

RAPORT

Postawy studentów uczelni podkarpackich wobec HIV/AIDS

przygotowany we współpracy z Krajowym Centrum ds. AIDS

AUTOR RAPORTU: dr Maria Łukaszek, Instytut Pedagogiki,
Kolegium Nauk Społecznych Uniwersytetu
Rzeszowskiego, lukaszek@ur.edu.pl

WSPÓŁPRACA: Krajowe Centrum ds. AIDS
aids.gov.pl

listopad 2019 r.

Recenzent: Prof. dr hab. n. hum. Zbigniew Izdebski

Spis treści

1. Wnioski z badań	4
2. Metodologia badań.....	13
2.1. Cele, problematyka badań.....	13
2.2. Etyczne aspekty badania.....	14
2.3. Metoda badań, próba badawcza i procedura badania.....	16
3. Rezultaty badań.....	19
3.1. Wiedza studentów podkarpackich uczelni na temat HIV/AIDS.....	19
3.1.1. Źródła wiedzy.....	19
3.1.2. Subiektywna ocena wiedzy własnej studentów.....	22
3.1.3. Poziom wiedzy studentów na temat HIV/AIDS.....	23
3.2. Opinie studentów podkarpackich uczelni na temat różnych aspektów HIV/AIDS	30
3.2.1. Opinie na temat dróg zakażeń współczesnych Polaków żyjących z HIV	30
3.2.2. Opinie na temat osób zakażonych HIV i chorych na AIDS	31
3.2.3. Opinie na temat psychicznych i społecznych konsekwencji zakażeń HIV dla żyjących z HIV i ich rodzin.....	39
3.2.4. Opinie na temat roli podstawowych agend socjalizacyjnych w zapobieganiu zakażeniom HIV i zwalczaniu AIDS.....	47
3.3. Zachowania studentów związane z problemami HIV/AIDS	60
3.3.1. Podejmowanie zachowań stwarzających ryzyko zakażeń HIV	60
3.3.2. Ocena ryzyka zakażenia HIV w kontekście dotychczasowych doświadczeń życiowych ...	63
3.3.3. Doświadczenia diagnozowania zakażenia HIV	64
3.3.4. Deklaracje zachowań wobec osób żyjących z HIV	67

1. Wnioski z badań

Badane zagadnienie			Wnioski
Wiedza studentów podkarpackich uczelni na temat HIV/AIDS	Źródła wiedzy o HIV/AIDS (na temat istnienia wirusa HIV, choroby AIDS, o drogach zakażenia wirusem HIV)		- główne źródła wiedzy studentów o różnych aspektach HIV/AIDS to Internet, szkoła i telewizja, przy czym rola tych agend socjalizacyjnych jest większa na etapie informowania o istnieniu HIV i AIDS, a mniejsza na etapie informowania o drogach zakażeń, - stwierdzono niewielką rolę edukacyjną klasycznych środków masowego przekazu (prasy, książek, radio) oraz członków rodziny, - kobiety w wyższym odsetku niż mężczyźni wskazywały istotną rolę większości źródeł wiedzy; mężczyźni częściej niż kobiety eksponowali w edukacji na temat HIV/AIDS rolę kościoła i związków religijnych,
	Subiektywnie oceniany poziom wiedzy na temat HIV/AIDS		niemal 80% respondentów ocenia poziom swojej wiedzy jako przeciętny lub wyższy,
	Poziom wiedzy na temat HIV/AIDS	na temat dróg zakażenia HIV	- stwierdzono niski poziom wiedzy o HIV - za odpowiedzi na pytania o drogi zakażenia HIV aż 25% respondentów otrzymało ocenę mierną lub niedostateczną, co oznacza, że spośród odpowiedzi na 26 pytań dotyczących tych zagadnień udzielili mniej niż 50% poprawnych odpowiedzi; odsetek osób, które uzyskały oceny celujące i bardzo dobre (czyli powyżej 84,6% poprawnych odpowiedzi) wyniósł 5,9%, - badani najliczniej udzielali prawidłowych odpowiedzi na pytania dotyczące zakażenia na drodze iniekcji oraz poprzez kontakty seksualne; decydując, że niższy odsetek badanych właściwie ocenił zagrożenie zakażeniem w codziennych kontaktach z osobą żyjącą z HIV oraz zagrożenie przeniesienia wirusa z rodziców na potomstwo,

		na temat diagnozowania zakażeń HIV	• stan wiedzy o diagnozowaniu HIV oceniono jako bardzo niski - tylko 1,9% badanych otrzymało celującą lub bardzo dobrą ocenę - czyli odpowiedziało poprawnie na więcej niż 85,7% pytań, 5,2% ocenę dobrą, • ponad 60,5% badanych udzieliło nie więcej niż 2 prawidłowych odpowiedzi - czyli nie przekroczyło 42,9% poprawnych odpowiedzi i otrzymało oceny niedostateczne i mierne,
Opinie studentów podkarpackich uczelni na temat HIV/AIDS	Opinie na temat przyczyn zakażeń HIV wśród współczesnych Polaków żyjących z HIV		• ponad połowa studentów (62,6%) jest zdania, iż większość Polaków, którzy obecnie żyją z HIV, to osoby, które uległy zakażeniu przyjmując dożylnie narkotyki, kolejną najczęściej wskazywaną drogą zakażeń były kontakty heteroseksualne (45,9%) oraz aktywność mężczyzn, którzy zakazili się w czasie kontaktów homoseksualnych - 40,6%, • ponad 25% respondentów jest przekonane, iż większość Polaków, którzy obecnie żyją z HIV, to osoby, które zakażyły się podczas wykonywania zawodowych obowiązków w kontakcie z zakażonymi, • modelowanie, upiększanie ciała - zarówno tatuażem (22,5%) jak i innymi zabiegami (16,3%) było wskazywane znacznie rzadziej,
	Opinie na temat osób zakażonych HIV i chorych na AIDS	przekonania o istnieniu tzw. grup ryzyka	• niemal ćwierć respondentów (24,1%) jest przekonane, iż istnieją pewne grupy społeczne, do których przynależność wiąże się z wyższym odsetkiem zakażeń HIV, • ich zdaniem są to przede wszystkim narkomani (34,5% spośród udzielonych odpowiedzi), homoseksualiści (18,7% odpowiedzi), pracownicy służby zdrowia (15,9% odpowiedzi), prostytutki (12,4% odpowiedzi) oraz osoby współżyjące z przypadkowymi partnerami (7,1% odpowiedzi); ponad 12% wskazań dotyczyło prostytutek, zaś zaledwie 1,02% klientów prostytutek,

		odpowiedzialność za zakażenie	prawie 11% respondentów jest przekonane, że wszystkie osoby, które żyją z HIV winne są sytuacji, w której się znalazły, z tym stwierdzeniem nie zgadza się ponad 62% badanych,
		uznanie praw człowieka należnych także osobom zakażonym HIV	- średnia liczba punktów, które uzyskali respondenci, oceniając 17 praw należnych osobom żyjącym z HIV wyniosła 4,53 punktu (na 5 możliwych, co oznacza pełną akceptację danego prawa), - najbardziej akceptowanym było prawo do życia (4,82 pkt.), do szacunku (4,78pkt.) oraz posiadania własności (4,78pkt.). - zdecydowanie najwięcej osób nie w pełni akceptuje prawa zakażonych HIV do decydowania o własnym losie (4,21 pkt.), do posiadania i wychowywania dzieci (4,2 pkt.) oraz prywatności - w tym zachowania w tajemnicy faktu zakażenia (4,06 pkt.),
		wskaźnik dyskryminacji osób żyjących z HIV	- respondenci najbardziej akceptują prawa osób zakażonych HIV do korzystania z opieki medycznej (częściej z porad lekarskich niż zabiegów medycznych) oraz opieki ze strony członków rodziny, - z najniższą aprobatą spotkało się prawo zakażonego HIV do kontynuowania pracy zawodowej (szczególnie tam, gdzie istnieje duże prawdopodobieństwo kontaktu z płynami ustrojowymi), a przede wszystkim prawo do zachowania w tajemnicy swego zakażenia,
	Opinie na temat psychicznych i społecznych konsekwencji zakażeń HIV dla	świadomość istnienia negatywnych konsekwencji zakażenia dla żyjących z HIV w sferze psychicznej	większość badanych (81,8%) ma przekonanie, iż osobę zakażoną HIV dotyczą negatywne konsekwencje w sferze psychicznej, przeciwnego zdania jest 18% ankietowanych,
		opinie na temat rodzaju psychicznych	

	zakażonych i ich rodzin	konsekwencji zakażenia HIV dla zakażonych	• najczęściej dostrzegane skutki zakażenia HIV to: obniżenie poczucia własnej wartości (68,7%), poczucie bezradności i beznadziejności sytuacji (56,9%), depresja (56,9%), frustracja, rozżalenie (56,3%) oraz złość na siebie (52,5%), • najrzadziej wskazywano na pojawiające się stany lękowe (34,7%), apatię (25%) złość na inne osoby (24,9%) oraz obniżenie poczucia autonomii (16,5%),
		świadomość istnienia negatywnych konsekwencji zakażenia dla żyjących z HIV w sferze społecznej	• 77% studentów jest przekonane, że osoby żyjące z HIV są w społeczeństwie traktowane gorzej niż pozostali, niemal 20% respondentów wyraziło opinię, że nie ma różnic w traktowaniu osób zakażonych, a 2,5% uważa, że są traktowane lepiej niż reszta społeczeństwa,
		społeczne konsekwencje zakażenia HIV dla zakażonych	• negatywne reakcje społeczne dotyczące osoby żyjącej z HIV to zdaniem studentów: oceny oparte na mitach i stereotypach (75,1% odpowiedzi twierdzących), podejrzliwość i nieufne traktowanie (71,7%), naznaczanie społeczne (62,5%), utożsamianie z grupami społecznymi o cechach patologii (61,4%), • tylko 16,1% studentów jest zdania, iż zakażeni HIV nie spotykają się z negatywnymi reakcjami społecznymi,
		psychiczne konsekwencje zakażenia HIV dla rodzin zakażonych	• respondenci są zdania, iż głównymi psychicznymi konsekwencjami dla członków rodziny są różnego rodzaju lęki: o życie i zdrowie zakażonego, o to, że o fakcie zakażenia dowiedzą się krewni, znajomi oraz lęk o utratę obecnego statusu społecznego rodziny, • wysoki odsetek badanych jest przekonanych, iż krewni przeżywają konflikty wewnętrzne: frustrację i bezsilność w obliczu zakażenia, obwinianie się za nie uchronienie swojego krewnego, rozterki przeżywane w wyniku pojawiającego się pragnienia śmierci zakażonego członka rodziny,

		społeczne konsekwencje zakażenia HIV dla rodzin zakażonych	- respondenci wyrażają pogląd, że społeczeństwo traktuje osoby spokrewnione z zakażonymi w sposób podejrzliwy - jako osoby potencjalnie zakażone HIV (65,6%), że są one marginalizowane i wykluczane społecznie (47,3%) oraz stygmatyzowane (41,8%), - tylko 8,3% respondentów jest zdania, iż krewni zakażonych nie spotykają się z negatywnymi reakcjami społecznymi,
	roli podstawowych agend socjalizacyjnych w zapobieganiu zakażeniom HIV i zwalczaniu AIDS	ocena możliwości oddziaływania profilaktycznego w zapobieganiu zakażeniom HIV i zwalczaniu AIDS przez różne środowiska wychowawcze	- studenci ocenili, że największe potencjalne możliwości w profilaktyce HIV/AIDS mają Internet i rodzina, - niewielkim potencjałem odznaczają się ich zdaniem prasa i radio, natomiast kościoły i związki wyznaniowe mają małe znaczenie lub zupełny jego brak,
		ocena celów profilaktyki HIV/AIDS, które powinny być realizowane przez poszczególne agendy socjalizacyjnych	- respondenci są przekonani o tym, że cele profilaktyki HIV/AIDS powinny realizować przede wszystkim środki masowego przekazu i szkoła oraz w mniejszym zakresie rodzina, - w odniesieniu do kościoła i związków wyznaniowych aż 41,6% osób uważa, iż powinny one zrezygnować z tej działalności, - wśród celów eksponowano przede wszystkim konieczność zachęcania do tolerancji i udzielania wsparcia osobom zakażonym HIV i ich rodzinom, kształtowanie prozdrowotnych przekonań w odniesieniu do HIV/AIDS oraz weryfikowanie i poszerzanie wiedzy na temat HIV/AIDS,
		ocena skuteczności różnych modeli działań	badani są przekonani o dużej efektywności działań o charakterze informacyjnym,

		profilaktycznych w zapobieganiu zakażeniom HIV i zwalczaniu AIDS	- wysoką rangę przyznają też działaniom interwencyjnym (poradnictwo i udzielanie wsparcia potrzebującym) oraz promującym prospołeczne postawy wobec zakażonych HIV oraz ich rodzin, - znacznie niższy odsetek studentów uznaje skuteczność działań edukacyjnych, np. promocji zdrowego stylu życia lub rozwijania umiejętności społecznych, - wysoki odsetek respondentów jest przekonany o skuteczności działań odstraszających oraz stygmatyzujących zakażonych HIV,
		ocena skuteczności potencjalnych oddziaływań profilaktycznych rodziny	- jako skuteczne działania rodziny badani postrzegają przekazywanie rzetelnej wiedzy o HIV/AIDS (63,5%), dobry przykład członków rodziny, przede wszystkim niepodjęcie ryzykownych zachowań oraz testowanie (59,3%), stwarzanie atmosfery zaufania i otwartości na dyskusję o HIV/AIDS (51,9%) oraz uczenie podejmowania odpowiedzialnych decyzji, rozwiązywania problemów itp.(50,8%), - respondenci zdecydowanie rzadziej przewidują efektywność systemu kontroli, mającego chronić członków rodziny przed zakażeniem HIV (25,1%) oraz rozwijanie pasji będących alternatywą dla podejmowania ryzykownych zachowań (16,2%),
		ocena skuteczności potencjalnych oddziaływań profilaktycznych szkoły	- skuteczną profilaktykę w szkole mają zdaniem respondentów zagwarantować prace projektowe realizowane wraz z uczniami (gazetki, ulotki i plakaty) dotyczące HIV/AIDS (64,4%), organizacja akcji profilaktycznych na terenie szkoły (63,1%) oraz edukacja rodziców (56,8%), - zdecydowanie niższy odsetek respondentów jest przekonany o efektywności poradnictwa dla uczniów oraz organizowania konkursów o HIV/AIDS,
		ocena skuteczności potencjalnych oddziaływań	najskuteczniejsze kierunki działań mediów zdaniem studentów to angażowanie się w społeczne akcje (57,9%), emisje programów poświęconych w całości problemowi

		profilaktycznych środków masowego przekazu	HIV/AIDS (51,7%) oraz kampanie reklamowe dotyczące chronienia przez zakażeniem, zachęcające do testowania się (49,1%), niski procent respondentów ocenia jako skuteczne zamieszczanie informacji na temat zakażeń HIV na portalach randkowych, erotycznych itp. (26%) oraz przysyłanie informacji o możliwościach testowania się przez operatorów sieci komórkowych i administratorów portali społecznościowych (19%),
		ocena skuteczności potencjalnych oddziaływań profilaktycznych kościół i związków wyznaniowych	- za najskuteczniejsze formy działań profilaktycznych realizowanych przez kościół i związki wyznaniowe uznano udzielanie wsparcia i służenie poradą (36,9%) oraz prezentowanie postawy tolerancji i jednocześnie piętnowanie przejawów nietolerancji i marginalizowania zakażonych i ich rodzin (34,1%) - znacznie niższy odsetek badanych ma przekonanie o słuszności piętnowania zachowań ryzykownych (15,8%), ale również piętnowania osób, które zakażyły się w wyniku zachowań sprzecznych z zasadami religijnymi (9,9%) oraz motywowanie członków wspólnoty do kontroli tych, którzy z różnych powodów skłonni byłiby w przyszłości podejmować zachowania stwarzające ryzyko zakażenia HIV, - aż 33,8% badanych wyraża pogląd, że kościół i związki wyznaniowe nie powinny zajmować się profilaktyką HIV/AIDS.

Zachowania i deklaracje zachowań studentów związane z problemami HIV/AIDS	podejmowanie ryzykownych zachowań	• doświadczenia niezabezpieczonych (prezerwatywą) kontaktów waginalnych zadeklarowało 39,7% badanych, kontaktów oralnych 21,7%, a analnych 13,6%, • aktywność seksualną z zupełnie obcymi osobami podejmowało 8,3% respondentów, a z bardzo słabo znanymi 9,6%, • spośród ogółu studentów 28,8% zadeklarowało doświadczenia seksualne z więcej niż jednym partnerem seksualnym, • 52,1% respondentów miało doświadczenia spotkań towarzyskich będąc w stanie upojenia alkoholowego, a 19,9% po użyciu narkotyków, • spośród ogółu badanych 1,2% wykonywało tatuaże, zaś 4,9% piercing w miejscach, które nie zapewniły sterylnych warunków usługi,
	ocena ryzyka własnego zakażenia HIV w kontekście dotychczasowych doświadczeń życiowych	• ponad 92% studentów jest przekonane, iż nie jest zakażone wirusem HIV, • badani stwierdzali, że nigdy nie byli w sytuacji grożącej zakażeniem (82,4%), bądź wykonali w przeszłości test (9,7%), • 6% studentów ma wątpliwości co do swego statusu serologicznego, 0,5% uwzględniając swe doświadczenia życiowe ma poważne co do własnego zakażenia, 0,2% deklaruje, iż żyje z HIV,
	diagnozowanie zakażeń	• ponad 12% studentów robiło przynajmniej raz w życiu test w kierunku zakażeń HIV, prawie 87% badanych stwierdziło, że nigdy nie miało takich doświadczeń, • 18% respondentów nie robiło testu, ale z różnych powodów dostrzega potrzebę przebadania się, • główne motywy dotychczasowych lub planowanych badań to: krwiodawstwo (6,8%) i doświadczenia ryzykownych kontaktów seksualnych, • najczęstsze ryzykowne zachowania seksualne, z powodu których studenci badali się lub uważają, że w przyszłości powinni to zrobić to: podejmowanie współżycia bez prezerwatywy (6,8%), kontakty z obcymi lub słabo znanymi osobami (5,2%), kontakty

		seksualne z osobami posiadającymi w przeszłości licznych partnerów seksualnych (4,2%), • 2,5% studentów informowało, że pod wpływem środków psychoaktywnych stracili kontrolę nad własnym zachowaniem i podejrzewają, że w sytuacjach tych miały miejsce zachowania ryzykowne, • wśród motywów wykonywania testów diagnostycznych często wskazywano też polecenie pracodawcy (3,8%) oraz planowanie ciąży (3,4%),
	deklaracje zachowań wobec osób żyjących z HIV	• spośród pięciu hipotetycznych sytuacji bezpośredniego lub pośredniego kontaktu z osobą zakażoną HIV respondenci w najwyższym odsetku wyrażali zgodę na opiekę nad członkiem najbliższej rodziny (70,5%) oraz udział w tygodniowym obozie turystycznym w towarzystwie zakażonej pary (44%), • najwyższy odsetek osób, które nie wyraziły zgody na znalezienie się w podanej sytuacji dotyczył: wspólnego mieszkania w akademiku (wspólny pokój z łazienką) ze studentem żyjącym z HIV (42%), leczenie u stomatologa, który przyjmuje także zakażonych (38,5%), umieszczenie swego potomka w tej samej grupie przedszkolnej, do której uczęszcza dziecko zakażone HIV (40,7%).

2. Metodologia badań

2.1. Cele, problematyka badań

Głównym celem podjętych badań było poznanie postaw studentów podkarpackich uczelni wobec HIV/AIDS, w szczególności:

- diagnoza stanu wiedzy studentów o HIV/AIDS,
- poznanie ich opinii na temat różnych aspektów HIV/AIDS,
- zapoznanie się z aktualnie podejmowanymi oraz deklarowanymi w przyszłości zachowaniami studentów związanymi z zakażeniami HIV i AIDS.

W oparciu o tak sformułowane cele podjęto próbę odpowiedzi na następujące problemy:

- Jaki jest stan wiedzy studentów podkarpackich uczelni o HIV/AIDS:
 - ✓ jakie są źródła ich wiedzy,
 - ✓ jaki jest rzeczywisty poziom wiedzy badanych,
 - ✓ jak studenci oceniają poziom posiadanej przez siebie wiedzy?
- Jakie są opinie studentów podkarpackich uczelni na temat:
 - ✓ przyczyn zakażeń HIV wśród współczesnych Polaków,
 - ✓ osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,
 - ✓ psychicznych i społecznych konsekwencji zakażeń HIV dla osób żyjących z HIV i ich rodzin,
 - ✓ roli podstawowych agend socjalizacyjnych w profilaktyce HIV/AIDS?
- Jakie zachowania związane z problematyką HIV/AIDS podejmują aktualnie studenci i jakie deklarują na przyszłość?
 - ✓ jakie rodzaje ryzykownych zachowań w kontekście zakażeń HIV podejmują studenci,
 - ✓ jak oceniają ryzyko zakażenia HIV w kontekście własnych dotychczasowych doświadczeń życiowych,
 - ✓ czy studenci wykonują testy na obecność HIV,
 - ✓ jakie deklaracje zachowań w potencjalnej sytuacji kontaktu z osobą żyjącą z HIV składają studenci?

2.2. Etyczne aspekty badania

Procedura badań oraz narzędzie badawcze poddane zostały ocenie i otrzymały akceptację Komisji Bioetycznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie (Uchwała Nr 40/B/2019 z dnia 11 kwietnia 2019 roku).

Troska autorki o etyczny wymiar badań odnosiła się szczególnie do trzech obszarów:

- zgodności procedury z zasadami etyki prowadzenia badań społecznych,
- użyteczności pozyskanych wniosków dla efektywnej profilaktyki zakażeń HIV oraz przeciwdziałania stygmatyzacji, dyskryminacji i marginalizacji osób żyjących z HIV oraz ich rodzin,
- uzyskania przez osoby badane korzyści (dostęp do informacji) z udziału w badaniu.

Przed przystąpieniem do badań dokonano analizy procedury badawczej pod względem pełnego respektowania zasad etyki prowadzenia badań, zawartych w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (1948), Kodeksie Etyki Pracownika Naukowego (PAN, 2012), Kodeksie Etyczno-Zawodowym Psychologa (PTP, 1992), Kodeksie Etyki Socjologa (PTS, 2012), EPP – Kodeksie Etycznym Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (1992), Kodeksie Etyki Lekarskiej (NIL, 2003), Deklaracji Helsińskiej (2013), Międzynarodowym Kodeksie Badań Rynku i Badań Społecznych ICC/ESOMAR (1992), Ethical and Safety Recommendations for Researching, Documenting and Monitoring Sexual Violence in Emergencies (WHO, 2007).

Realizację badań poprzedziły konsultacje procedury badawczej oraz narzędzi z zespołem specjalistów (pracowników naukowych Uniwersytetu Rzeszowskiego i Uniwersytetu Zielonogórskiego, Uniwersytetu Warszawskiego, a także pracowników Krajowego Centrum ds. AIDS). Przeprowadzono również badania pilotażowe w terenie. Starano się zapewnić reprezentatywność próby, dlatego objęto badaniami wszystkie uczelnie na Podkarpaciu.

Dołożono wszelkich starań, aby przygotować profesjonalny zespół badawczy prowadzący ankietyzację w terenie. Przed realizacją badań przeprowadzono szkolenia dla osób ankietujących (grupa seminarzystów Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Rzeszowskiego: a) z zakresu metodologii i etyki badań - część teoretyczna; b) z zakresu procedury ankietowania grupy - część praktyczna, gdzie studenci hospitowali przebieg badania w terenie prowadzonego przez autorkę projektu, a przed ostatecznym zakwalifikowaniem do prowadzenia badania musieli zaprezentować poprawną symulację prowadzonego sondażu.

