie znana z dwóch poprzednich miejsc – zgłaszająca się do placówki medycznej (ok. 20%)
- osoby spoza systemu opieki (np. nie leczące się – narkomani) identyfikowane w ramach programów wolontariatu, metadonowych, mieszkające na dworcach itp.

2. Jak realizować wywiad:

- a. należy uzyskać zgodę na udzielenie informacji, zapewniając o pełnej anonimowości badania;
- b. wręczyć kwestionariusz, ew. narzędzie do pisania i kopertę do włożenia wypełnionej ankiety;
- c. poinstruować o sposobie wypełniania kwestionariusza;

Jeśli rozmówca sobie zażyczy – możliwe jest zrealizowanie wywiadu, to jest zadawanie pytań i notowanie odpowiedzi. W takim przypadku należy zwrócić uwagę, żeby wyraźnie odczytywać PEŁNĄ treść każdego pytania – bez zmian, skrótów i zniekształceń. Badanemu nie wolno sugerować odpowiedzi, podpowiadać, tłumaczyć.

- d. po odebraniu koperty z ankietą należy na kopercie napisać nazwisko osoby realizującej, miejsce realizacji, datę i godzinę;
- e. po uzyskaniu dodatkowej zgody proszę zanotować dane osoby udzielającej odpowiedzi – na przykład telefon i imię – WYŁĄCZNIE DLA CELÓW KONTROLI.

UWAGA DANYCH TYCH NIE WOLNO ŁĄCZYĆ Z KOPERTĄ, WKŁADAĆ DO NIEJ. DANE NALEŻY SZCZEGÓLNICZIE CHRONIĆ.

KAŻDA ODPOWIEDŹ W KWESTIONARIUSZU JEST DOBRA – NIE MA ZŁYCH - POD WARUNKIEM, ŻE JEST ONA PRAWDZIWĄ ODPOWIEDZIĄ OSOBY BADANEJ.

3. Wypełnianie kwestionariusza:

STRONA 1:

osoba badana powinna zaznaczyć – stawiając krzyżyk w odpowiednim miejscu – w jakim stopniu zgadza się z **KĄŻDYM** ze zdań w tym pytaniu.

STRONA 2 I DALSZE:

pyt. 2 – odpowiedź powinna znaleźć się w każdym wierszu tabeli;

pyt. 3 – należy zaznaczyć (podkreślić) wszystkie wybrane, właściwe odpowiedzi;

pyt. 4 do 12 – należy zaznaczyć JEDNĄ odpowiedź w każdym pytaniu;

pyt. 13 – należy zaznaczyć JEDNĄ wybraną odpowiedź w każdym wierszu tabeli;

pyt. 14 – należy wpisać w obu pozycjach liczbę takich wyjazdów – jeśli nie było, to wpisać 0;

pyt. 15 – należy opisać dlaczego lub zaznaczyć odpowiedź „0. nie” jeśli nie było takiego zdarzenia;

pyt. od M1 do M7 – należy zaznaczyć w każdym pytaniu JEDNĄ odpowiedź;

pyt. M8 – należy zaznaczyć w każdym wierszu jedną – właściwą odpowiedź;

pyt. M9 – należy zaznaczyć JEDNĄ odpowiedź;

pyt. M10 – można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź;

pyt. M11 – M12: należy zaznaczyć w każdym pytaniu JEDNĄ odpowiedź;

pyt. M13 – należy wstawić krzyżyk WEWNĄTRZ KRATKI – NIE NA LINII, może być tylko jeden krzyżyk;

pyt. M14 – należy wstawić rok;

pyt. M15 i M16 – należy zaznaczyć w każdym pytaniu JEDNĄ odpowiedź;

pyt. M17 – należy wstawić rok;

pyt. M18 – M19 – należy zaznaczyć w każdym wierszu jedną – właściwą odpowiedź;

pyt. M20 i M21 – należy zaznaczyć w każdym pytaniu JEDNĄ odpowiedź;

pyt. M22 – należy zaznaczyć w każdym wierszu jedną – właściwą odpowiedź.

Szacowany czas wypełniania kwestionariusza: około 20 minut.