W procedurze badań największy nacisk położono na uzyskanie świadomej i dobrowolnej zgody na badanie oraz zagwarantowanie pełnej anonimowości respondentów. Bezwzględnie przestrzegano, aby przed ankietowaniem respondenci otrzymali pełne i szczegółowe informacje o wszystkich aspektach badania (przedmiocie i celu badań, jego przebiegu i wszelkich ewentualnych zagrożeniach, zasadzie anonimowości badań oraz dobrowolności udziału, w tym możliwości przerwania wypełniania kwestionariusza w dowolnym momencie; braku jakichkolwiek sankcji wynikających z odmowy udziału w sondażu). W czasie realizacji badań dołożono wszelkich starań, aby chronić respondentów przed wszelkimi formami dyskomfortu - m.in. zostali oni rozsądzeni, w ten sposób, aby osoba siedząca obok nie miała możliwości ujrzeć odpowiedzi innej osoby, dodatkowo respondenci otrzymali informację, do kogo mogą się zwrócić z pytaniami lub dylematami powstałymi po wypełnieniu kwestionariusza ankiety (do kontaktu osobistego lub telefonicznego). Termin badań ankietowych został każdorazowo uzgodniony z władzami poszczególnych uczelni, z kadrą dydaktyczną oraz studentami, tak by sondaż nie zakłócał realizacji cyklu kształcenia.

Wybór problematyki badawczej podyktowany był przede wszystkim użytecznością pozyskanych wniosków dla efektywnej profilaktyki zakażeń HIV oraz przeciwdziałania stygmatyzacji, dyskryminacji i marginalizacji osób żyjących z HIV oraz ich rodzin. Był poprzedzony analizą dostępnych badań obejmujących postawy Polaków wobec HIV/AIDS.

Zgodnie z zasadą maksymalizacji korzyści dla badanych społeczności respondenci otrzymali informację o możliwości skorzystania z konsultacji poprzez kontakt z Telefonem Zaufania (na pierwszej stronie ankiety widniały numery telefonów oraz dni i godziny, w których można dzwonić). Każdorazowo po przeprowadzeniu sondażu diagnostycznego, studentom rozdawano materiały edukacyjne przekazane przez Krajowe Centrum ds. AIDS: ulotki i broszury "Zaproszenie PKD", "To warto wiedzieć o HIV i AIDS", "Choroby przenoszone drogą płciową", "Co musisz wiedzieć o HIV/AIDS, bez względu na to, gdzie mieszkasz i pracujesz", "Poekspozycja" oraz gadżety np.: podkładki pod kubki, odblaskowe opaski z informacjami.

2.3. Metoda badań, próba badawcza i procedura badania

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, jako technikę wykorzystano technikę ankiety. Skonstruowano kwestionariusz ankiety zawierający 33 pytania odnoszące się do przedmiotu badań oraz 11 pytań metryczkowych.

Badanie zostało poprzedzone pilotażem na próbie studentów Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Rzeszowskiego. Realizacja projektu trwała od kwietnia do czerwca 2019 roku.

Próba badawcza to 2764 studentów 1651 kobiety i 1113 mężczyzn (kolejno 59,7% i 40,3%) kształcących się w 12 uczelniach Podkarpacia.

Dobór próby miał charakter losowy, przy czym losowano spośród studentów kształcących się w poszczególnych dyscyplinach naukowych. Proporcjonalnie do faktycznej liczby osób studiujących na Podkarpaciu podaną przez Główny Urząd Statystyczny (szczegółowy rozkład przedstawia tabela 1.) najwyższy odsetek w próbie badawczej (39,33%) stanowiły osoby kształcące się w zakresie nauk społecznych, nauk inżynieryjno-technicznych (23,99) oraz w nauk medycznych i nauk o zdrowiu (18,45%). Jeśli chodzi o osiągnięte przez respondentów wyniki w nauce to najwyższy odsetek zadeklarował oceny z ostatniego semestru na poziomie 4,0-4,4 (42,4%), na poziomie 4,5 i wyżej (21,7%) oraz na poziomie 3,5-3,0 (21,4%)¹.

dyscypliny naukowe, w których kształcą się studenci Podkarpacia	Populacja studentów Podkarpacia w roku akademickim 2018/19 wg GUS ²			Próba badawcza		
	Ogółem N=46686	kobiety N=25951	mężczyźni N=20735	Ogółem N=2764	kobiety N=1651	mężczyźni N=1113
nauki humanistyczne	5,95%	7,60%	3,89%	6,77%	8,36%	4,40%
nauki inżynieryjno-techniczne	25,31%	12,12%	41,82%	23,99%	14,17%	38,54%
nauki medyczne i nauki o zdrowiu	15,28%	20,43%	8,84%	18,45%	21,99%	13,21%
nauki rolnicze	3,04%	3,56%	2,38%	4,63%	4,36%	5,03%
nauki społeczne	43,75%	51,52%	34,02%	39,33%	46,09%	29,29%
nauki ścisłe i przyrodnicze	4,77%	3,09%	6,88%	4,78%	3,45%	6,74%
sztuka	1,90%	1,68%	2,17%	2,06%	1,57%	2,79%
Ogółem	100,0%	55,59%	44,41%	100,0%	59,73%	40,27%

Źródło: opracowanie własne w oparciu o dane Głównego Urzędu Statystycznego <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/szkolnictwo-wyzsze-w-roku-akademickim-20182019-wyniki-wstepne,8,6.html>

¹w opisie socjodemograficznym próby odsetki nie sumują się do 100%, ponieważ nie wszyscy respondenci udzielili odpowiedzi na pytania metryczkowe

²informacje sporządzono na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/szkolnictwo-wyzsze-w-roku-akademickim-20182019-wyniki-wstepne,8,6.html>

Spośród ogółu badanych 61,3% osób nie przekroczyło 22 lat, 27,03% miało 23 i więcej lat. W próbie badawczej 48,9% to osoby, które do pełnoletniości wychowywały się na wsi, 17,2% w mieście do 20 tys. mieszkańców, 15% w mieście 20 do 100 tys. mieszkańców, zaś 8,4% w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców. Stwierdzono, że 33,7% badanych do tej pory mieszka na stałe z rodzicami, 16,2% mieszka poza domem rodzinnym krócej niż rok, 14,3% od roku do dwóch lat, 16,2% trzy do czterech lat, pozostali (8,9%) pięć lat lub dłużej.

Większość ogółu badanych studentów (71%) wychowywana była przez dwoje rodziców będących małżeństwem i mieszkających razem lub (7,1%) przez rodziców, którzy co prawda byli małżeństwem, ale całymi miesiącami nie mieszkali razem (np. w związku z pracą zawodową wykonywaną w innym państwie). Spośród respondentów 5,5% stwierdziło, że ich rodzice rozwiedli się lub żyli w separacji. Zdecydowana mniejszość respondentów wskazywała na inną sytuację wychowawczą: rodziców żyjących w konkubinacie (1,3%), samotne rodzicielstwo (1,7%), sieroctwo (2,2%) lub wychowywanie się w placówkach lub rodzinach zastępczych (0,4%). Ponad 10% respondentów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Podstawowym źródłem utrzymania studentów są przede wszystkim rodzice (44,3%) oraz instytucje wypłacające stypendium (6,1%). Znaczny odsetek badanych (18%) deklaruje, że sam na siebie zarabia. Inne odpowiedzi nie przekroczyły progu 1,5%, jednak należy podkreślić, iż braki odpowiedzi stanowiły w przypadku tego pytania aż 27%.

Spośród ogółu badanych 47,5% osób stwierdziło, iż funkcjonuje w stałym (trwającym co najmniej pół roku) związku, 40,2% jest singlami.

Jeśli chodzi o preferencje seksualne, to 80,4% zadeklarowało się jako osoby heteroseksualne, 2,3% jako heteroseksualne z doświadczeniami homoseksualnymi, 2,2% biseksualne, 0,4% homoseksualne z doświadczeniami heteroseksualnymi, 1,1% jako homoseksualne, 1,4% asekualne. Ponad 10% respondentów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Większość badanych oceniła swoje zaangażowanie religijne jako wierzący (10,2% głęboko wierzący i regularnie praktykujący, 30% wierzący i regularnie praktykujący, 25,7% wierzący i nieregularnie praktykujący oraz 10,6% wierzący, lecz niepraktykujący). Pozostali studenci nie udzielili odpowiedzi (10%) bądź określali się jako niewierzący, lecz praktykujący (2%) lub niewierzący i niepraktykujący (5,8%).

Procedura badania sondażowego w terenie miała następujący schemat:

1. przekazanie szczegółowych informacji o badaniu (przedmiocie i celu badań, jego przebiegu, zasadzie anonimowości badań oraz dobrowolności udziału, sposobie prowadzenia analiz i publikacji wyników, możliwościach skorzystania z porad dotyczących zagadnień poruszanych w ankiecie),
2. pierwsza prośba o wyrażenie przez studentów woli na udział w badaniu,
3. stworzenie optymalnych warunków do badania (studenci byli proszeni o zajęcie wybranych przez siebie miejsc, dogodnych do anonimowego wypełnienia ankiety; sugerowano jak najszerwsze rozsiadanie się w sali),
4. rozdanie kwestionariuszy ankiet oraz kopert do ich zapakowania,
5. omówienie typów pytań, sposobów wypełniania kwestionariusza ankiety oraz trybu indywidualnego zadawania pytań w trakcie jego wypełniania (respondent, który ma wątpliwość co do sposobu odpowiedzi na pytanie zgłasza to podniesieniem ręki, prowadzący ankietyzację podchodzi do studenta, pyta o numer niezrozumianego pytania i korzystając z własnego egzemplarza ankiety (nie patrząc w ankietę wypełnianą przez studenta) udziela odpowiedzi,
6. wstępne przejrzanie kwestionariusza ankiety przez respondentów,
7. druga prośba o wyrażenie przez studentów woli na udział w badaniu,
8. wypełnianie kwestionariuszy ankiety i pakowanie ich przez studentów do kopert,
9. rozdawanie studentom materiałów edukacyjnych (publikacje i gadżety z Krajowego Centrum ds. AIDS), gdzie znalazły się dane teleadresowe instytucji udzielających porad i wsparcia w zakresie tematyki poruszanej w ankiecie,
10. podziękowanie za udział w badaniu i poinformowanie o możliwości indywidualnej rozmowy na tematy poruszane w ankiecie bezpośrednio po ankietyzacji.

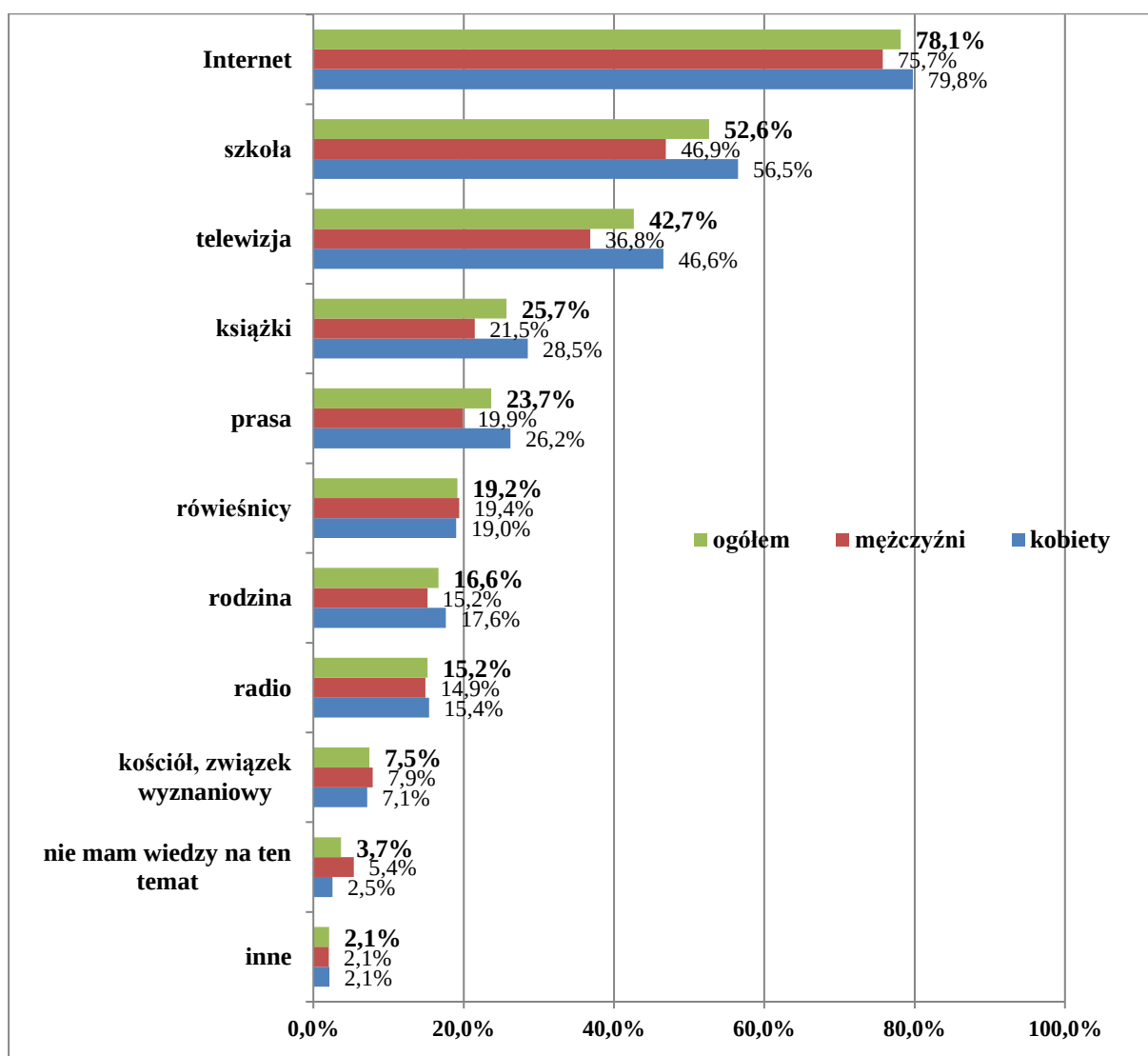
3. Rezultaty badań

3.1. Wiedza studentów podkarpackich uczelni na temat HIV/AIDS

Problem wiedzy badanych studentów rozpatrywano w trzech aspektach:

- źródeł wiedzy: o istnieniu wirusa HIV i choroby AIDS, drogach zakażenia wirusem HIV,
- poziomu wiedzy: na temat dróg zakażenia oraz diagnozowania zakażeń HIV,
- subiektywnie ocenianego przez studentów własnego poziomu wiedzy na temat HIV/AIDS.

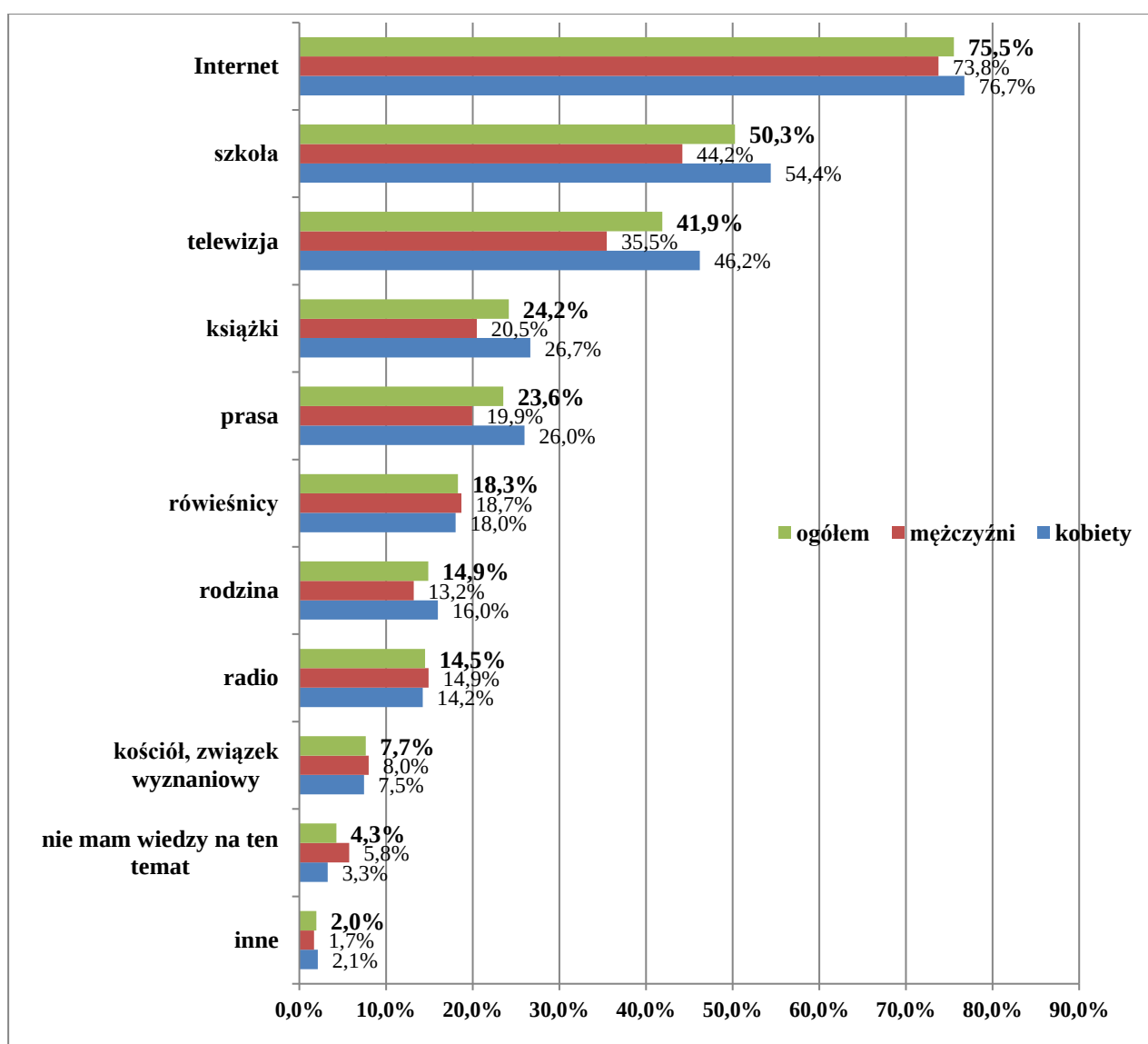
3.1.1. Źródła wiedzy



Wykres 1. Płeć a źródła wiedzy o istnieniu wirusa HIV; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113

Zaprezentowane wyniki jasno wskazują, iż dominującym źródłem wiedzy o istnieniu wirusa HIV dla badanych studentów - zarówno kobiet jak i mężczyzn - był Internet (ogółem 78,1%). Spory odsetek respondentów wskazywał także na szkołę (52,6%) oraz telewizję (42,7%). Z deklaracji badanych wynika, iż tylko 16,6% badanych otrzymało wiedzę na ten temat od członków swojej rodziny.

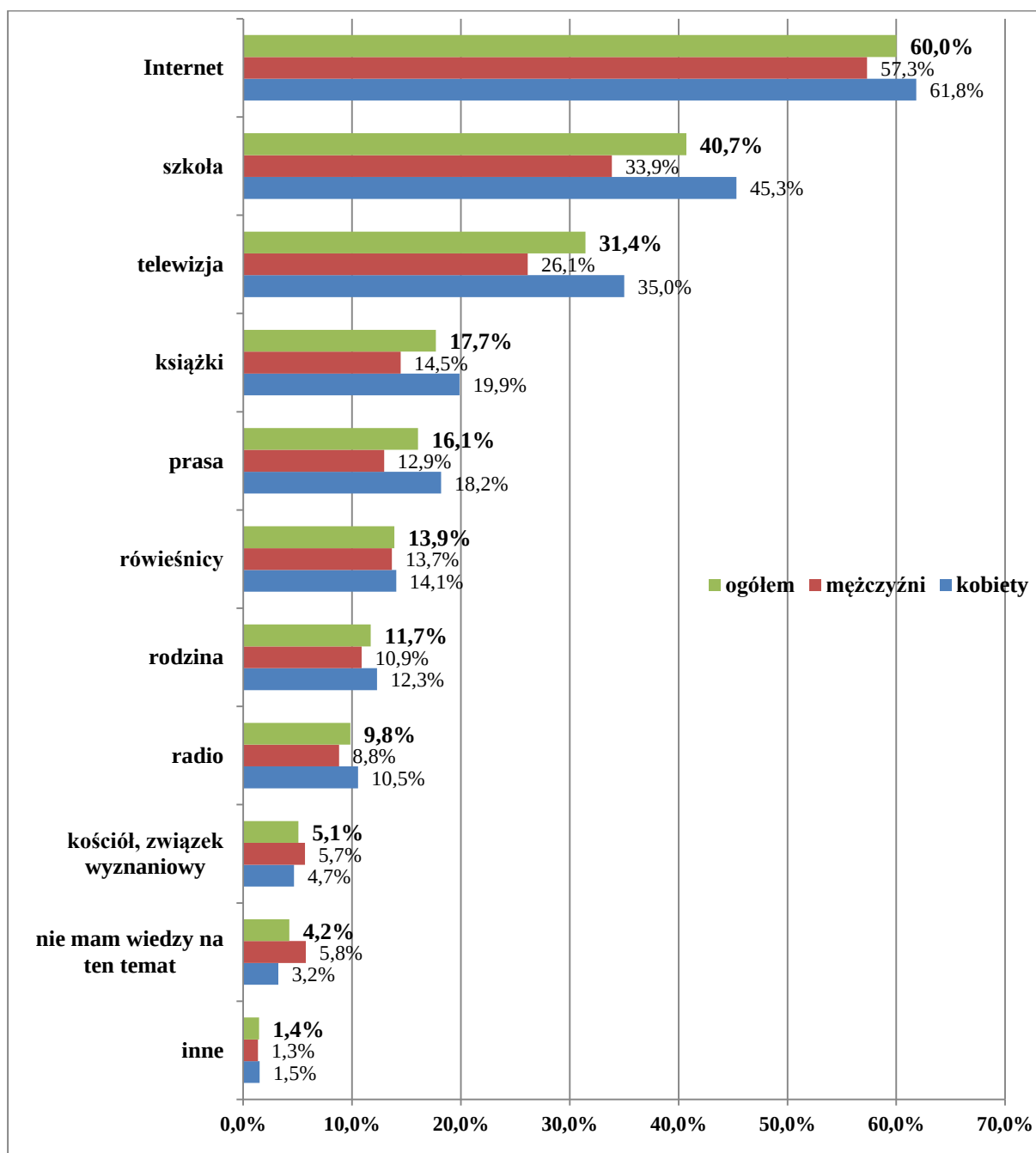
W wynikach zwraca uwagę fakt, iż 5,4% mężczyzn i 2,5% kobiet stwierdziło, że nigdy nie otrzymało informacji na temat istnienia wirusa HIV.



Wykres 2. Płeć a źródła wiedzy o istnieniu AIDS; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113

Stwierdzono, że podobnie jak w przypadku źródeł wiedzy o występowaniu wirusa, również w przypadku AIDS, główne agendy informacyjne to Internet (75,5%), szkoła (50,3%) oraz telewizja (41,9%). Należy przy tym zwrócić uwagę, iż odsetek osób wskazujących te

źródła zmalał w stosunku do poprzedniego zagadnienia. Jeśli chodzi o rolę rodziny, to procent badanych wskazujący jej członków jako informatorów na temat istnienia AIDS nie przekroczył 15%.

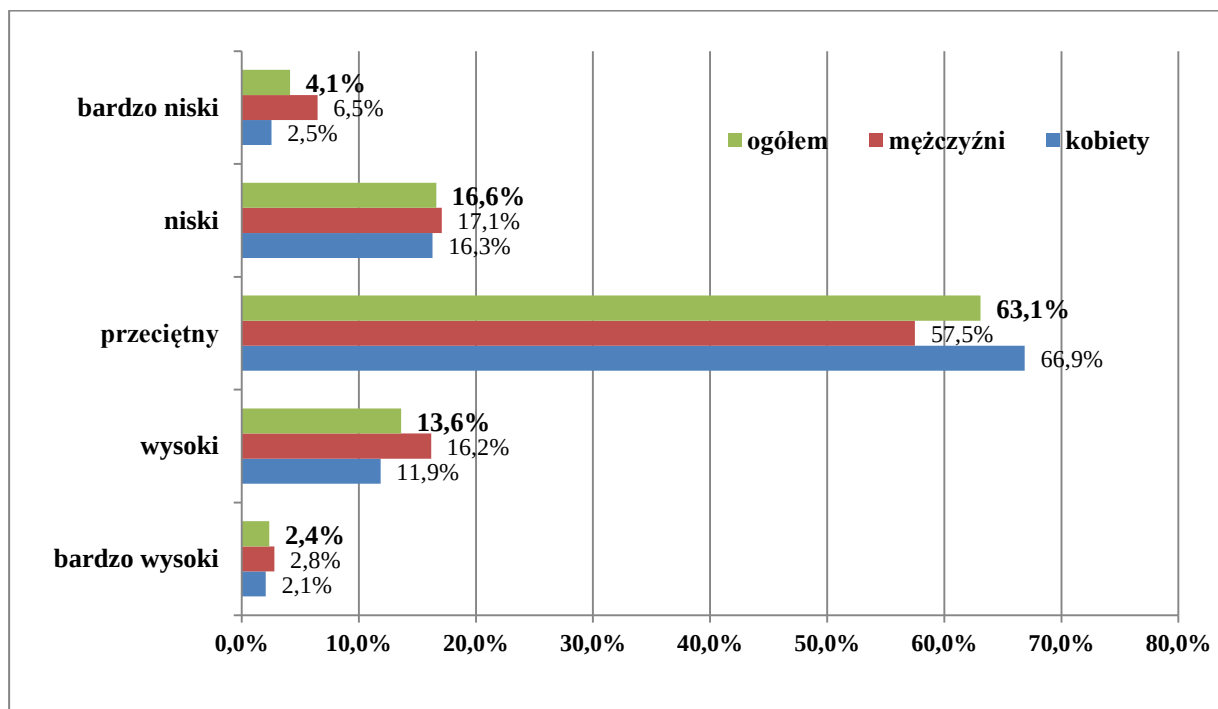


Wykres 3. Płeć a źródła wiedzy o drogach zakażeń HIV; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113

Jak wynika z wykresu ponad połowa respondentów wiedzę o drogach zakażenia się HIV uzyskała z Internetu (60%), ze szkoły (40,7%) oraz z telewizji (31,7%). Pozostałe źródła były wskazywane przez odsetek nieprzekraczający 20%. Należy podkreślić, iż kobiety w znacznie wyższym odsetku zwracały uwagę na edukacyjną rolę większości agend

socjalizacyjnych, przy czym największa różnica w porównaniu do mężczyzn dotyczyła udziału szkoły, telewizji, książek i prasy.

3.1.2. Subiektywna ocena wiedzy własnej studentów



Wykres 4. Płeć a subiektywnie oceniany poziom wiedzy na temat HIV/AIDS; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113

Stwierdzono, że spory odsetek badanych (w nieco wyższym odsetku mężczyźni niż kobiety) ocenia poziom swej wiedzy jako niski (16,6%) i bardzo niski (4,1%). Podobny procent respondentów określa swoją wiedzę jako wysoką lub bardzo wysoką (łącznie 16%). W tym przypadku także mężczyźni (19%) mają poczucie wyższej kompetencji niż kobiety (14%).

3.1.3. Poziom wiedzy studentów na temat HIV/AIDS

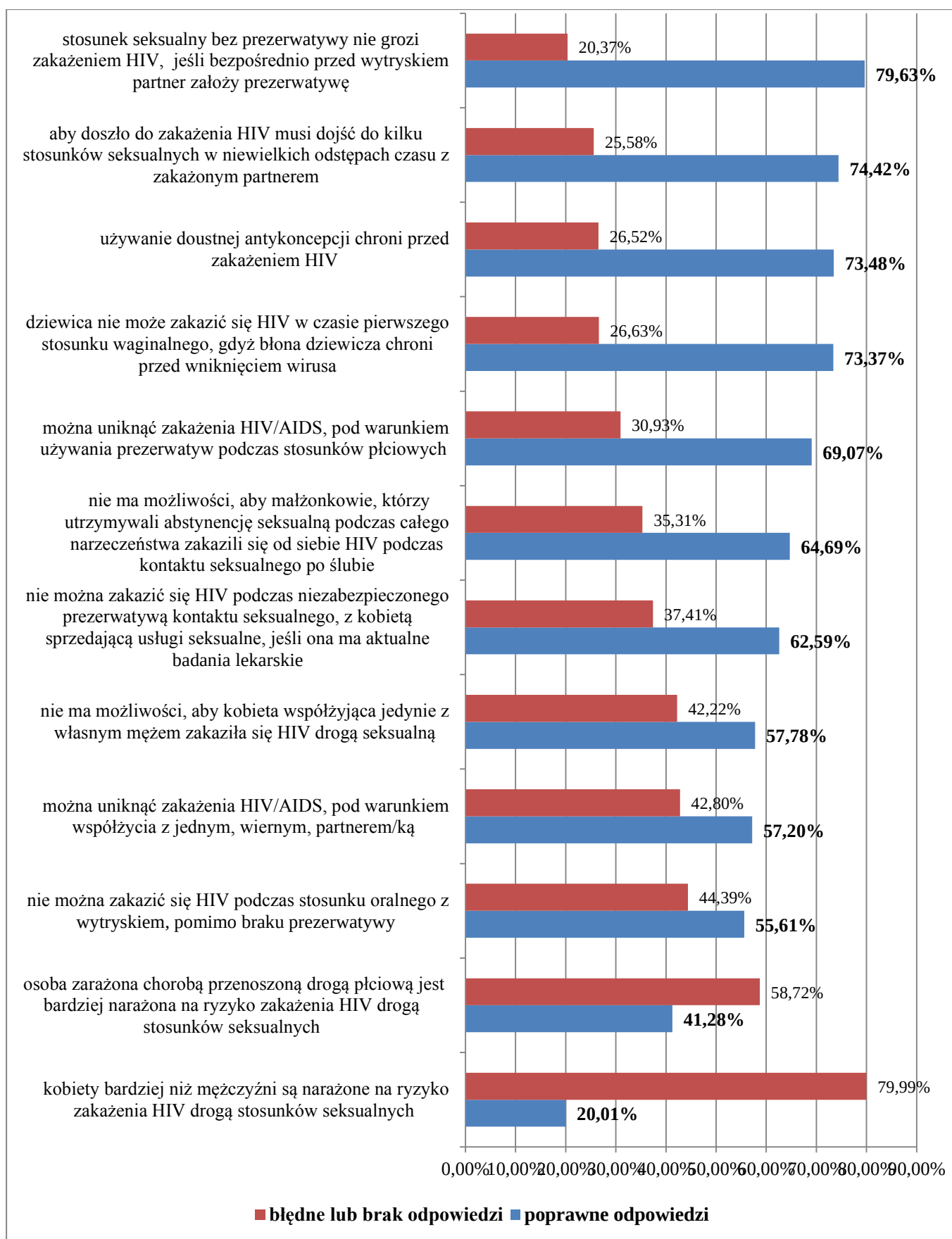
Wiedza na temat dróg zakażenia HIV

W czasie badań podjęto próbę oceny posiadanej przez studentów wiedzy na temat HIV. Jeśli chodzi o kwestię dróg zakażenia HIV, aż 25% respondentów otrzymało ocenę mierną lub niedostateczną, co oznacza, że spośród odpowiedzi na 26 pytań dotyczących tych zagadnień udzielili mniej niż 50% poprawnych odpowiedzi. Odsetek osób, które uzyskały oceny celujące i bardzo dobre (czyli powyżej 84,6% poprawnych odpowiedzi) wyniósł 5,9%.

Stwierdzono, że w sposób istotny statystycznie, wyższe oceny wiedzy na temat dróg zakażeń HIV, uzyskiwali studenci:

- nauk medycznych i nauk o zdrowiu,
- kobiety,
- osoby, które dłużej niż pozostali mieszkają poza domem rodzinnym (powyżej 3 lata poza domem),
- osoby wychowywane przez rodziców rozwiedzionych lub w separacji, bądź osierocone przez jedno lub dwoje rodziców,
- osoby, które funkcjonują w stałym związku małżeńskim lub partnerskim (tzn. powyżej 6 miesięcy),
- studenci, którzy uzyskiwali w minionym semestrze wyższe oceny (powyżej 4.0).

Szczegółowe analizy pokazały (wykresy 5 do 9), że najwięcej prawidłowych odpowiedzi udzielili badani na pytania dotyczące zakażenia się w wyniku iniekcji oraz poprzez kontakty seksualne. Zdecydowanie niższy odsetek studentów właściwie ocenił zagrożenie zakażeniem w codziennych kontaktach z osobą żyjącą z HIV oraz zagrożenie przeniesienia wirusa z rodziców na potomstwo. Analizy wykazały jednak, że w teście na żadne z pytań nie udzieliło prawidłowych odpowiedzi więcej niż 81,2% respondentów. Należy podkreślić, że kobiety zaznaczały poprawne odpowiedzi w wyższym odsetku niż mężczyźni (uzyskały lepszy wynik w 20 z 26 pytań).



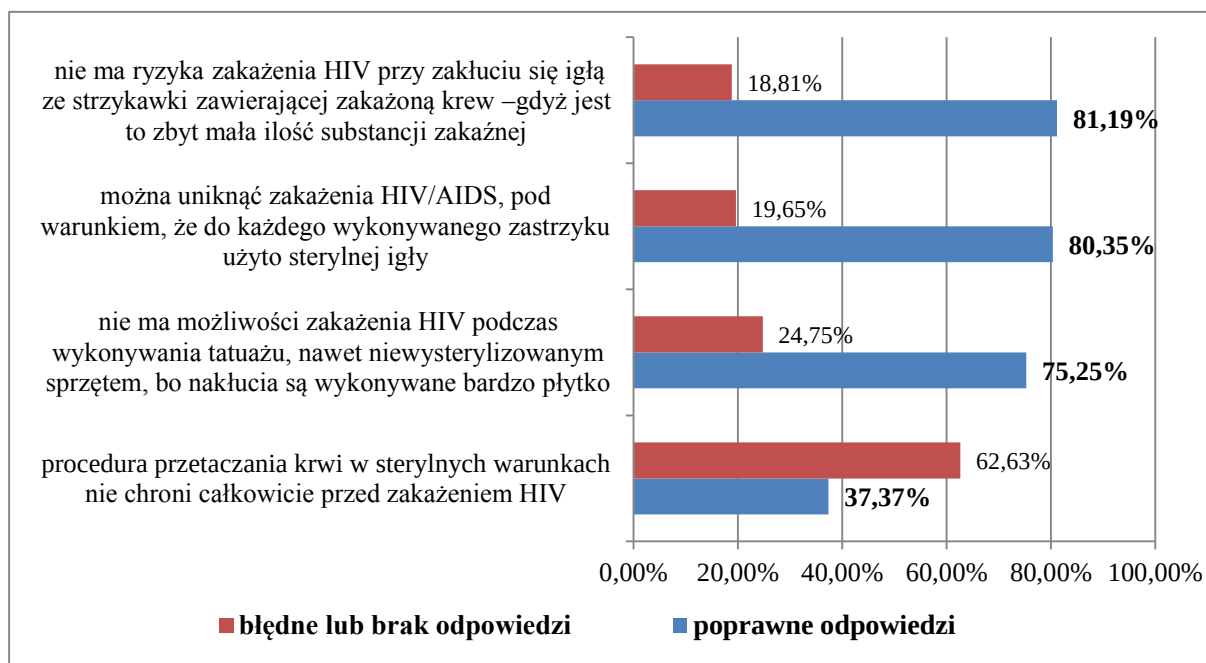
Wykres 5. Poziom wiedzy na temat ryzyka zakażenia HIV poprzez kontakty seksualne; badani N=2764

Powyższy wykres pokazuje, że odsetek osób, które udzieliły poprawnych odpowiedzi na pytania dotyczące zagrożenia zakażeniem HIV na drodze kontaktów seksualnych przy żadnym z pytań nie przekroczył 80%.

Stosunkowo niskie wyniki prawidłowych odpowiedzi uzyskano stosowawszy zalecane przez WHO/UNAIDS wskaźniki do określania poziomu wiedzy o HIV/AIDS (WHO PI 1). Ze stwierdzeniem, że można uniknąć zakażenia pod warunkiem używania podczas stosunków płciowych prezerwatyw zgodziło się 69,7% badanych, zaś ze stwierdzeniem, że można uniknąć zakażenia współżyciem z jednym wiernym partnerem - 57,2%.

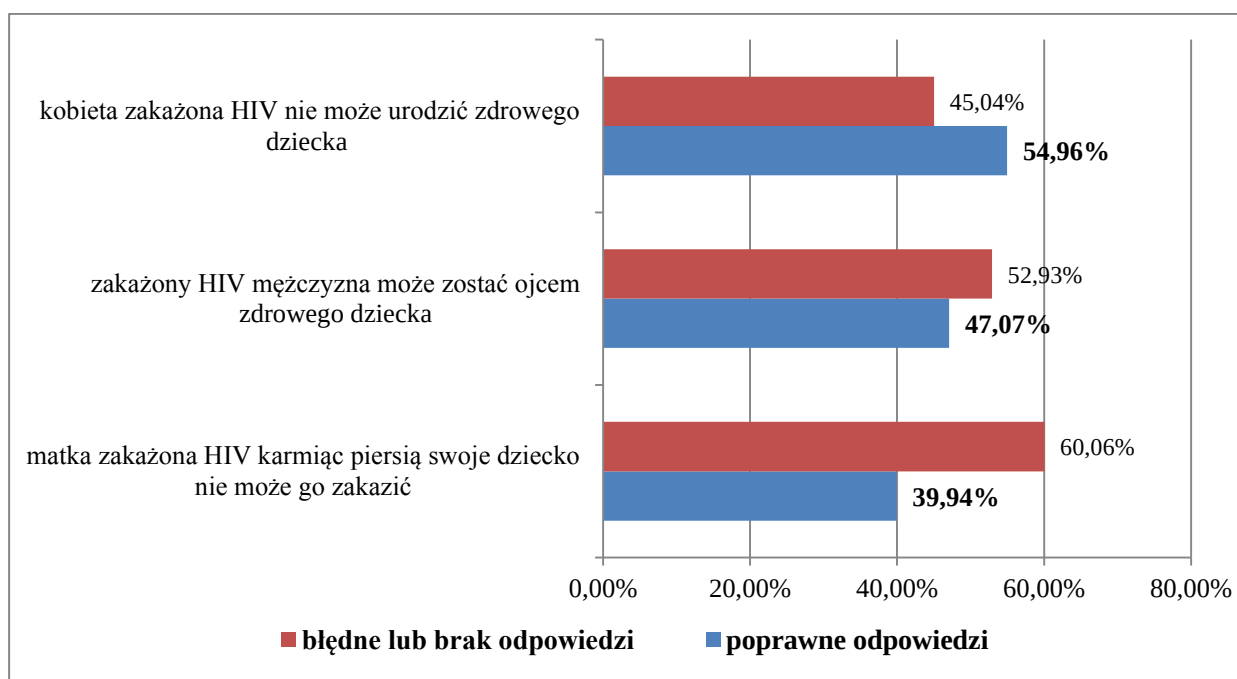
Najwyższy wskaźnik prawidłowych odpowiedzi (79,6%) odnosi się do sytuacji kontaktu seksualnego niezabezpieczonego prezerwatywą do chwili wytrysku, gdzie wcześniej może dojść do kontaktu z preejakulatem. Wysokie wskaźniki poprawnych odpowiedzi dotyczyły też powszechnych mitów mówiących o tym, że nie można zakazić się HIV: podczas pojedynczych kontaktów seksualnych z osobami zakażonymi (74,4% poprawnych odpowiedzi), używając doustnej antykoncepcji (73,5%), w czasie inicjacji seksualnej kobiety (73,4%).

Zdecydowanie najniższy procent poprawnych odpowiedzi - 20% - dotyczy kwestii związku płci żeńskiej z większym ryzykiem zakażenia się HIV w czasie kontaktów seksualnych.



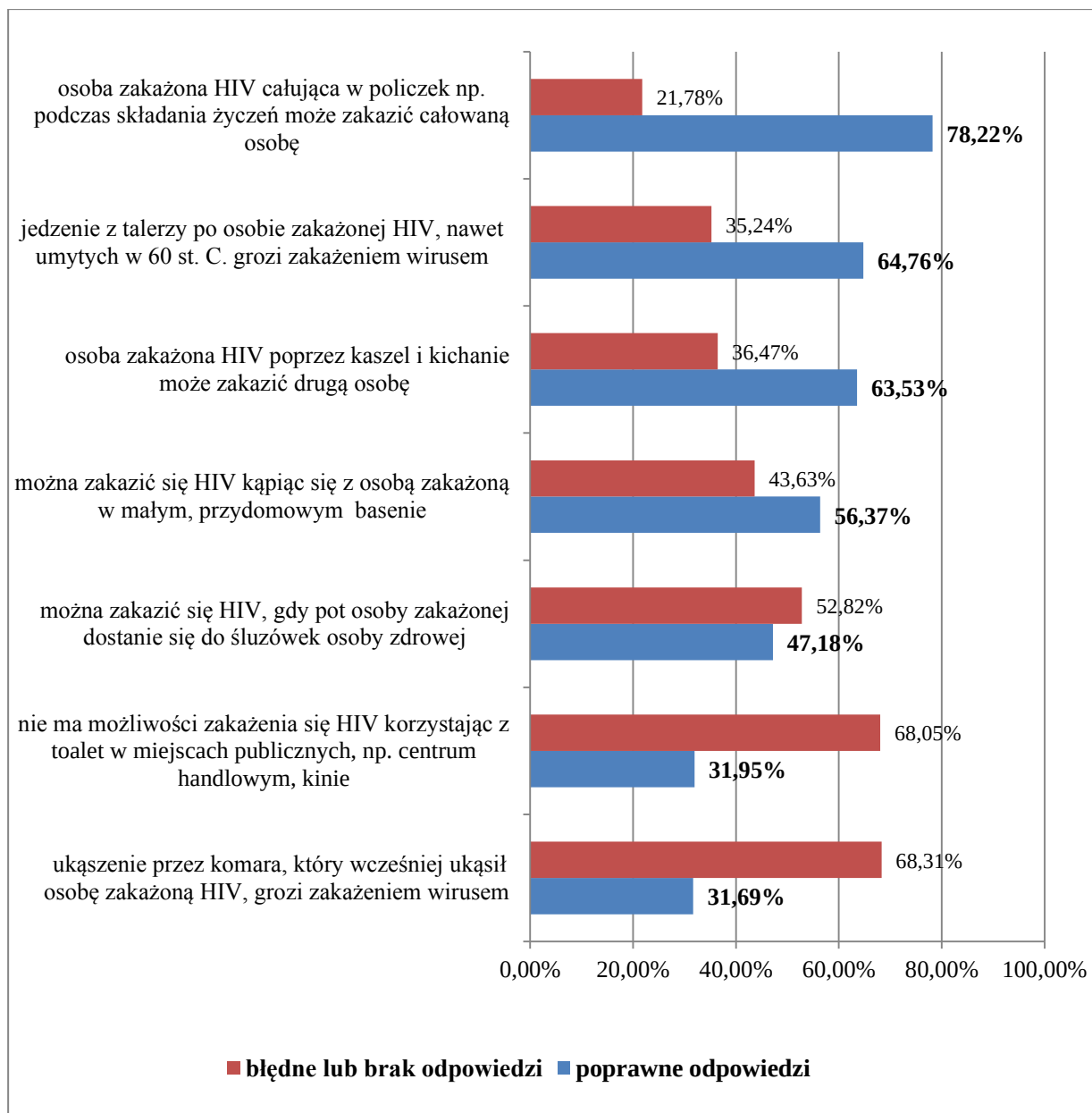
Wykres 6. Poziom wiedzy na temat ryzyka zakażenia HIV w wyniku iniekcji; badani N=2764

W teście wiedzy zamieszczono pytania o możliwość zakażenia się HIV poprzez różnego rodzaju iniekcje. Wysoki odsetek poprawnych odpowiedzi zanotowano przy rekomendowanym przez WHO/UNAIDS wskaźniku do określania poziomu wiedzy o HIV/AIDS (WHO PI 1). Niemal 80,4% osób stoi na stanowisku, że można uniknąć zakażenia, jeśli do każdego zastrzyku użyje się sterylnej igły. Zdecydowanie najniższy odsetek respondentów (37,4%) potrafił natomiast poprawnie ocenić ryzyko zakażenia HIV podczas procedury przetaczania krwi w sterylnych warunkach.



Wykres 7 . Poziom wiedzy na temat ryzyka zakażenia HIV poprzez rodziców; badani N=2764,

Jak pokazują dane zamieszczone na powyższym wykresie, połowa respondentów nie potrafiła udzielić poprawnych odpowiedzi jeśli chodzi o zagadnienia transmisji wirusa HIV z rodziców na dziecko. Najwyższy wskaźnik poprawnych odpowiedzi uzyskało stwierdzenie odnoszące się do możliwości urodzenia zdrowego dziecka przez zakażoną matkę - 55%. Zdecydowanie najniższy procent - 39,9% osób miał wiedzę, że matka żyjąca z HIV karmiąc piersią swoje dziecko naraża go na zakażenie.