ZAŁĄCZNIK NR 5

ZESTAWIENIE TABELARYCZNE WYNIKÓW

STRUKTURA BADANYCH WEDŁUG CECH SPOŁECZNO - DEMOGRAFICZNYCH

Płeć

	CZĘSTOŚĆ	PROCENT	PROCENT WAŻNYCH	PROCENT SKUMULOWANY
mężczyzna	93	61,2	61,2	61,2
kobieta	59	38,8	38,8	100,0
Ogółem	152	100,0	100,0	

Wiek

	CZĘSTOŚĆ	PROCENT	PROCENT WAŻNYCH	PROCENT SKUMULOWANY
do 30 roku życia	51	33,6	33,6	33,6
od 31 do 45 lat	86	56,6	56,6	90,1
od 46 lat wzwyż	15	9,9	9,9	100,0
Ogółem	152	100,0	100,0	

Wykształcenie

	CZĘSTOŚĆ	PROCENT	PROCENT WAŻNYCH	PROCENT SKUMULOWANY
PODSTAWOWE	27	17,8	17,9	17,9
ZASADNICZE	50	32,9	33,1	51,0
ZAWODOWE				
ŚREDNIE	61	40,1	40,4	91,4
WYŻSZE	13	8,6	8,6	100,0
Ogółem	151	99,3	100,0	
Braki danych	1	,7		
Ogółem	152	100,0		

Rok stwierdzenia zakażenia HIV

	CZĘSTOŚĆ	PROCENT	PROCENT WAŻNYCH	PROCENT SKUMULOWANY
przed 1990	32	21,1	21,6	21,6
między 1991 a 1994	23	15,1	15,5	37,2
między 1995 a 1999	51	33,6	34,5	71,6
między 2000 a 2004	42	27,6	28,4	100,0
Ogółem	148	97,4	100,0	
Braki danych	4	2,6		
Ogółem	152	100,0		

GRUPA

	CZĘSTOŚĆ	PROCENT	PROCENT WAŻNYCH	PROCENT SKUMULOWANY
Aktywni	41	27,0	27,0	27,0
Pensjonariusze	26	17,1	17,1	44,1
Anonimowi	54	35,5	35,5	79,6
Outsiderzy	31	20,4	20,4	100,0
Ogółem	152	100,0	100,0	

Czy ma P. dziecko?

	CZĘSTOŚĆ	PROCENT	PROCENT WAŻNYCH	PROCENT SKUMULOWANY
nie ma	85	55,9	55,9	55,9
ma dziecko	67	44,1	44,1	100,0
Ogółem	152	100,0	100,0	

Miejsca nocowania

	CZĘSTOŚĆ	PROCENT	PROCENT WAŻNYCH	PROCENT SKUMULOWANY
mieszkanie własne, bliskich	106	69,7	70,2	70,2
schroniska, szpitale	39	25,7	25,8	96,0
miejsca przypadkowe	6	3,9	4,0	100,0
Ogółem	151	99,3	100,0	
Braki danych	1	,7		
Ogółem	152	100,0		

Samooceńca pozycji społecznej

	CZĘSTOŚĆ	PROCENT	PROCENT WAŻNYCH	PROCENT SKUMULOWANY
bardzo wysoka	3	2,0	2,0	2,0
dość wysoka	29	19,1	19,3	21,3
średnia	43	28,3	28,7	50,0
dość niska	45	29,6	30,0	80,0
bardzo niska	30	19,7	20,0	100,0
Ogółem	150	98,7	100,0	
Braki danych	2	1,3		
Ogółem	152	100,0		

Sytuacja zawodowa

	CZĘSTOŚĆ	PROCENT	PROCENT WAŻNYCH	PROCENT SKUMULOWANY
stała praca	29	19,1	19,3	19,3
dorywcza praca	30	19,7	20,0	39,3
nie pracuje	91	59,9	60,7	100,0
Ogółem	150	98,7	100,0	
Braki danych	2	1,3		
Ogółem	152	100,0		

Postawa wobec pracy

	CZĘSTOŚĆ	PROCENT	PROCENT WAŻNYCH	PROCENT SKUMULOWANY
aktywnie szuka	20	13,2	17,7	17,7
otwarty na propozycje	34	22,4	30,1	47,8
nie szuka	12	7,9	10,6	58,4
nie może pracować	47	30,9	41,6	100,0
Ogółem	113	74,3	100,0	
sBraki danych	39	25,7		
Ogółem	152	100,0		

Czy w 2003 wyjeżdżał/a P. na 5 dni i więcej

	CZĘSTOŚĆ	PROCENT	PROCENT WAŻNYCH	PROCENT SKUMULOWANY
NIE WYJEŻDZAŁEM/AM	70	46,1	46,1	46,1
WYJEŻDŻAŁEM/AM	82	53,9	53,9	100,0
Ogółem	152	100,0	100,0	