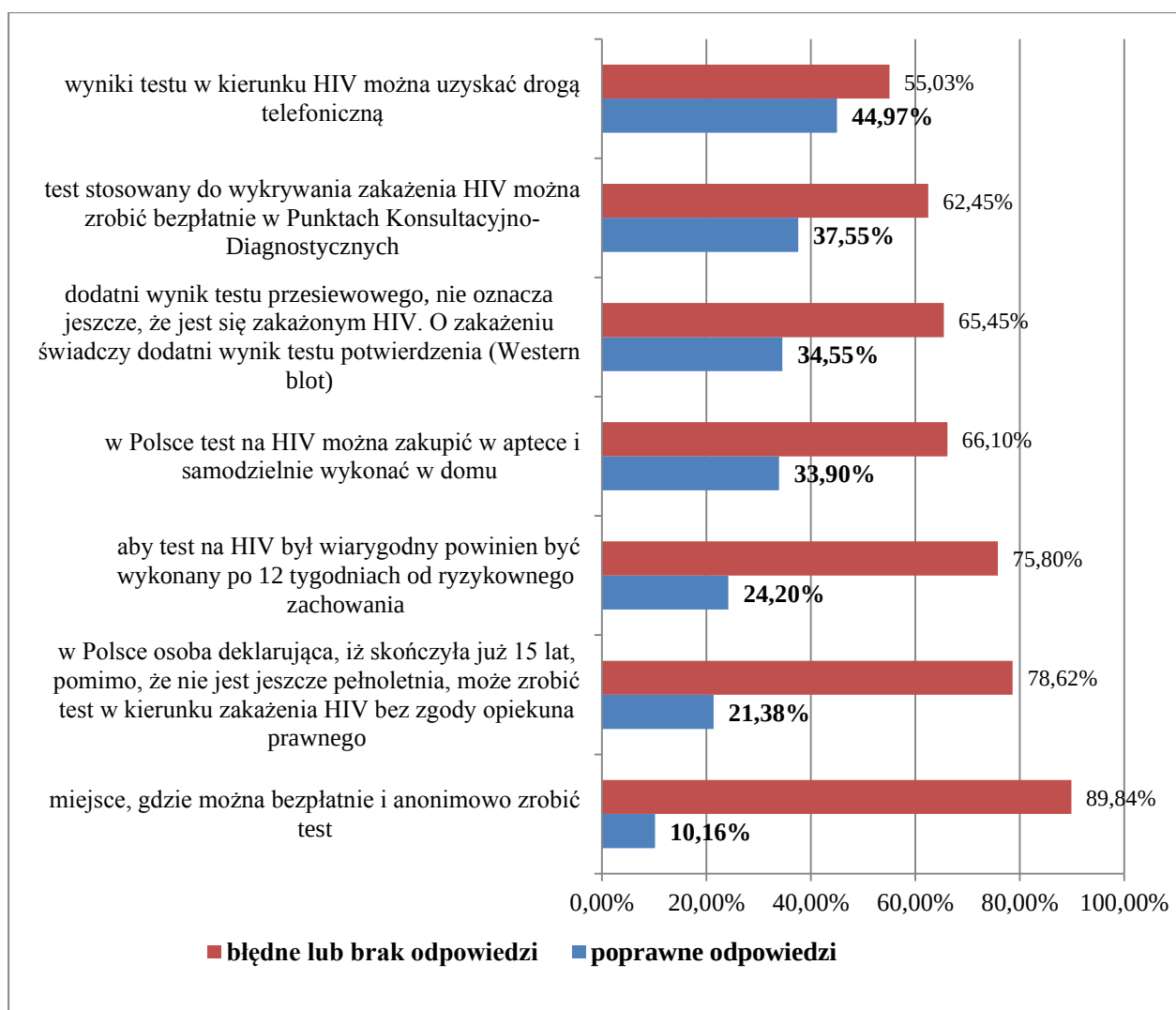
Wykres 8. Poziom wiedzy na temat ryzyka zakażenia HIV w sytuacjach dnia codziennego; badani N=2764

Z zaprezentowanego materiału wynika, że bardzo duży odsetek studentów nie potrafi rozróżnić sytuacji dnia codziennego, które stwarzają ryzyko zakażenia HIV, od bezpiecznych. Niespełna 32% respondentów poprawnie oceniło ryzyko zakażenia HIV w przypadku ukąszenia przez komara, który wcześniej żerował na krwi osoby żyjącej z HIV oraz ryzyko korzystania z publicznej toalety (np. centrum handlowego itp., gdzie obowiązują precyzyjne przepisy BHP odnoszące się do sposobów dbania o czystość i rodzaju środków chemicznych wykorzystywanych do dezynfekcji).

Zdecydowanie najwyższy odsetek poprawnie udzielonych odpowiedzi (78,2%) dotyczył ryzyka zakażenia w wyniku otrzymania pocałunku w policzek od osoby zakażonej HIV.

Wiedza na temat na temat diagnozowania zakażeń HIV

W czasie badań starano się ocenić stan wiedzy respondentów na temat diagnozowania zakażeń HIV. Zadano 7 pytań z tego zakresu. Stwierdzono, że jedynie 1,9% badanych otrzymało celującą lub bardzo dobrą ocenę - czyli odpowiedziało na więcej niż 85,7% pytań poprawnie, 5,2% ocenę dobrą. Ponad 60,5% badanych udzieliło nie więcej niż 2 poprawne odpowiedzi - czyli nie przekroczyło 42,9% poprawnych odpowiedzi i otrzymało oceny niedostateczne i mierne. Stwierdzono, że poziom wiedzy o diagnozowaniu HIV różnicują w sposób istotny statystycznie takie zmienne jak: studiowana dyscyplina naukowa, średnia ocen uzyskana w minionym semestrze oraz typ związku rodziców, w której wychowywali się respondenci. Ustalono, że wyższy poziom wiedzy mają studenci nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz osoby, które uzyskały w minionym semestrze bardzo wysokie noty - powyżej 4,5 a także studenci wychowywani w rodzinach, gdzie rodzice cały czas mieszkali razem i wychowywali swe potomstwo wspólnie, bez względu na to, czy to był związek formalny czy nieformalny.

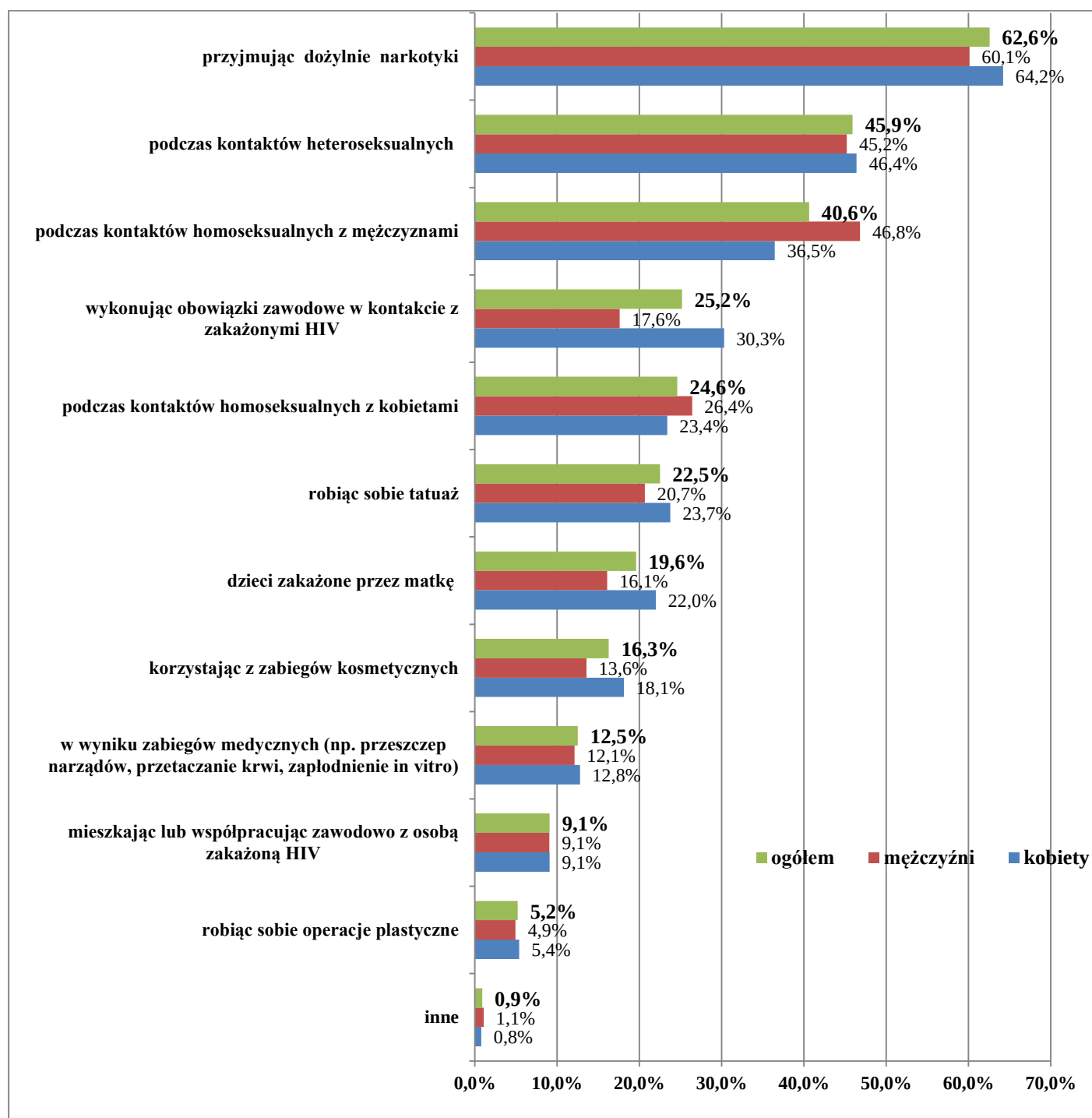


Wykres 9 . Poziom wiedzy na temat diagnozowania zakażenia HIV; badani N=2764

Badania wykazały, że żadne z pytań dotyczących różnych kwestii związanych z diagnozowaniem zakażeń HIV nie uzyskało więcej niż 45% poprawnych odpowiedzi. Właściwe odpowiedzi pojawiały się najczęściej w pytaniu związanym z możliwością otrzymania informacji o wyniku testu telefonicznie (45%). Jedynie 21% studentów wie natomiast, że 15 letnia osoba bez zgody opiekuna prawnego nie może w Polsce legalnie zrobić testu w kierunku zakażenia HIV. Jedynie 10,2% badanych studentów wiedziało, gdzie na Podkarpaciu można zrobić bezpłatny, anonimowy test.

3.2. Opinie studentów podkarpackich uczelni na temat różnych aspektów HIV/AIDS

3.2.1. Opinie na temat dróg zakażeń współczesnych Polaków żyjących z HIV



Wykres 7. Płeć a opinie na temat dróg zakażeń współczesnych Polaków żyjących z HIV; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113

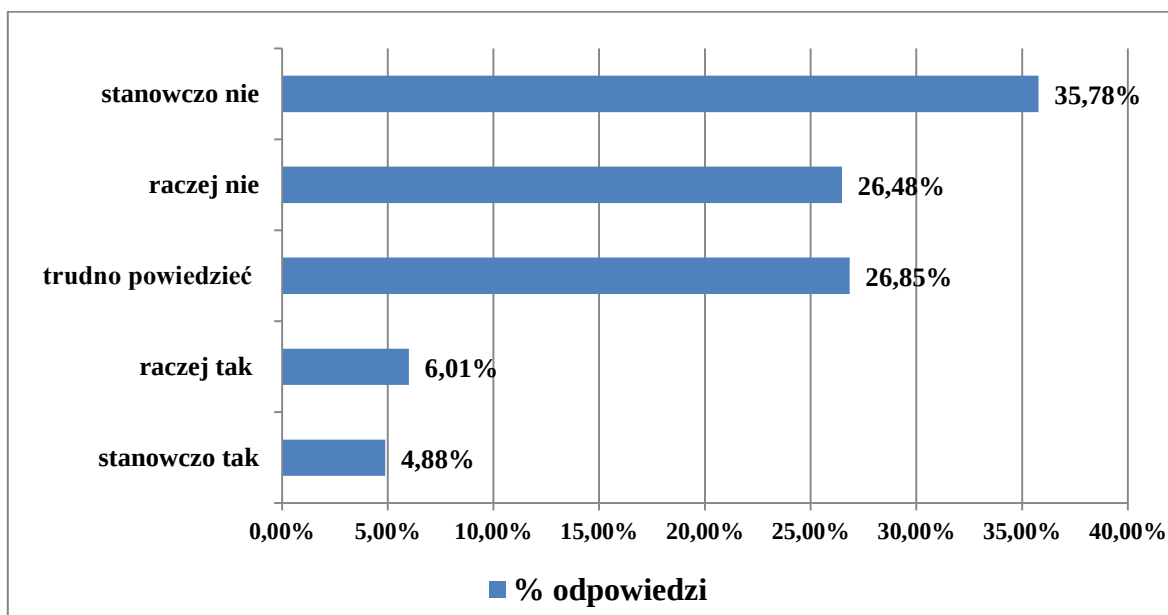
Z przeprowadzonych badań wynika, że ponad połowa studentów Podkarpacia (ogółem 62,6%) jest zdania, iż większość Polaków, którzy obecnie żyją z HIV, to osoby, które uległy zakażeniu przyjmując dożylnie narkotyki. Drugą najczęściej wskazywaną drogą zakażeń HIV były kontakty heteroseksualne (45,9%). Spory odsetek respondentów (40,6%) wskazywał aktywność mężczyzn, którzy zakazili się w czasie kontaktów seksualnych z mężczyznami. Dla porównania na kobiety mające kontakty homoseksualne zwrócił uwagę o połowę niższy odsetek badanych (24,6%).

W wynikach zwraca uwagę fakt, że ponad 25% respondentów jest przekonane, iż większość Polaków, którzy obecnie żyją z HIV, to osoby, które zakaziły się podczas wykonywania zawodowych obowiązków w kontakcie z zakażonymi (takich odpowiedzi udzielały dwukrotnie częściej kobiety - 30,3%, niż mężczyźni - 17,6%).

Należy podkreślić, iż upiększanie ciała - zarówno tatuażem (22,5%) jak i innymi zabiegami (16,3%), np. piercingiem, botoksem, wypełnianie kwasem hialuronowym było rzadko wskazywaną przyczyną zakażeń współczesnych Polaków żyjących z HIV.

3.2.2. Opinie na temat osób zakażonych HIV i chorych na AIDS

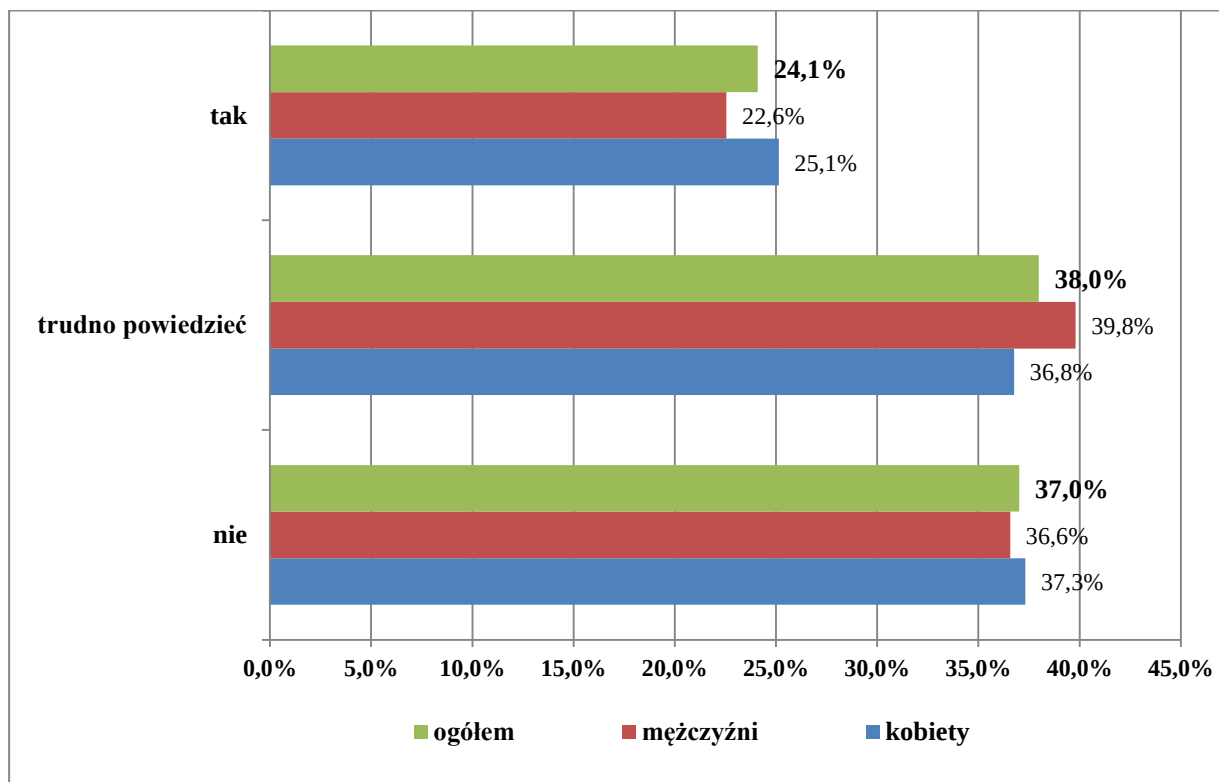
Opinie na temat odpowiedzialności za zakażenie HIV



Wykres 8. Przekonanie o słuszności twierdzenia "wszystkie osoby zakażone HIV, same są sobie winne, że im się to przytrafiło"; badani N=2764

Zgromadzone dane pokazały, że niemal 11% respondentów żywi przekonanie, iż wszystkie osoby, które żyją z HIV same są winne sytuacji, w której się znalazły. Z tym stwierdzeniem nie zgadza się ponad 62% badanych, a niemal 27% nie ma ukształtowanego poglądu na tę kwestię.

Opinie na temat istnienia grup społecznych obarczonych ryzykiem zakażeń HIV



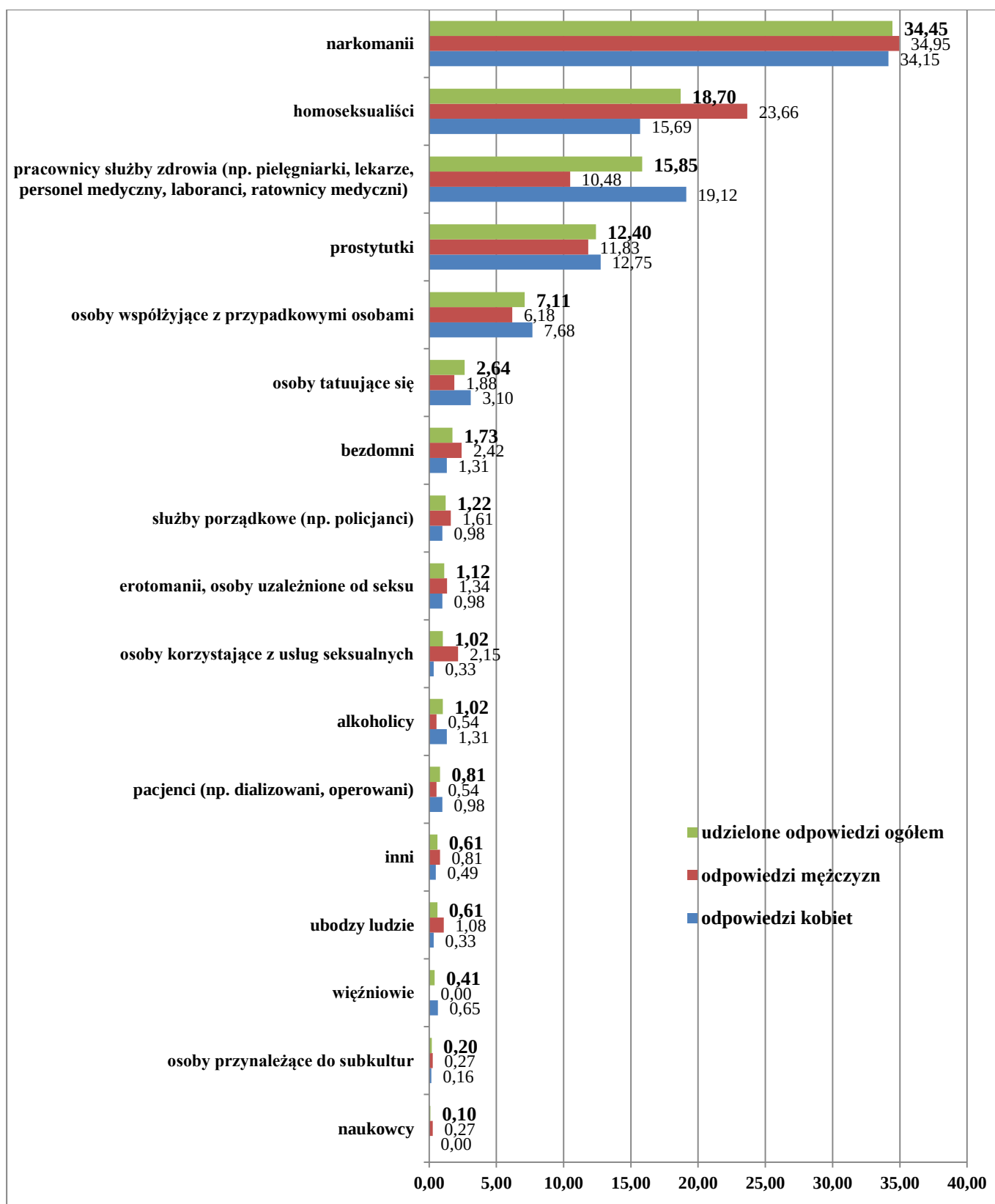
Wykres 9. Płeć a przekonania na temat istnienia grup społecznych, do których przynależność wiąże się z wyższym ryzykiem zakażenia HIV; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113

Jak wynika z przedstawionego wykresu, niemal ćwierć (24,1%) studentów podkarpackich uczelni (w nieco wyższym odsetku kobiety niż mężczyźni) jest przekonane, iż istnieją pewne grupy społeczne, do których przynależność wiąże się z podwyższonym ryzykiem zakażenia HIV. Przeciwnego zadania jest 37% badanych (w podobnym odsetku kobiety i mężczyźni).

Analizując wymieniane przez respondentów rodzaje tych grup społecznych (pytanie otwarte - wykres 10.), do których ich zdaniem przynależność wiąże się z wyższym ryzykiem zakażenia wirusem stwierdzono, że wskazywanymi byli przede wszystkim narkomanii (34,5% spośród udzielonych odpowiedzi), homoseksualiści (18,7% odpowiedzi), pracownicy służby

zdrowia (15,9% odpowiedzi), prostytutki (12,4% odpowiedzi) oraz osoby współżyjące z przypadkowymi partnerami (7,1% odpowiedzi). Zaskakuje, że ponad 12% wskazań dotyczyło prostytutek, zaś zaledwie 1,02% klientów prostytutek.

Należy zwrócić uwagę, że porównując odpowiedzi kobiet i mężczyzn, w odpowiedziach mężczyzn odnotowano zdecydowanie wyższy odsetek wskazań na osoby korzystające z usług seksualnych, ludzi bezdomnych i ubogich, osoby przynależące do podkultury i osoby homoseksualne. W odpowiedziach kobiet, w zdecydowanie wyższym odsetku niż w odpowiedziach mężczyzn pojawiały się natomiast wskazania na alkoholików, pracowników służby zdrowia oraz pacjentów.



Wykres 10. Opinie na temat rodzaju grup społecznych, do których przynależność wiąże się z wyższym ryzykiem zakażenia HIV; liczba udzielonych odpowiedzi ogółem - 984, odpowiedzi kobiet - 612, odpowiedzi mężczyzn - 372 (istniała możliwość wpisania wielu odpowiedzi)

Uznanie praw należnych osobom zakażonym HIV



Wykres 11. Opinie na temat praw należnych osobom zakażonym HIV; badani N=2764

W czasie badań poproszono uczestników o ustosunkowanie się do kwestii praw, które powinny przysługiwać osobom zakażonym HIV. Respondenci oceniali 17³ praw w pięciostopniowej skali (stanowczo tak, raczej tak, trudno powiedzieć, raczej nie, stanowczo nie), gdzie pełne przyznanie danego prawa oznaczało uzyskanie 5 punktów).

Stwierdzono, że średnia liczba punktów, które uzyskali respondenci oceniając 17 praw, wyniosła 4,53 punktu, przy czym kobiety przyznawały więcej praw osobom zakażonym niż mężczyźni. Średnia punktów dla 17 praw w grupie kobiet wyniosła 4,598 punktu, zaś w grupie mężczyzn - 4,436 punktu.

Zdecydowanie najbardziej akceptowanym przez studentów prawem było prawo do życia (choć nie uzyskało maksymalnej liczby punktów, a 4,82), do szacunku (4,78) oraz posiadania własności (4,78). Ocenę poniżej średniej uzyskało aż 8 z ocenianych praw. Zdecydowanie najwięcej osób nie w pełni akceptuje prawa zakażonych HIV do decydowania o własnym losie (4,21), do posiadania i wychowywania dzieci (4,2) oraz prywatności - w tym zachowania w tajemnicy faktu zakażenia (4,06).

Wskaźnik dyskryminacji osób żyjących z HIV

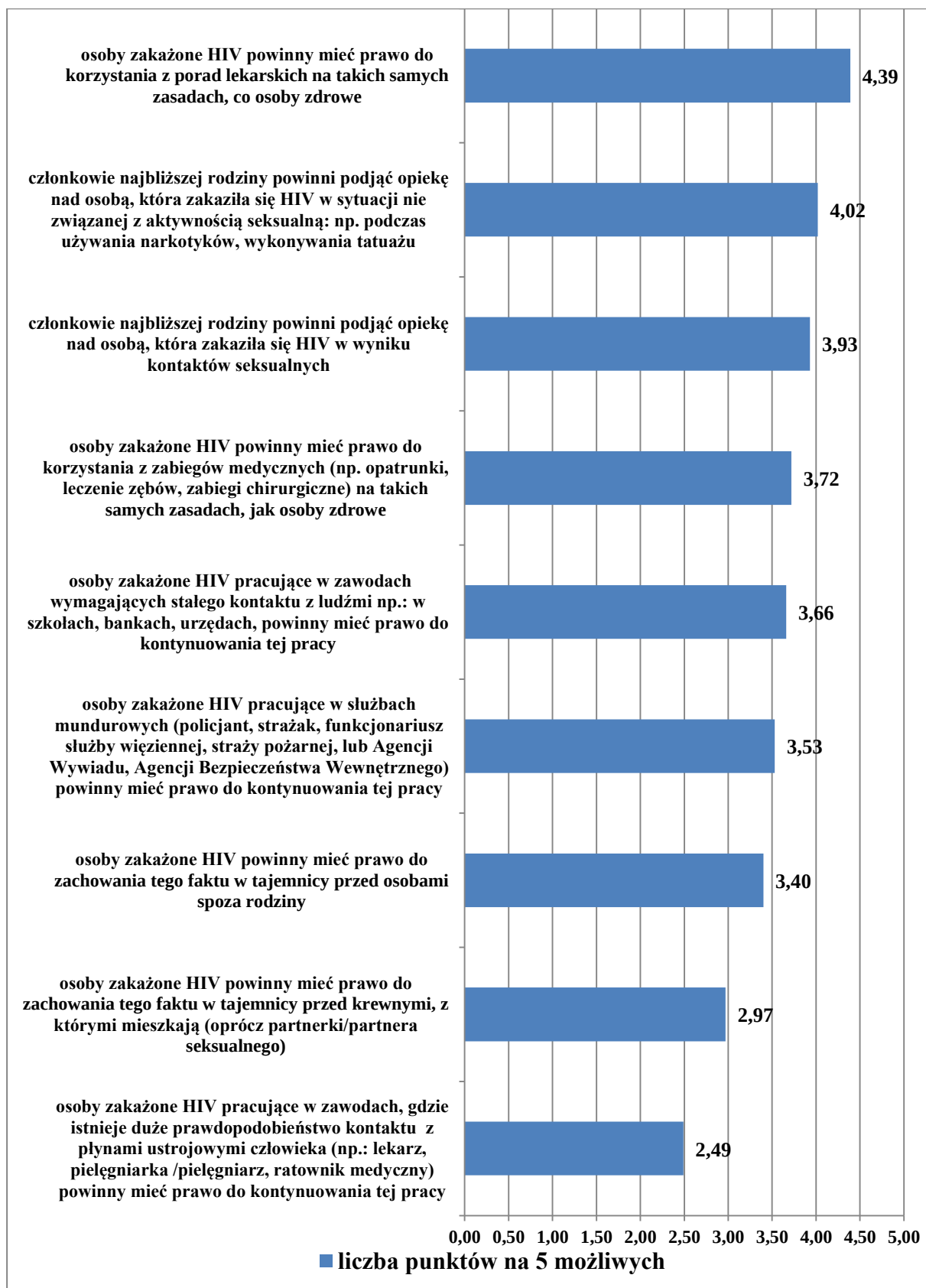
Podczas badania opinii studentów podkarpackich uczelni na temat osób żyjących z HIV i AIDS wykorzystano przyjęty przez WHO/UNAIDS wskaźnik dyskryminacji osób żyjących z HIV/AIDS. Zadane pytania dotyczyły czterech wymiarów:

- faktu opieki nad członkiem rodziny zakażonym HIV,
- prawa do utrzymania w tajemnicy przez osobę żyjącą z HIV informacji o zakażeniu,
- prawa do kontynuowania pracy zawodowej przez osobę zakażoną HIV,
- prawa do korzystania z opieki medycznej.

Wskaźniki były oceniane w pięciostopniowej skali (stanowczo tak, raczej tak, trudno powiedzieć, raczej nie, stanowczo nie), gdzie poszczególnym kategoriom skali

³ lista praw została skonstruowana na podstawie listy praw do wypełniania ról społecznych zawartej w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka <http://www.un.org.pl/dokumenty/deklaracja.php> dostęp: 06.02.2019 oraz listy praw zawartych w Rozdziale II Wolności i Prawa Osobiste Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej <http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/2.htm> dostęp: 06.02.2019

przyporządkowano punkty, od 1 do 5, gdzie 5 oznacza pełną akceptację danego prawa osoby zakażonej HIV.



Wykres 12. Wskaźnik dyskryminacji osób żyjących z HIV; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113

Stwierdzono, że respondenci najbardziej akceptują prawa osób zakażonych HIV do korzystania z opieki medycznej, przy czym zdecydowanie wyższą liczbę punktów (4,39 pkt.) zanotowano w przypadku porad lekarskich, niższą (3,72 pkt.) w przypadku zabiegów medycznych.

Badani także często wyrażają przekonanie, iż członkowie najbliższej rodziny powinni zajmować się osobą żyjącą z HIV, jednakże ważny jest sposób zakażenia. W sytuacji, gdzie doszło do niego drogą seksualną wskaźnik aprobaty był niższy (3,93 pkt.) niż w sytuacji niezwiązanej z aktywnością seksualną (4,02 pkt.).

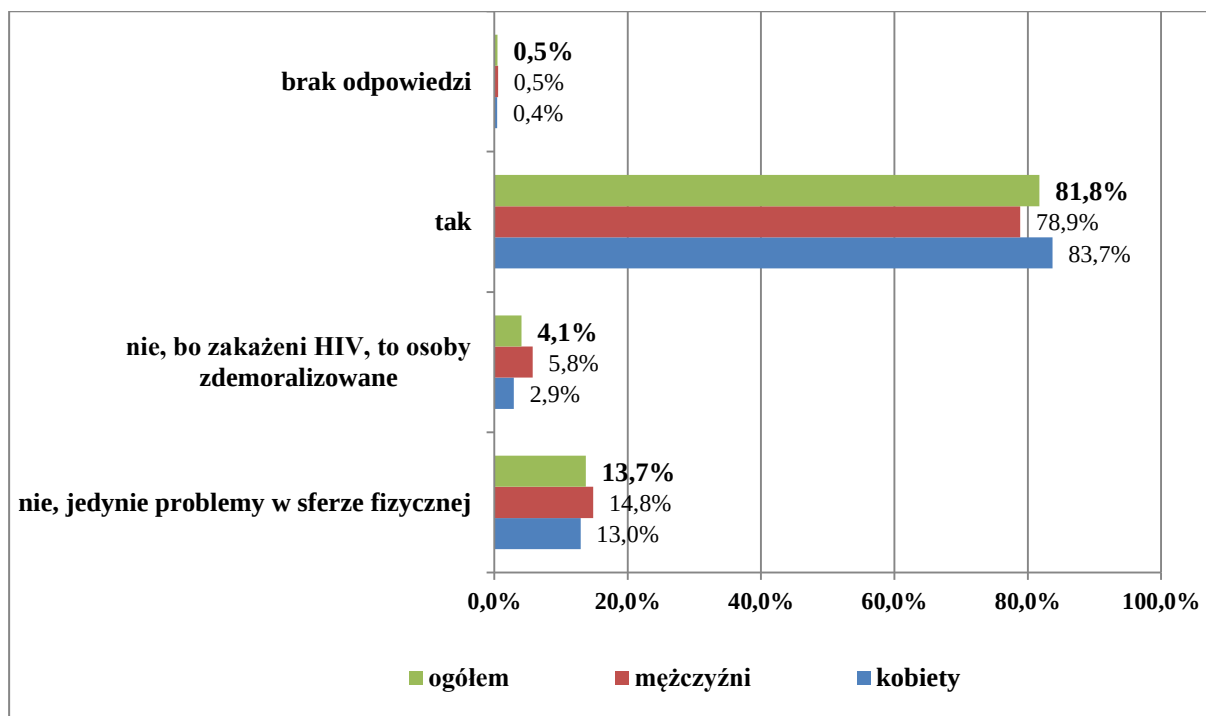
Jeśli chodzi o aprobatę dla kontynuowania przez osobę zakażoną pracy zawodowej, to najwyższa była ona w przypadku pracy w zawodach wymagających stałej relacji z ludźmi, przy czym kontakt fizyczny nie był niezbędny (np. urzędnicy) - 3,66 pkt. Rzadziej akceptowano pracę w służbach mundurowych - 3,53 pkt. Zdecydowanie słabo - 2,49 pkt. -zaopiniowano prawo zakażonych HIV do pracy w zawodach wymagających bezpośredniego kontaktu z ludźmi, gdzie istnieje duże prawdopodobieństwo kontaktu z płynami ustrojowymi (np. zawody medyczne).

Ogółem, respondenci najrzadziej przyznawali osobom żyjącym z HIV prawa do utrzymania swego zakażenia w tajemnicy. Częściej akceptowano niezdradzanie faktu zakażenia osobom spoza rodziny (3,4 pkt.), rzadziej członkom rodziny (2,97 pkt.).

Analiza wskaźnika dyskryminacji osób żyjących ze względu na płeć ujawniła, że nie ma różnic statystycznych pomiędzy odpowiedziami kobiet i mężczyzn. Średnia liczba punktów dla 9 odpowiedzi wyniosła kolejno 3,583 pkt. i 3,542 pkt.

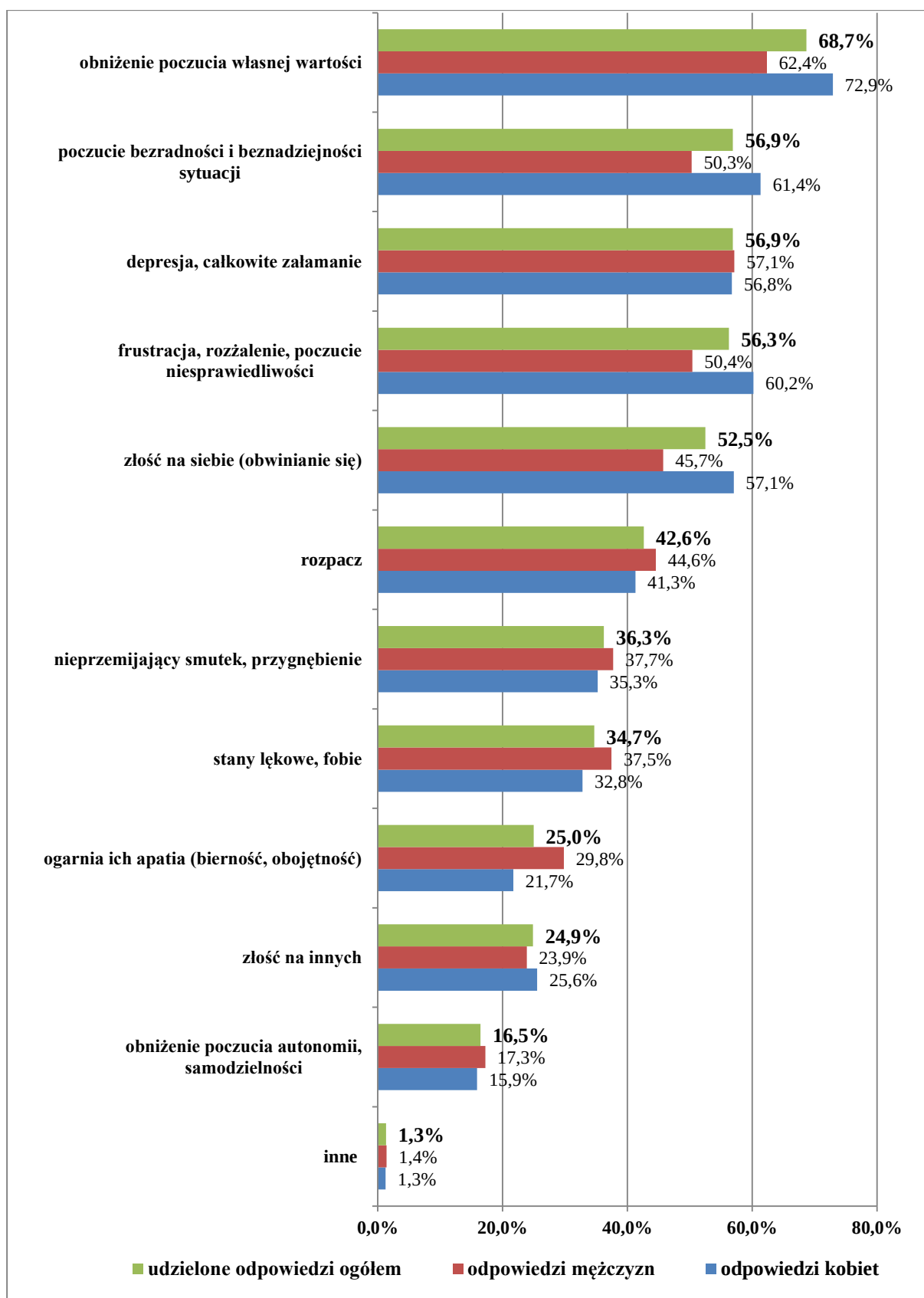
3.2.3. Opinie na temat psychicznych i społecznych konsekwencji zakażeń HIV dla żyjących z HIV i ich rodzin

Opinie na temat psychicznych i społecznych konsekwencji zakażeń HIV dla żyjących z HIV



Wykres 13. Płeć a opinie na temat istnienia negatywnych konsekwencji zakażenia dla żyjących z HIV w sferze psychicznej; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113

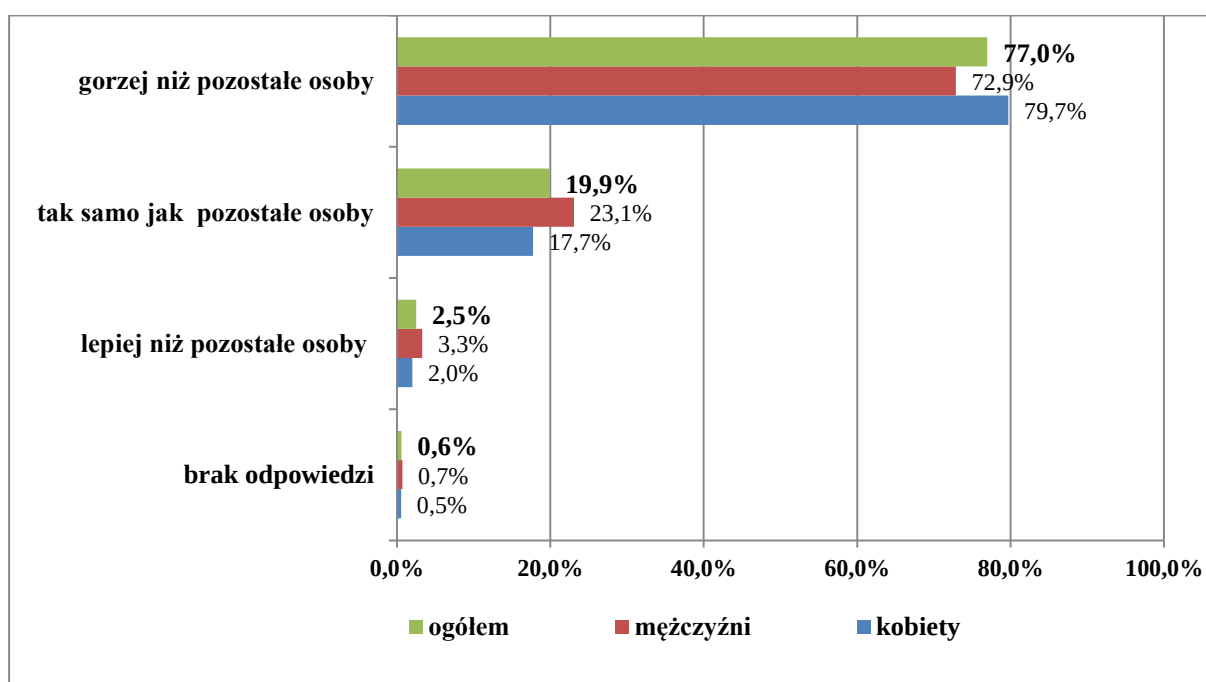
Z wykresu wynika, że studenci mają w większości (81,8%) przekonanie, iż osobę zakażoną HIV dotyczą poważne konsekwencje w sferze psychicznej. Zaskakuje, że niemal 14% uważa, że jest to tylko problem fizyczny. Należy zwrócić uwagę, że ponad 4% badanych - niemal w dwukrotnie wyższym odsetku mężczyźni niż kobiety - jest przekonanych, że zakażeni to osoby zdemoralizowane, zatem nie odczuwają cierpienia psychicznego.



Wykres 14. Płeć a opinie na temat rodzajów psychicznych konsekwencji zakażenia dla żyjących z HIV; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113; wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ było to pytanie wielokrotnego wyboru

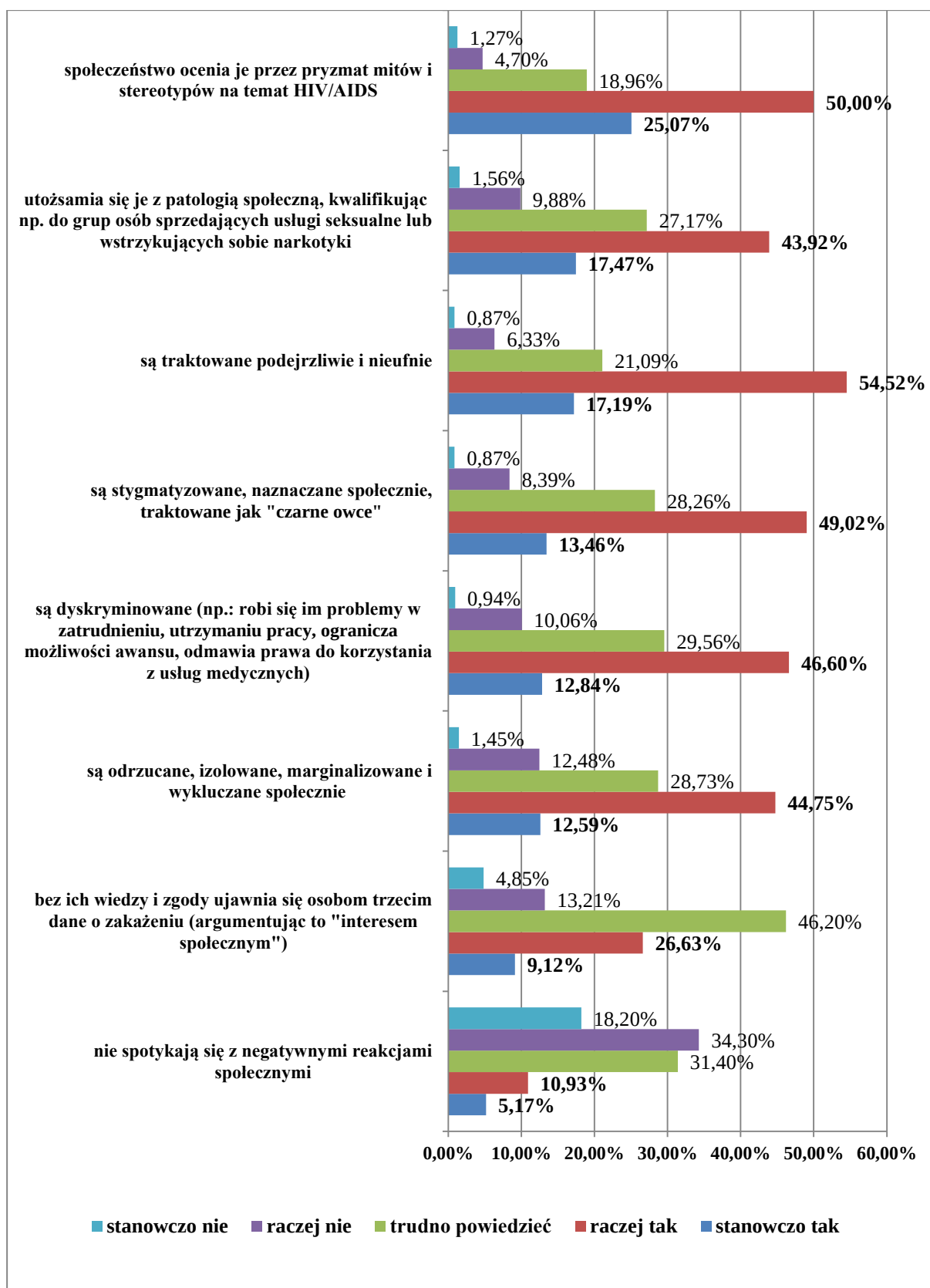
Jak wynika z powyższego wykresu, wśród negatywnych psychicznych konsekwencji, z którymi borykają się zakażeni HIV, najczęściej dostrzegane to: obniżenie poczucia własnej wartości (68,7%), poczucie bezradności i beznadziejności sytuacji (56,9%), depresja (56,9%), frustracja, rozżalenie (56,3%) oraz złość na siebie (52,5%). Zwraca uwagę fakt, iż kobiety w znacznie wyższym odsetku niż mężczyźni wskazywały jako skutki zakażenia obniżenie poczucia własnej wartości, poczucie bezradności, frustrację oraz złość na siebie.

Zdecydowanie niższy odsetek respondentów zwracał uwagę na konsekwencje w postaci pojawiających się stanów lękowych (34,7%), apatię (25%) złość na inne osoby (24,9%) oraz obniżenie poczucia autonomii (16,5%).



Wykres 15. Płeć a opinie na temat istnienia społecznych konsekwencji zakażenia dla żyjących z HIV; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113

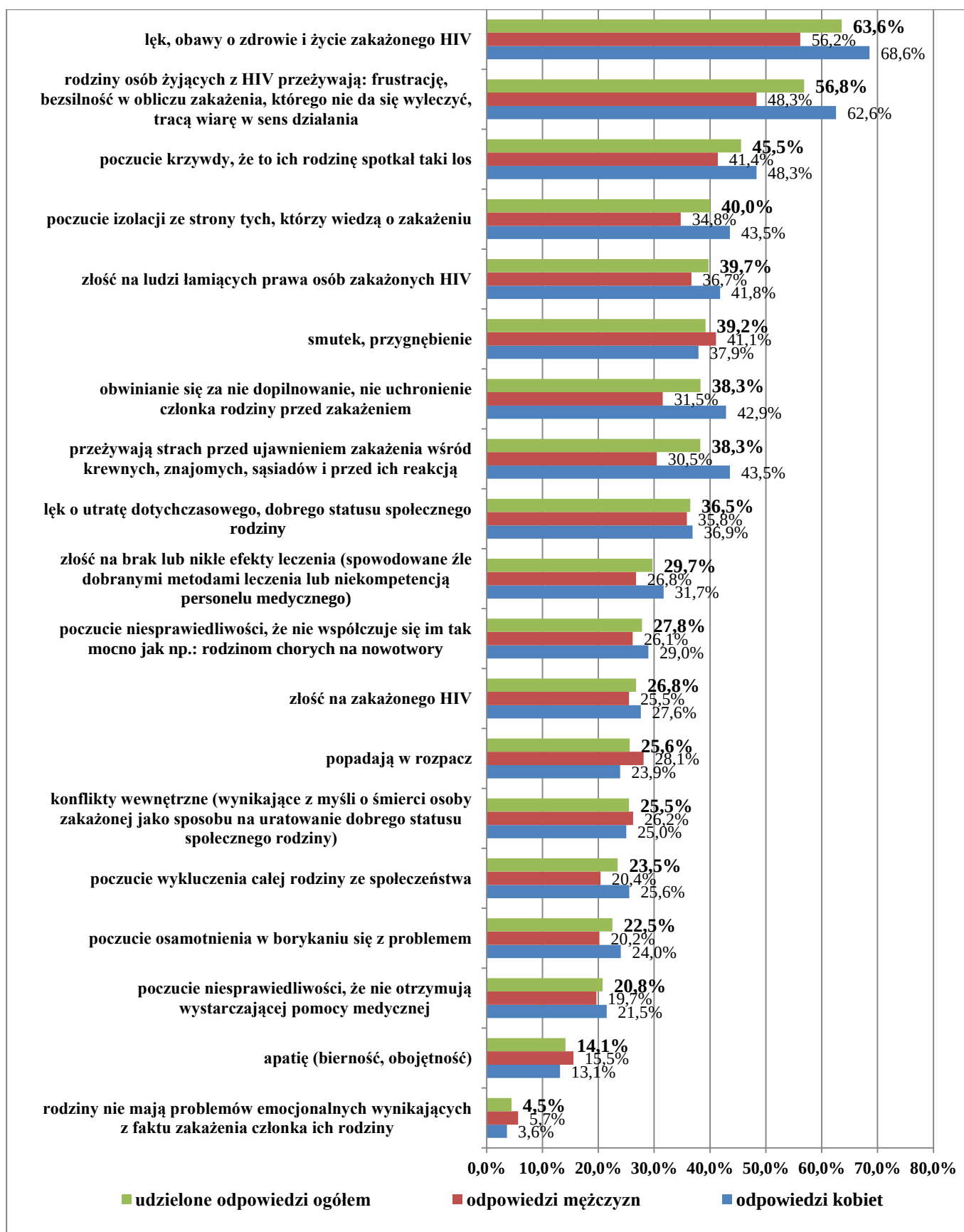
Stwierdzono, że 77% badanych jest przekonane, iż osoby żyjące z HIV są w społeczeństwie traktowane gorzej niż pozostali. Niemal 20% respondentów wyraziło pogląd, że nie ma różnic w odnoszeniu się do osób zakażonych, a 2,5% uważa, że są traktowane nawet lepiej niż reszta społeczeństwa. O braku różnic w odnoszeniu się do osób żyjących z HIV w społeczeństwie lub lepszym traktowaniu w wyższym odsetku są przekonani mężczyźni.



Wykres 16. Opinie na temat rodzajów społecznych reakcji na osoby żyjące z HIV; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113

Zebrany materiał ujawnił, że respondenci za najczęstsze negatywne reakcje społeczne dotyczące osoby żyjącej z HIV uznali oceny oparte na mitach i stereotypach (75,1% odpowiedzi twierdzących). Wysoki odsetek badanych (71,7%) zgadza się także z opinią, iż osoby zakażone HIV są traktowane podejrzliwie i nieufnie, stygmatyzowane społecznie (62,5%) oraz z tym, że utożsamia się je z patologią społeczną (61,4%). Tylko 16,1% studentów jest zdania, iż zakażeni HIV nie spotykają się z przykrymi reakcjami społecznymi.

**Opinie na temat psychicznych i społecznych konsekwencji zakażeń HIV
dla rodzin osób żyjących z HIV**

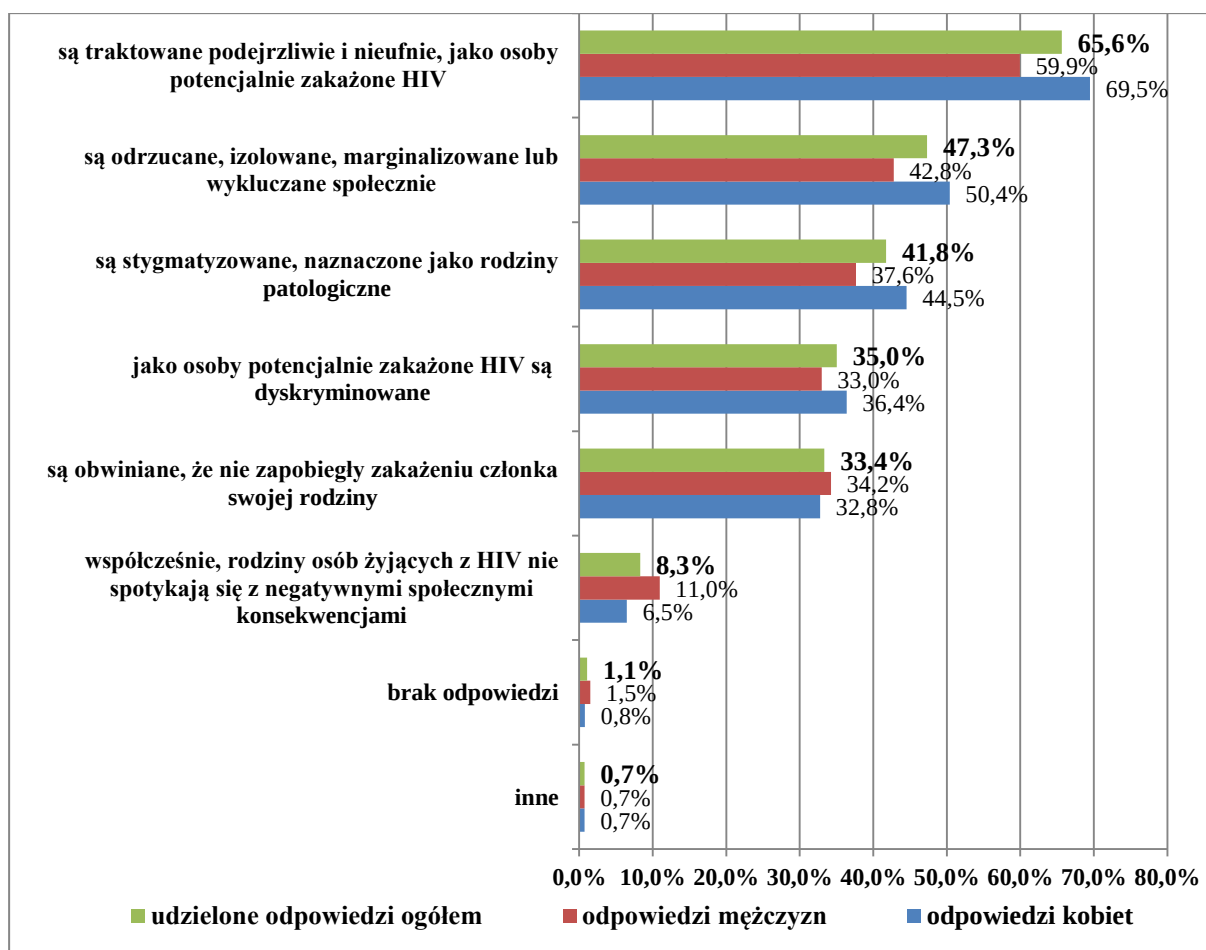


Wykres 17. Płeć a opinie na temat rodzajów psychicznych konsekwencji zakażenia dla rodzin osób żyjących z HIV; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113; wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ było to pytanie wielokrotnego wyboru

Z opinii studentów wynika, że jedynie 4,5% z nich (w znacznie wyższym odsetku mężczyźni niż kobiety) uważa, iż rodziny osób żyjących z HIV nie przeżywają żadnych problemów emocjonalnych. Z udzielonych odpowiedzi wynika, że do najczęstszych psychicznych konsekwencji, które dotyczą rodzinę osoby zakażonej HIV respondenci zaliczają: lęk o zdrowie zakażonego (63,6%), frustrację wynikającą z braku możliwości wyleczenia (56,8%), poczucie krzywdy, że to właśnie ich rodzinę spotkał taki los (45,5%).

Analizując zebrane wyniki można wnioskować, że respondenci są zdania, iż głównymi psychicznymi konsekwencjami dla członków rodziny są różnego rodzaju lęki: o życie i zdrowie zakażonego, o to, iż o fakcie zakażenia dowiedzą się krewni, znajomi, ale także lęk o utratę obecnego statusu społecznego rodziny. Wysoki odsetek respondentów jest także przekonany, iż krewni osób zakażonych przeżywają wielkie konflikty wewnętrzne: frustrację i bezsilność w sytuacji niemożności wyleczenia zakażenia, obwinianie się za nieuchronienie swojego krewnego przez zakażeniem się, aż wreszcie konflikty przeżywane w wyniku pojawiającego się pragnienia śmierci zakażonego członka rodziny jako sposobu na uratowanie dobrego statusu rodziny.

Zdecydowanie niższy odsetek badanych studentów wyraża poglądy, że członkowie rodziny osoby żyjącej z HIV przeżywają załamanie, że ogarnia ich apatia, smutek, przygnębienie, wpadają w rozpacz.

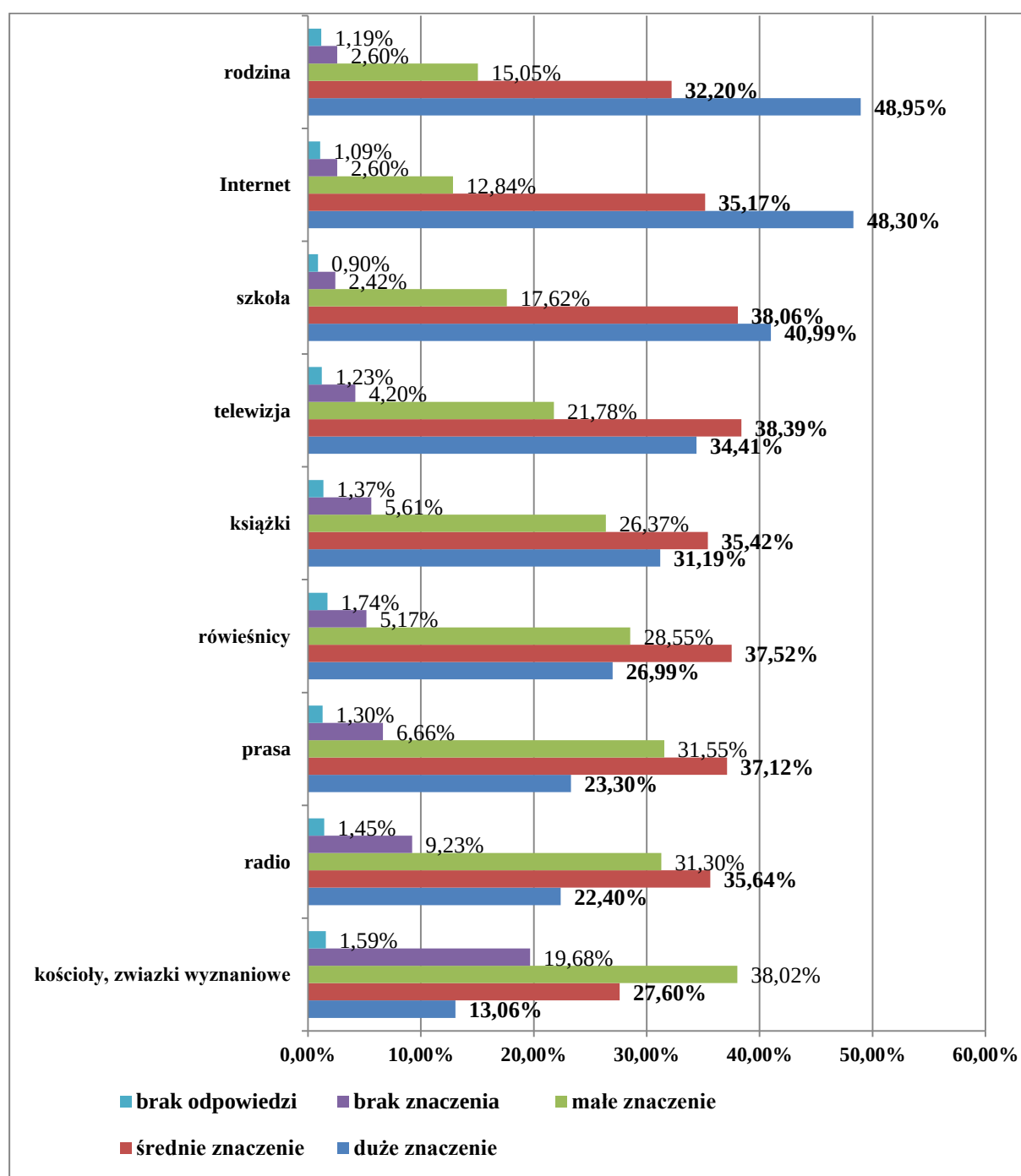


Wykres 18. Płeć a opinie na temat rodzajów społecznych reakcji na rodziny osób żyjących z HIV; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113; wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ było to pytanie wielokrotnego wyboru

Z powyższego wykresu wynika, iż w opiniach badanych społeczeństwo traktuje osoby spokrewnione z zakażonymi w sposób podejrzliwy - jako osoby potencjalnie zakażone HIV (65,6%). Respondenci wyrażają także pogląd, iż są one marginalizowane i wykluczane społecznie (47,3%) oraz stygmatyzowane jako rodziny patologiczne (41,8%). W wynikach zwraca uwagę fakt, iż respondenci w znacznie niższym odsetku (33,4%) są przekonani, iż rodziny osób żyjących z HIV są obwiniane przez społeczeństwo, że nie zapobiegły zakażeniu.

Należy podkreślić, że tylko 8,3% respondentów jest zdania, iż krewni zakażonych nie spotykają się z negatywnymi reakcjami społecznymi.

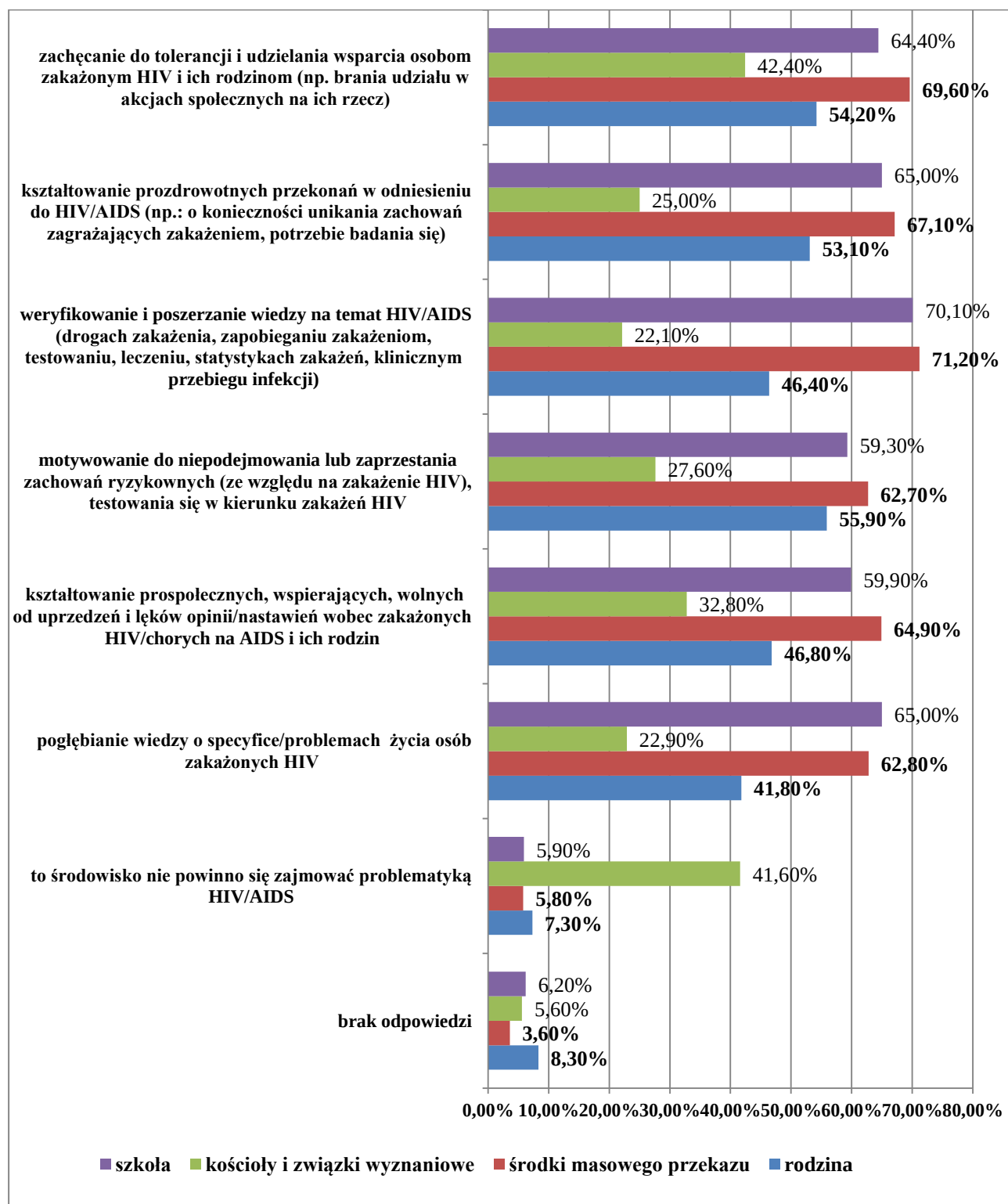
3.2.4. Opinie na temat roli podstawowych agend socjalizacyjnych w zapobieganiu zakażeniom HIV i zwalczaniu AIDS



Wykres 19. Opinie na temat potencjału oddziaływań profilaktycznych w zapobieganiu zakażeniom HIV i zwalczaniu AIDS przez różne środowiska wychowawcze; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113

Z opinii respondentów wynika jasno, że największe potencjalne możliwości w zapobieganiu zakażeniom HIV i przeciwdziałaniu AIDS mają dwie agendy socjalizacyjne: Internet i rodzina (suma zaznaczeń duże i średnie znaczenie wyniosła kolejno 83,47%

i 81,1%). Niewielkie znaczenie zdaniem respondentów mają takie środki masowego przekazu jak prasa oraz radio. Należy podkreślić, że aż 57,7% studentów jest przekonane, że rola kościołów i związków wyznaniowych w profilaktyce HIV/AIDS jest mała, a nawet żadna.



Wykres 20. Opinie na temat celów profilaktyki HIV/AIDS, które powinny realizować poszczególne agendy socjalizacyjne; badani: ogółem N=2764; wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ było to pytanie wielokrotnego wyboru

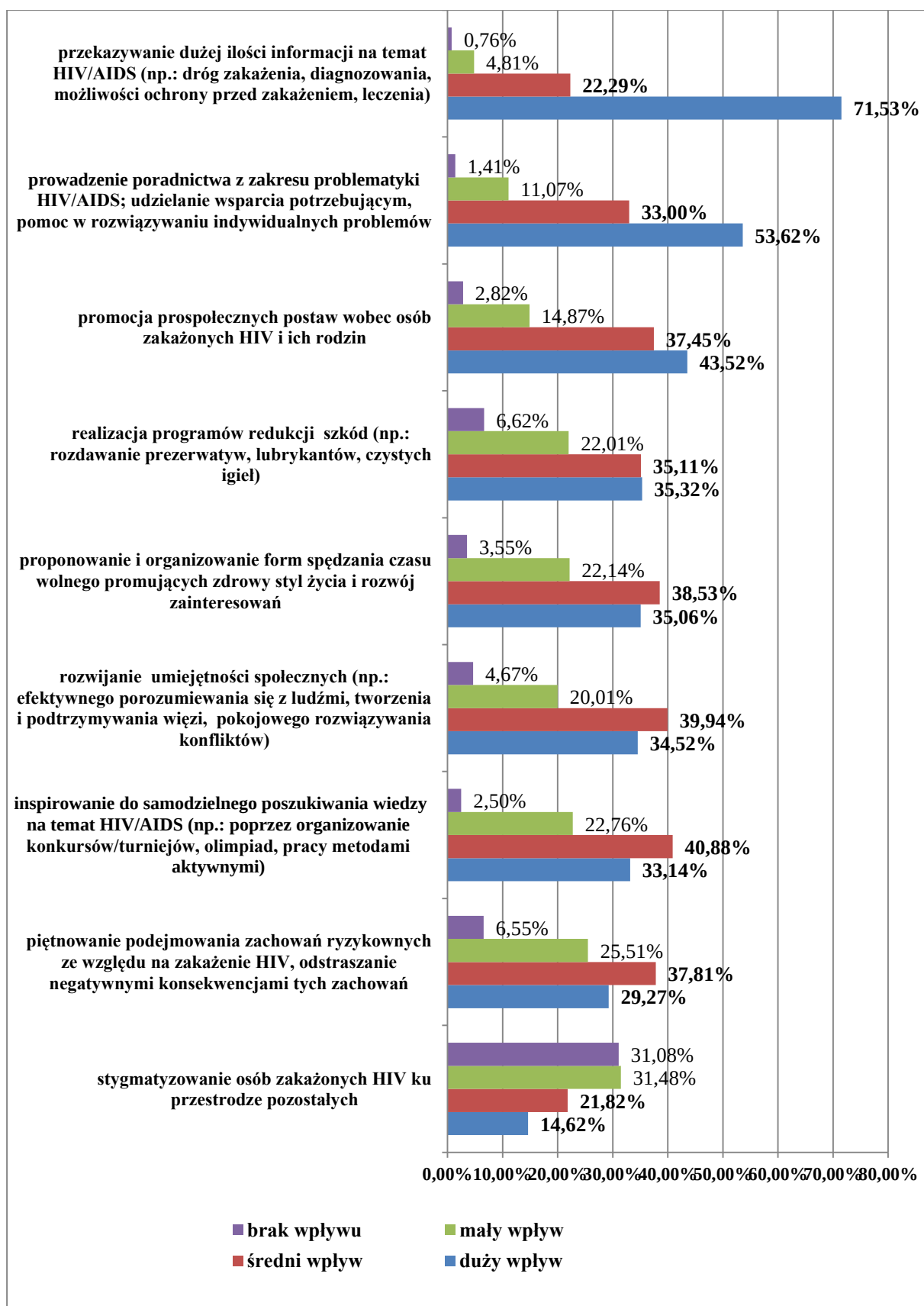
Z danych zawartych na powyższym wykresie widać, że respondenci są przekonani o tym, że zarówno rodzina, szkoła, jak i środki masowego przekazu powinny realizować cele profilaktyki HIV/AIDS. Jedynie w odniesieniu do kościoła i związków wyznaniowych aż 41,6% osób uważa, iż powinny one zrezygnować z tej działalności.

Wśród celów eksponowano przede wszystkim konieczność promowania tolerancji i udzielania wsparcia osobom zakażonym HIV i ich rodzinom (średnia dla wszystkich agend socjalizacyjnych 57,6%). Często podkreślano także ważność kształtowania prozdrowotnych przekonań w odniesieniu do HIV/AIDS (średnia 52,6%) oraz weryfikowanie i poszerzanie wiedzy na temat HIV/AIDS (średnia 52,5%).

Należy zwrócić uwagę, że w opiniach studentów większość celów profilaktyki HIV/AIDS mają realizować przede wszystkim media i szkoła. Zwracają przy tym uwagę, że chodzi głównie o weryfikowanie i poszerzanie wiedzy o HIV AIDS (kolejno 71,2% i 70,1%), zachęcanie do tolerancji i udzielania wsparcia osobom zakażonym HIV i ich rodzinom (kolejno 69,6% i 64,4%), kształtowanie prozdrowotnych przekonań w odniesieniu do HIV/AIDS (kolejno 67,1% i 65,0%) oraz pogłębianie wiedzy o specyfice i problemach życia osób zakażonych HIV (kolejno 62,8% i 65,0%).

Od rodziny badani oczekują przede wszystkim motywowania swych członków do niepodjęcia lub zaprzestania zachowań ryzykownych i testowania się w kierunku zakażeń HIV (55,9%), zachęcania do tolerancji i udzielania wsparcia osobom zakażonym HIV i ich rodzinom (54,2%) oraz kształtowania prozdrowotnych przekonań w odniesieniu do HIV/AIDS (53,1%).

Odnosnie celów profilaktyki realizowanej przez kościół i związki wyznaniowe, to najczęściej akcentowano zachęcanie do tolerancji i udzielania wsparcia osobom zakażonym HIV i ich rodzinom (42,4%)

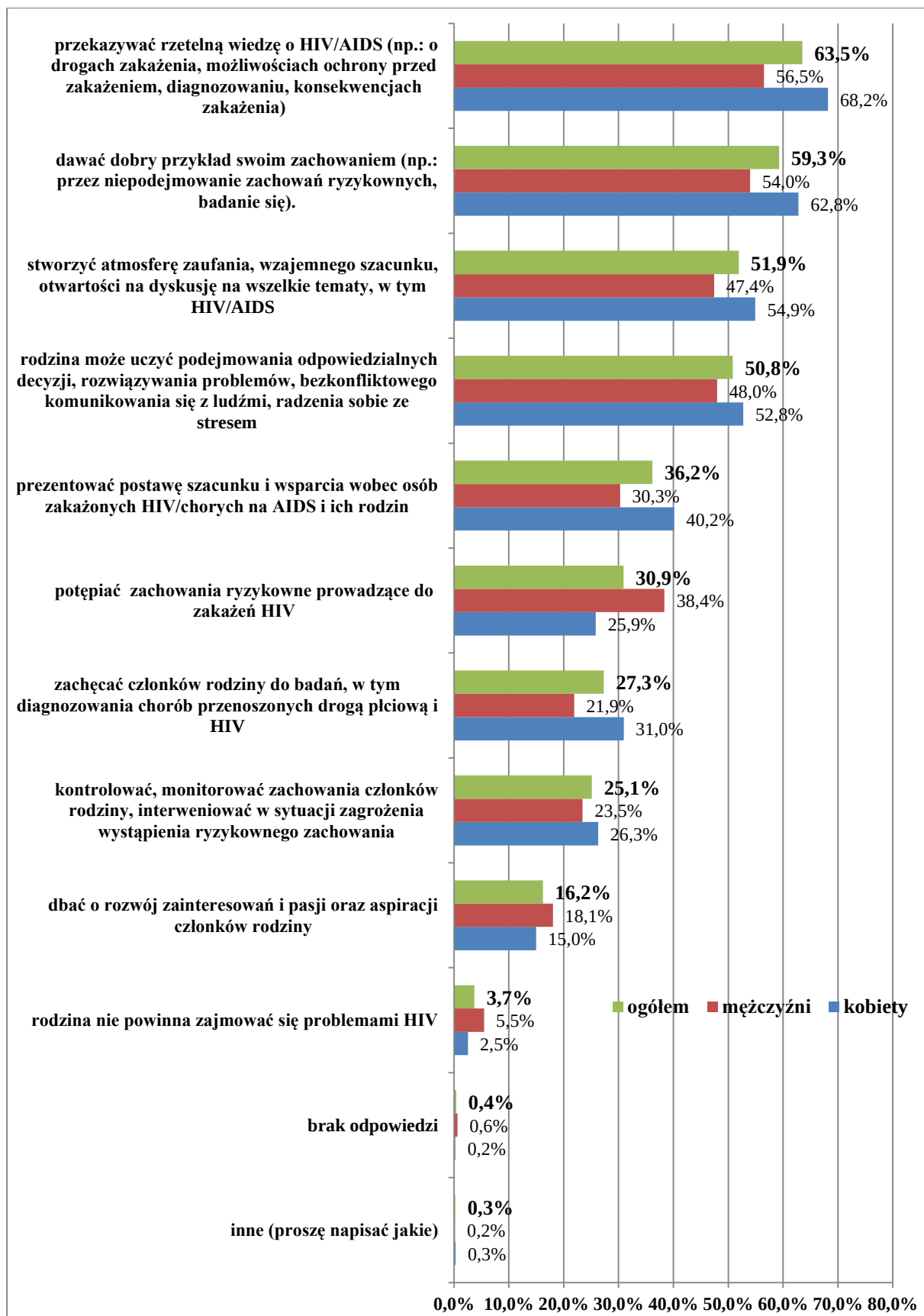


Wykres 21. Ocena skuteczności różnych modeli oddziaływań profilaktycznych w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS; badani: ogółem N=2764

Z danych zawarych na powyższym wykresie wynika, że w obszarze profilaktyki HIV/AIDS, badani studenci są przekonani o dużej efektywności działań o charakterze informacyjnym (na ich duży i średni wpływ wskazało niemal 94%). Za wysoce skuteczne uznali oni także działania interwencyjne: prowadzenie poradnictwa w zakresie HIV/AIDS i udzielanie wsparcia potrzebującym (na duży i średni wpływ wskazało 86,6%). Ważne jest, iż respondenci docenili wagę działań promujących prospołeczne postawy wobec zakażonych HIV oraz ich rodzin (jako duży lub średni wpływ tych działań oceniło 81% badanych).

Należy zwrócić uwagę, iż znacznie niższy odsetek studentów uznaje wysoką rangę działań edukacyjnych, np. promocję zdrowego stylu życia czy też rozwijanie umiejętności społecznych.

Zastanawiający jest fakt, że wysoki odsetek respondentów jest przekonany o skuteczności działań odstraszających. Niemal 30% wyraża opinię, iż duży wpływ na zapobieganie zakażeniom HIV i zwalczanie AIDS ma piętnowanie ryzykownych zachowań i straszenie ich konsekwencjami, zaś 14,6%, że dobry efekt przynosi stygmatyzowanie zakażonych.



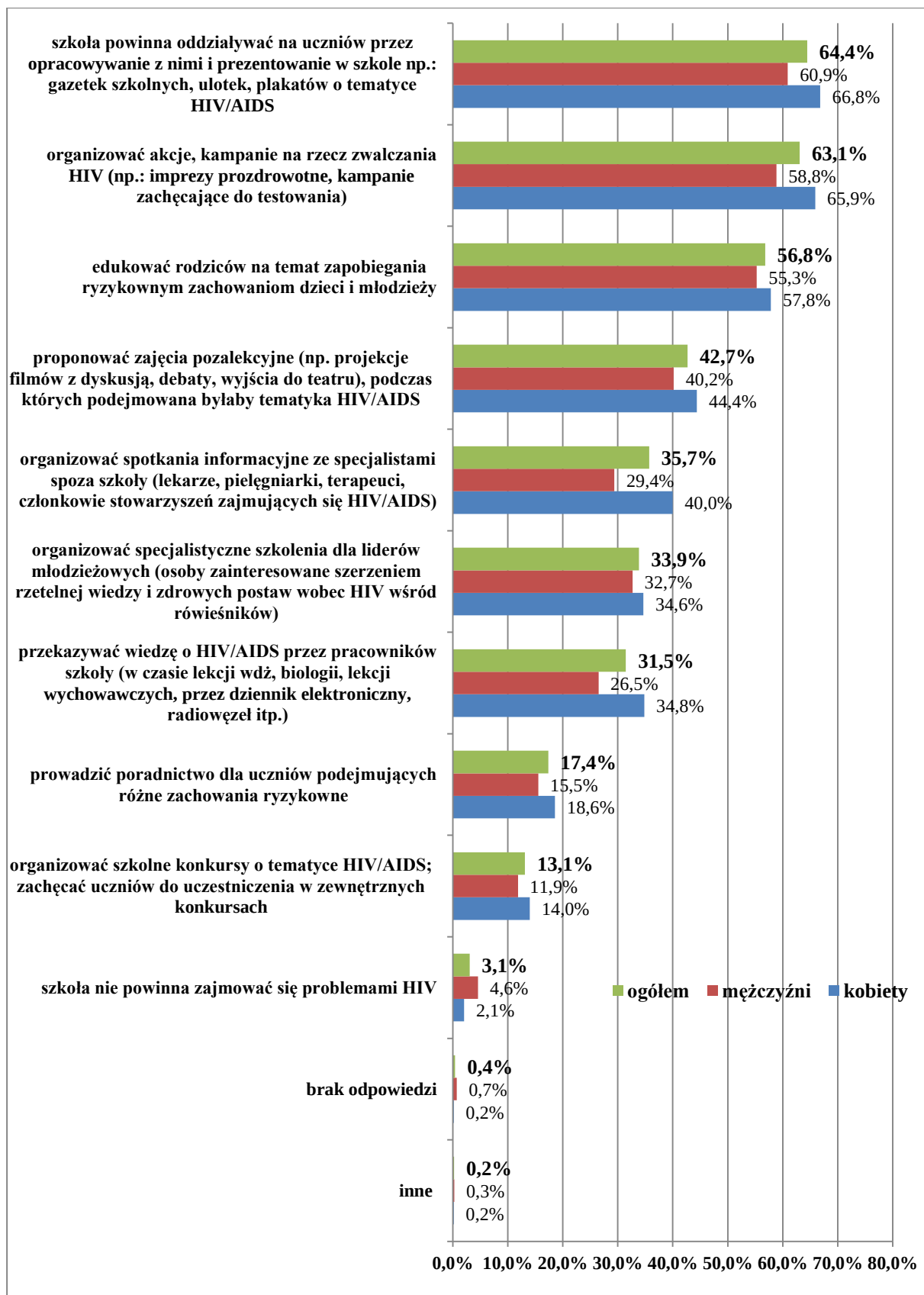
Wykres 22. Płeć a opinie na temat kierunków skutecznej profilaktyki HIV/AIDS realizowanej przez rodzinę; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113; wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ było to pytanie wielokrotnego wyboru

W trakcie badań próbowano ustalić, jakie są opinie studentów odnośnie działań, które podejmowane przez podstawowe agendy socjalizacyjne (rodzinę, szkołę, środki masowego przekazu, kościół i związki wyznaniowe) mogłyby skutecznie przeciwdziałać HIV/AIDS. Ustalono, że tylko kilka procent badanych jest przekonane, że te środowiska socjalizacyjne nie powinny realizować profilaktyki HIV/AIDS.

Stwierdzono, że badani od rodziny oczekują głównie przekazywania rzetelnej wiedzy o HIV/AIDS (63,5%), dobrego przykładu członków rodziny, przede wszystkim niepodjmowania ryzykownych zachowań oraz testowania (59,3%), stwarzania atmosfery zaufania i otwartości na dyskusję o HIV/AIDS (51,9%). Z punktu widzenia respondentów, w kontekście skutecznego zapobiegania zakażeniom HIV, ważne jest też uczenie członków rodziny podejmowania odpowiedzialnych decyzji, rozwiązywania problemów itp. (50,8%).

Badani zdecydowanie rzadziej opowiadają się za organizowaniem systemu kontroli, chroniącego członków rodziny przed zakażeniem HIV (25,1%).

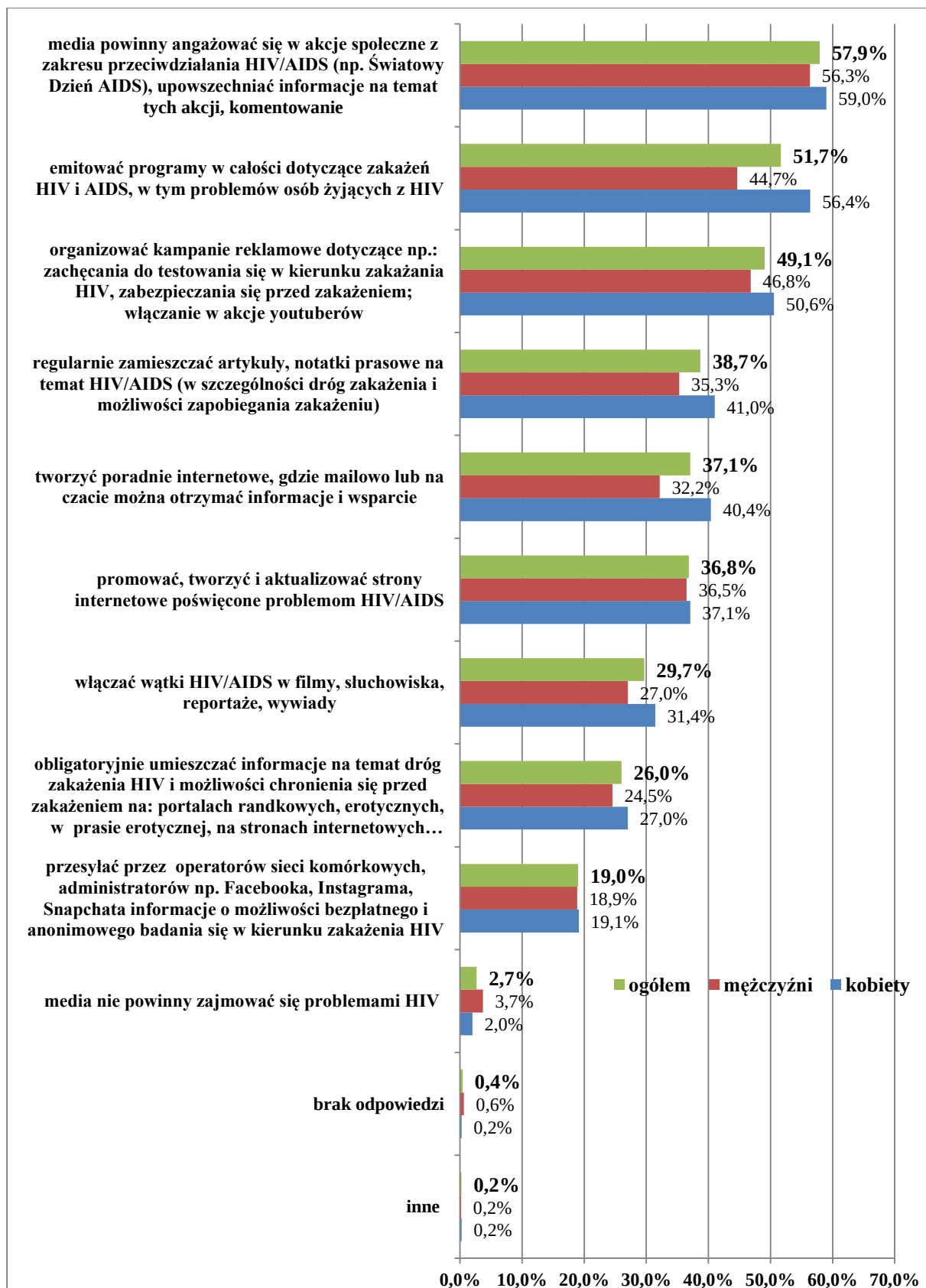
Należy podkreślić, że mężczyźni najbardziej różnili się od kobiet w odpowiedziach dotyczących potępiania ryzykownych zachowań, mogących skutkować zakażeniem. Mężczyźni w półtorakrotnie wyższym odsetku popierali ganień tych zachowań (kolejno 38,4% i 25,9%) jako skutecznego środka przeciwdziałającego HIV/AIDS.



Wykres 23. Płeć a opinie na temat kierunków skutecznej profilaktyki HIV/AIDS realizowanej przez szkołę; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113; wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ było to pytanie wielokrotnego wyboru

Z dostępnych danych wynika, że skuteczną profilaktykę HIV/AIDS w szkole mają zdaniem respondentów zagwarantować prace projektowe realizowane wraz z uczniami (gazetki, ulotki i plakaty) dotyczące HIV/AIDS (64,4%), organizacja akcji profilaktycznych na terenie szkoły (63,1%) oraz praca z rodzicami polegająca na edukowaniu ich w jakiś sposób mogliby zapobiegać podejmowaniu ryzykownych zachowań przez ich dzieci (56,8%).

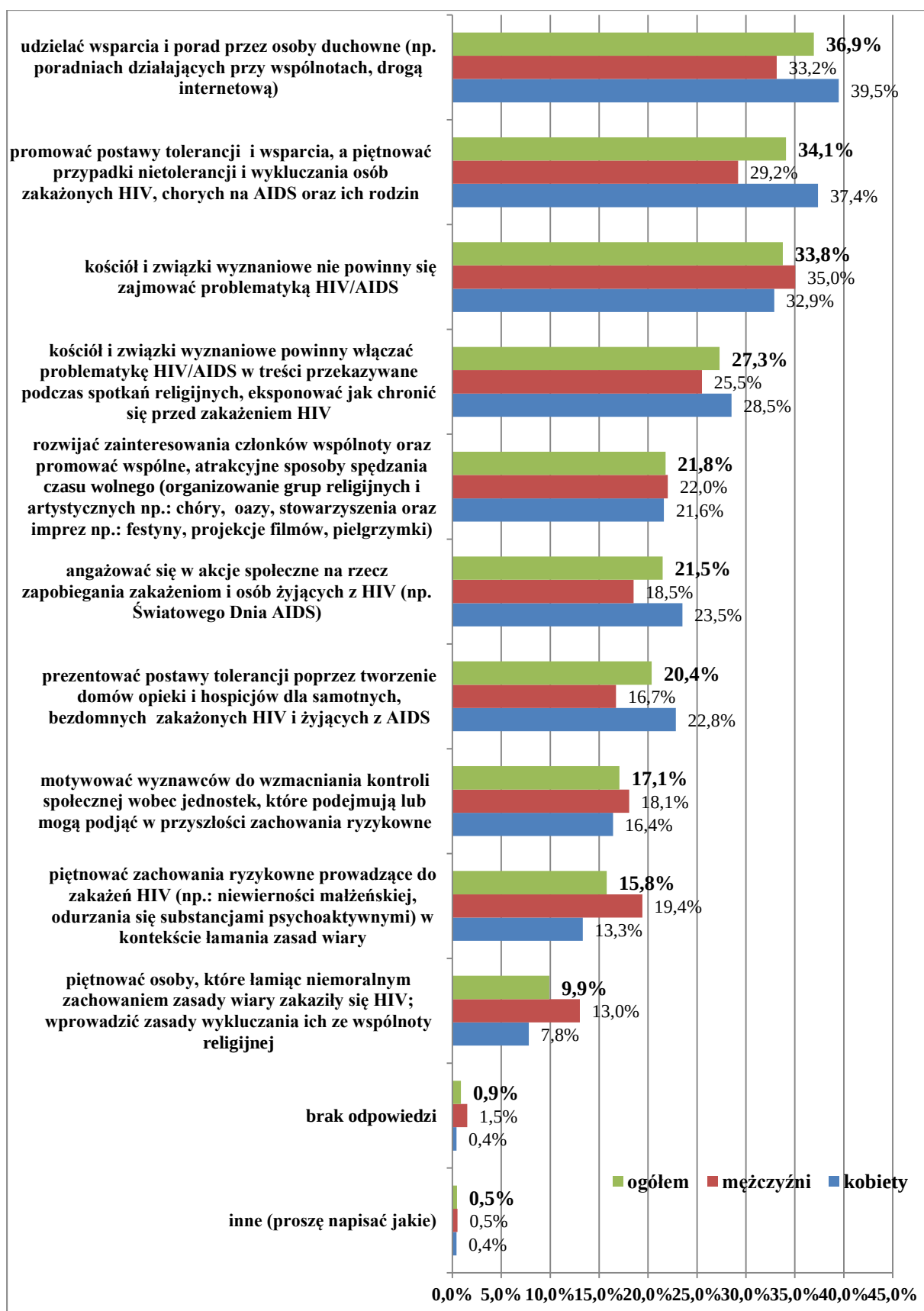
Zdecydowanie niższy odsetek respondentów jest przekonany o efektywności takich działań jak poradnictwo dla uczniów oraz organizowanie szkolnych lub pozaszkolnych konkursów odnośnie zagadnień dotyczących HIV/AIDS.



Wykres 24. Płeć a opinie na temat kierunków skutecznej profilaktyki HIV/AIDS realizowanej przez środki masowego przekazu; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113; wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ było to pytanie wielokrotnego wyboru

Zebrane wyniki pokazują, że znaczna część respondentów jest przekonana o możliwości realizowania skutecznej profilaktyki HIV/AIDS przez środki masowego przekazu. Najefektywniejsze ich zdaniem kierunki działań to angażowanie się w społeczne akcje, np. Światowy Dzień AIDS (57,9%), oraz emisje programów poświęconych w całości problemowi HIV/AIDS, w szczególności problemom osób żyjących z HIV (51,7%). Istotne znaczenie w opiniach studentów mają też kampanie reklamowe dotyczące chronienia przed zakażeniem, zachęcające do testowania się (49,1%).

Zdecydowanie najniższy procent respondentów ocenia jako skuteczne zamieszczanie informacji na temat zakażeń HIV na portalach randkowych, erotycznych itp. (26%) oraz przesyłanie informacji o możliwościach testowania się przez operatorów sieci komórkowych i administratorów portali społecznościowych (19%).



Wykres 25. Płeć a opinie na temat kierunków skutecznej profilaktyki HIV/AIDS realizowanej przez kościoły i związki wyznaniowe; badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113; wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ było to pytanie wielokrotnego wyboru

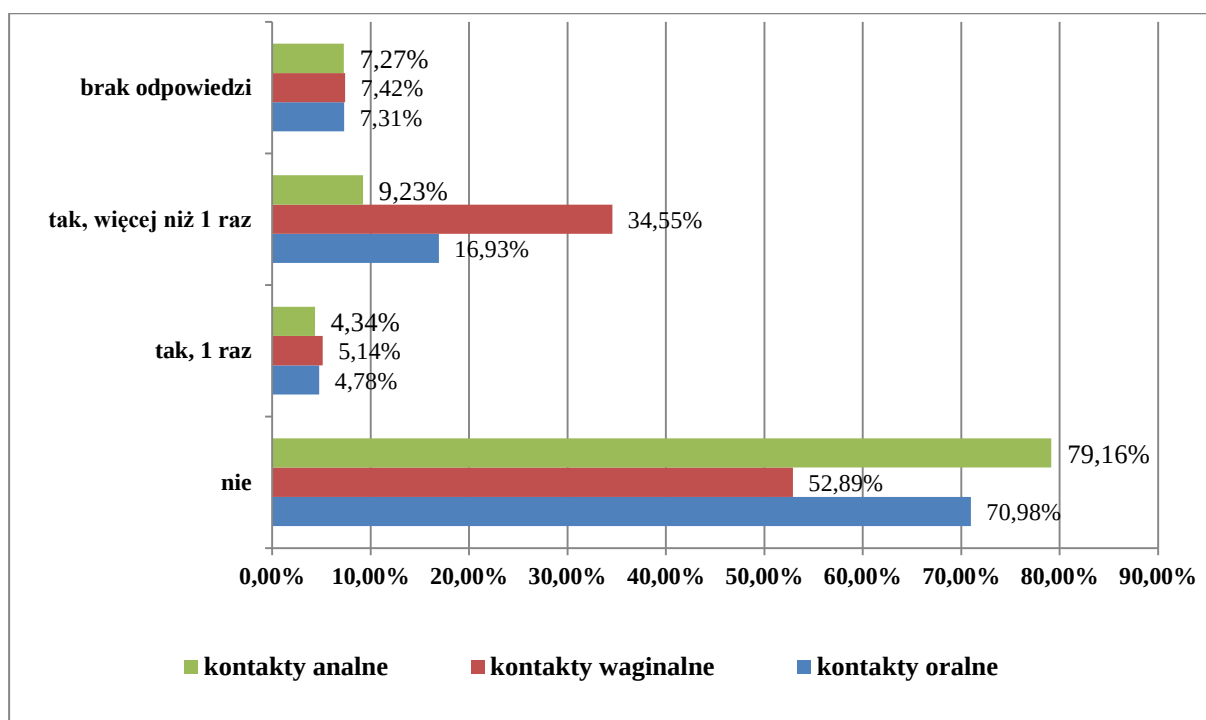
Jak wynika z powyższego wykresu, za najskuteczniejsze formy działań profilaktycznych, które mogłyby realizować kościół i związki wyznaniowe uznano udzielanie wsparcia i służenie poradą (36,9%) oraz prezentowanie postawy tolerancji i jednocześnie piętnowanie przejawów nietolerancji i marginalizowania zakażonych i ich rodzin (34,1%). Zdecydowanie niższy odsetek badanych ma przekonanie o słuszności piętnowania zachowań ryzykownych (15,8%), ale również piętnowania osób, które zakażyły się w wyniku zachowań sprzecznych z zasadami religijnymi (9,9%). Tylko 17,1% respondentów sądzi, że warto motywować wyznawców religii do wzmacniania kontroli nad tymi członkami wspólnoty, którzy z różnych powodów skłonni byłiby podejmować w przyszłości zachowania stwarzające ryzyko zakażenia HIV.

W zaprezentowanych wynikach zwraca uwagę fakt, że 33,8% badanych wyraża opinię, że kościół i związki wyznaniowe wcale nie powinny zajmować się profilaktyką HIV/AIDS.

3.3. Zachowania studentów związane z problemami HIV/AIDS

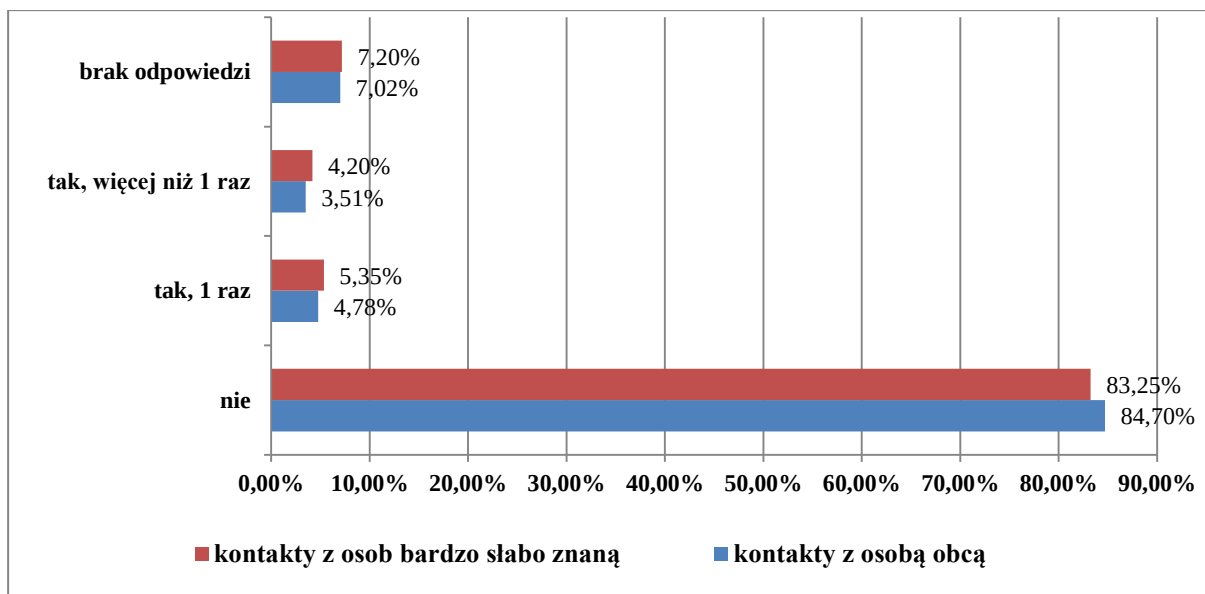
3.3.1. Podejmowanie zachowań stwarzających ryzyko zakażeń HIV

Realizując projekt badawczy "Postawy studentów uczelni podkarpackich wobec HIV/AIDS" usiłowano uzyskać odpowiedź czy respondenci podejmują aktywność, która stwarza ryzyko zakażenia HIV. Pytano o doświadczenia ryzykownych kontaktów seksualnych, kontaktów towarzyskich w stanie upojenia alkoholowego (w tym celu określono szczegółowe wskaźniki stanu upojenia) oraz odurzenia narkotykami, które mogły skutkować np. nieplanowanym, nieświadomym ryzykownym kontaktem seksualnym, doświadczenia używania narkotyków, w tym dożylnego przyjmowania narkotyków, wykonywanie modyfikacji ciała w niesterylnych warunkach, metodą chałupniczą.



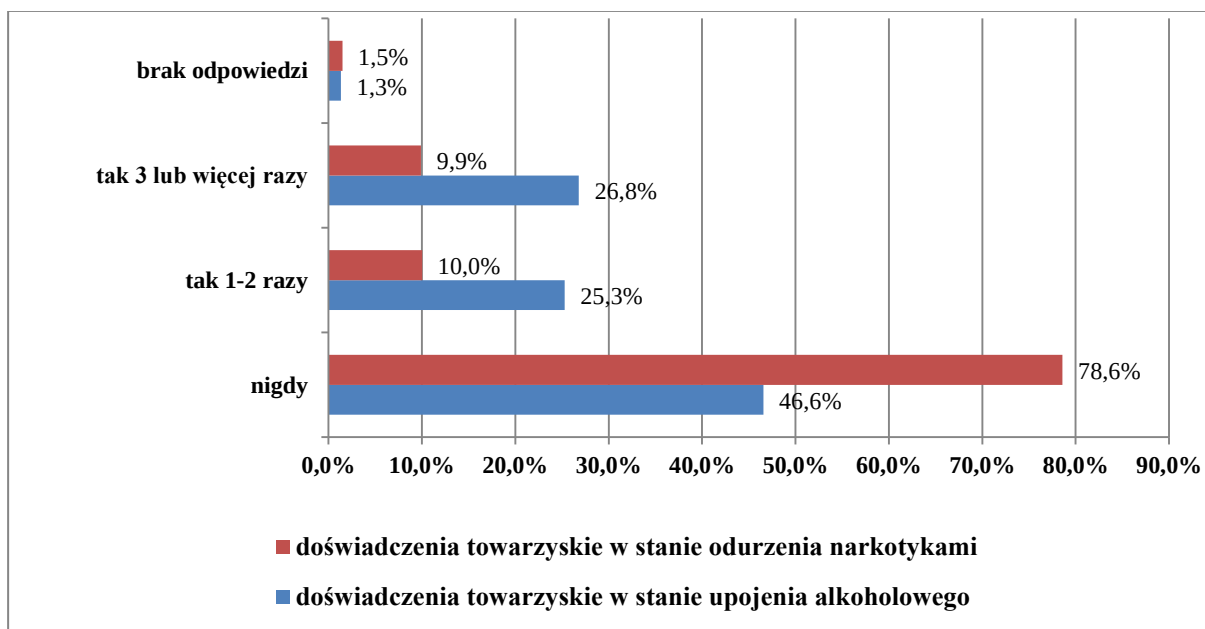
Wykres 26. Doświadczenia kontaktów seksualnych bez użycia prezerwatywy; badani: N=2764

Z deklaracji badanych wynika, że znaczny odsetek respondentów ma doświadczenia niezabezpieczonych kontaktów seksualnych. Najwięcej osób (39,7%) wskazało na kontakty waginalne oraz kontakty oralne (21,7%) bez użycia prezerwatywy, najmniej na kontakty analne (13,6%). Informacje te nabierają większego znaczenia w kontekście deklaracji 28,8% studentów o doświadczeniach seksualnych z więcej niż jednym partnerem seksualnym.



Wykres 27. Doświadczenia niezabezpieczonych kontaktów seksualnych z obcymi lub bardzo słabo znanymi osobami; badani: N=2764.

Znaczny odsetek respondentów udzielił informacji o doświadczeniach seksualnych z zupełnie obcymi (8,3%) lub bardzo słabo znanymi osobami (9,6%), do których dochodziło bez użycia prezerwatywy.

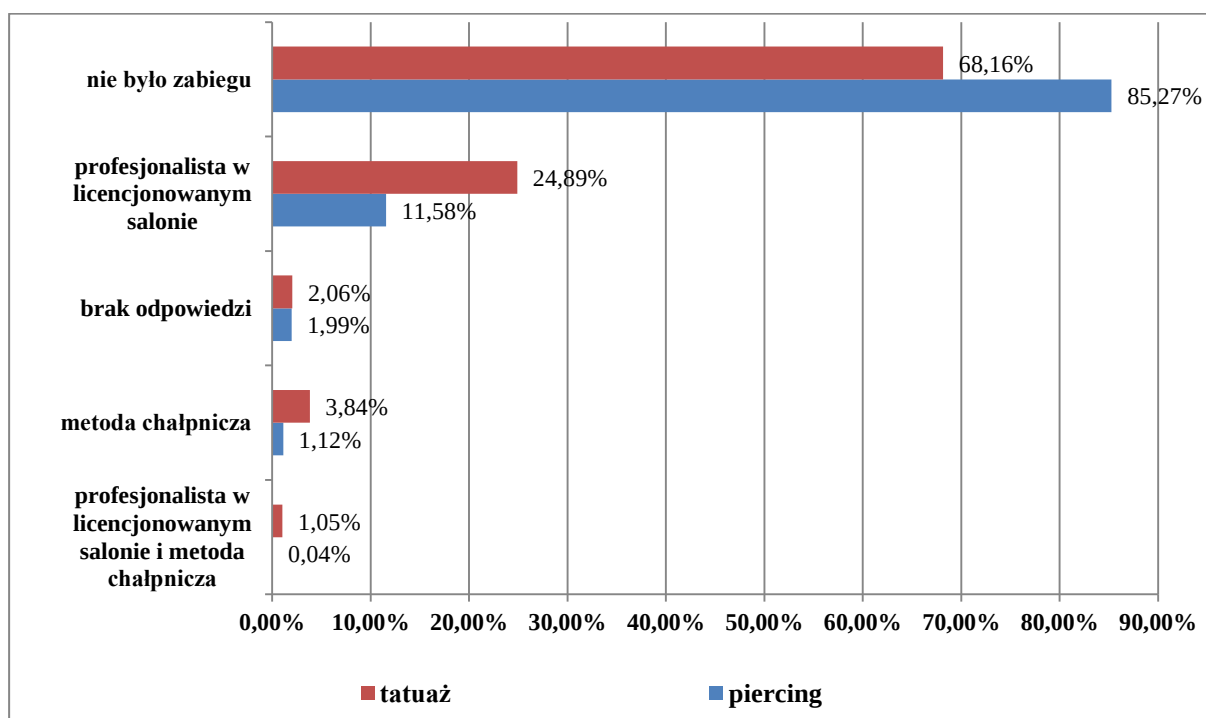


Wykres 28. Doświadczenia spotkań towarzyskich w stanie upojenia alkoholowego lub odurzenia narkotykowego; badani: ogółem N=2764

Z deklaracji studentów wynika, że 52,1% z nich przynajmniej raz brało udział w spotkaniu towarzyskim będąc w stanie upojenia alkoholowego (np. mając spadek sprawności

intelektualnej uniemożliwiający adekwatną ocenę sytuacji, zaburzenia koordynacji ruchowej, zaburzenia mowy, znacznie obniżoną zdolność kontroli swego zachowania itp.).

Spory odsetek respondentów (19,9%) miał doświadczenia towarzyskie będąc po użyciu narkotyków. Ten fakt nie dziwi w kontekście informacji, że znaczny procent studentów wielokrotnie używał różnych substancji odurzających. Najczęściej informowano o przynajmniej kilkukrotnym użyciu marihuany lub haszyszu (23,5% studentów), stymulantów, np. amfetaminy, kokainy, ecstasy (3,8%), odurzaniu się lekami, np. barbituranami lub benzodiazepinami (3,8%) oraz narkotykami "klubowymi" (2,9%). Należy także dodać, że 3,8% respondentów miało przynajmniej jednokrotne doświadczenie dożylnego przyjmowania narkotyków.



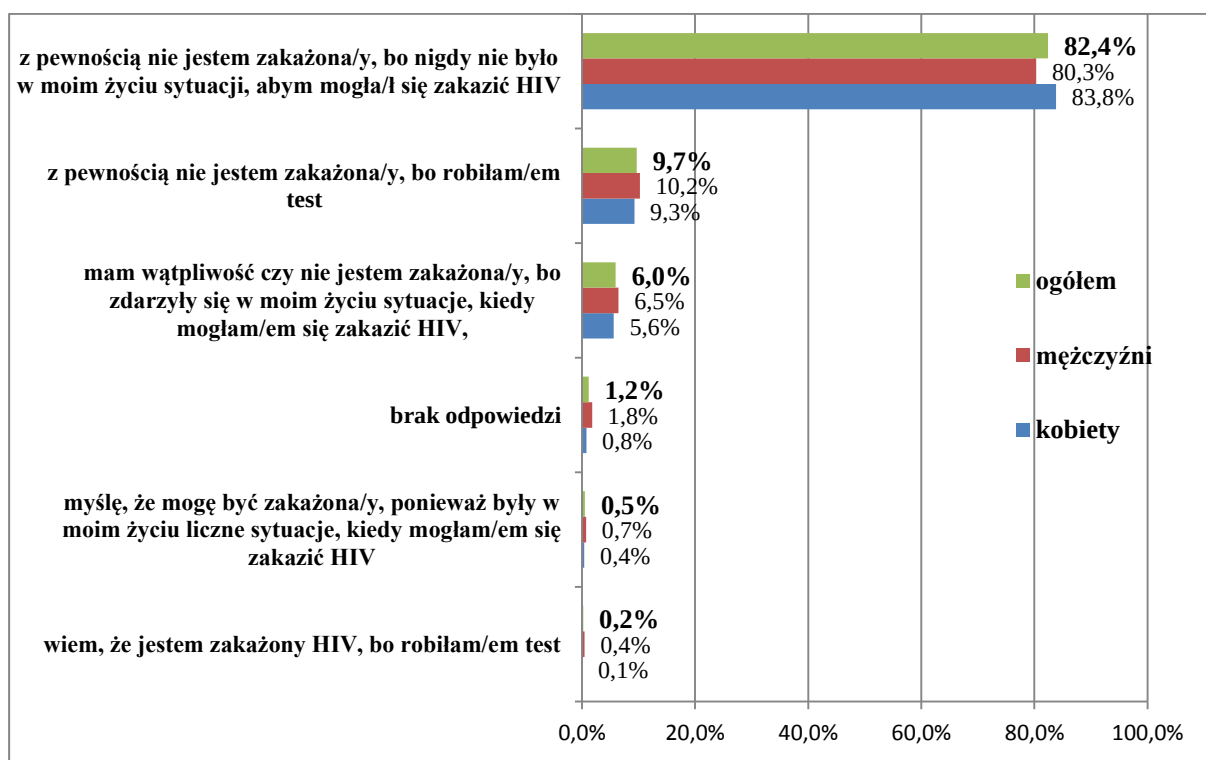
Wykres 29. Wykonywanie zdobień ciała, badani: ogółem N=2764

Na podstawie badań stwierdzono, że spośród ogółu badanych tylko 1,2% wykonywało tatuaże, zaś 4,9% piercing w miejscach, które nie gwarantowały sterylnych procedur zabiegu. Jeśli jednak wziąć pod uwagę tylko osoby, które wykonywały zdobienia ciała, to wówczas odsetek osób modelujących się, upiększających w warunkach "chałupniczych" wynosi kolejno 9,1% oraz 16,4%.

3.3.2. Ocena ryzyka zakażenia HIV w kontekście dotychczasowych doświadczeń życiowych

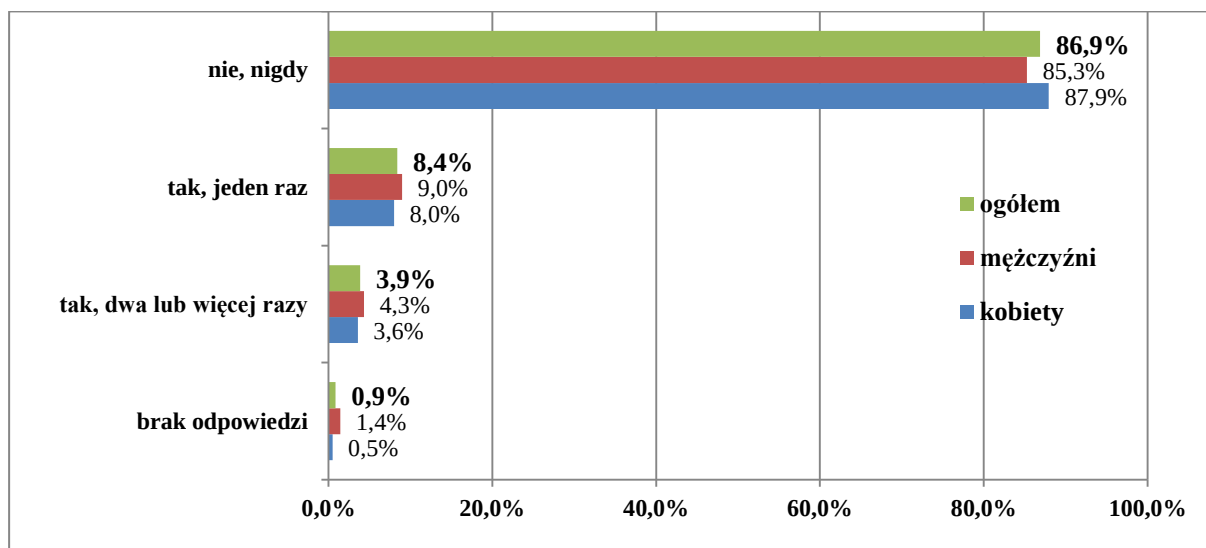
Biorąc pod uwagę deklaracje respondentów o podejmowaniu różnych zachowań, które stwarzają ryzyko zakażenia HIV, istotne wydaje się, czy oni sami odczuwają zagrożenie.

Większość spośród ogółu badanych jest przekonana, iż nie jest zakażona. Argumenty, które podawali respondenci to brak sytuacji, w czasie których mogli się zakazić (82,4%) bądź wykonanie w przeszłości testu na obecność wirusa (9,7%). Tylko 6% studentów ma pewne wątpliwości co do swego statusu serologicznego. Z deklaracji badanych wynika, że 0,5%, biorąc pod uwagę swe doświadczenia życiowe, ma poważne obawy co do swego statusu serologicznego, a 0,2% stwierdza, iż żyje z HIV.



Wykres 30. Płeć a subiektywna ocena własnego statusu serologicznego w kontekście dotychczasowych doświadczeń życiowych, badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113

3.3.3. Doświadczenia diagnozowania zakażenia HIV



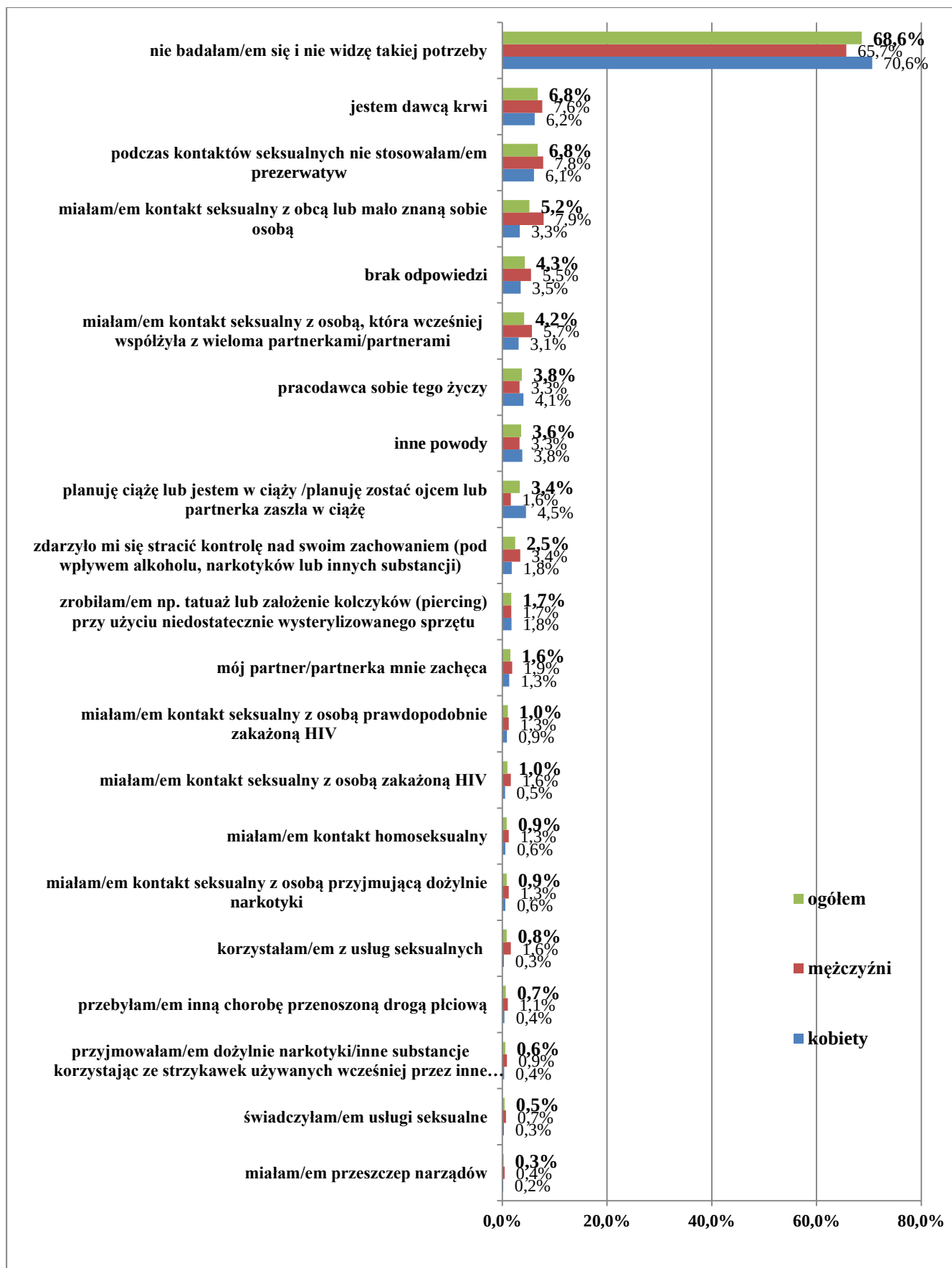
Wykres 31. Pleć a doświadczenia wykonywania testu w kierunku zakażenia HIV, badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113

Z deklaracji studentów wynika, że 12,3% z nich robiło kiedykolwiek test diagnozujący zakażenie HIV. Niemal 87% badanych stwierdziło, że nigdy nie miało takich doświadczeń. Dane pokazały, że co prawda prawie 87% dotychczas nie robiło testu, ale tylko 68,6% (wykres 32.) wyraża pogląd, że nie wykonało testu i nie zauważa potrzeby badania w przyszłości. Widać zatem, że ponad 18% studentów ma jakiś powód, dla którego chciałoby się zbadać.

Na wykresie 32. widać, że wśród motywów, dla których studenci badali się dotychczas lub rozważają testowanie w przyszłości jest przede wszystkim oddawanie krwi (6,8%)⁴ i doświadczenia ryzykownych kontaktów seksualnych. Najczęstsze z nich to: podejmowanie współżycia bez prezerwatywy (6,8%), kontakty z obcymi lub słabo znanymi osobami (5,2%) oraz kontakty seksualne z osobami posiadającymi w przeszłości licznych partnerów seksualnych (4,2%). Znaczny odsetek to badani (2,5%) informujący o tym, że pod wpływem środków psychoaktywnych stracili kontrolę nad własnym zachowaniem i podejrzewają, że podjęli wówczas zachowania ryzykowne.

⁴ znaczny odsetek badanych to studenci nauk medycznych i nauk o zdrowiu zaangażowani w akcję oddawania krwi; dodatkowo na Podkarpaciu popularna jest "Wampirjada" - akcja Niezależnego Zrzeszenia Studentów, promująca studenckie honorowe krwiodawstwo

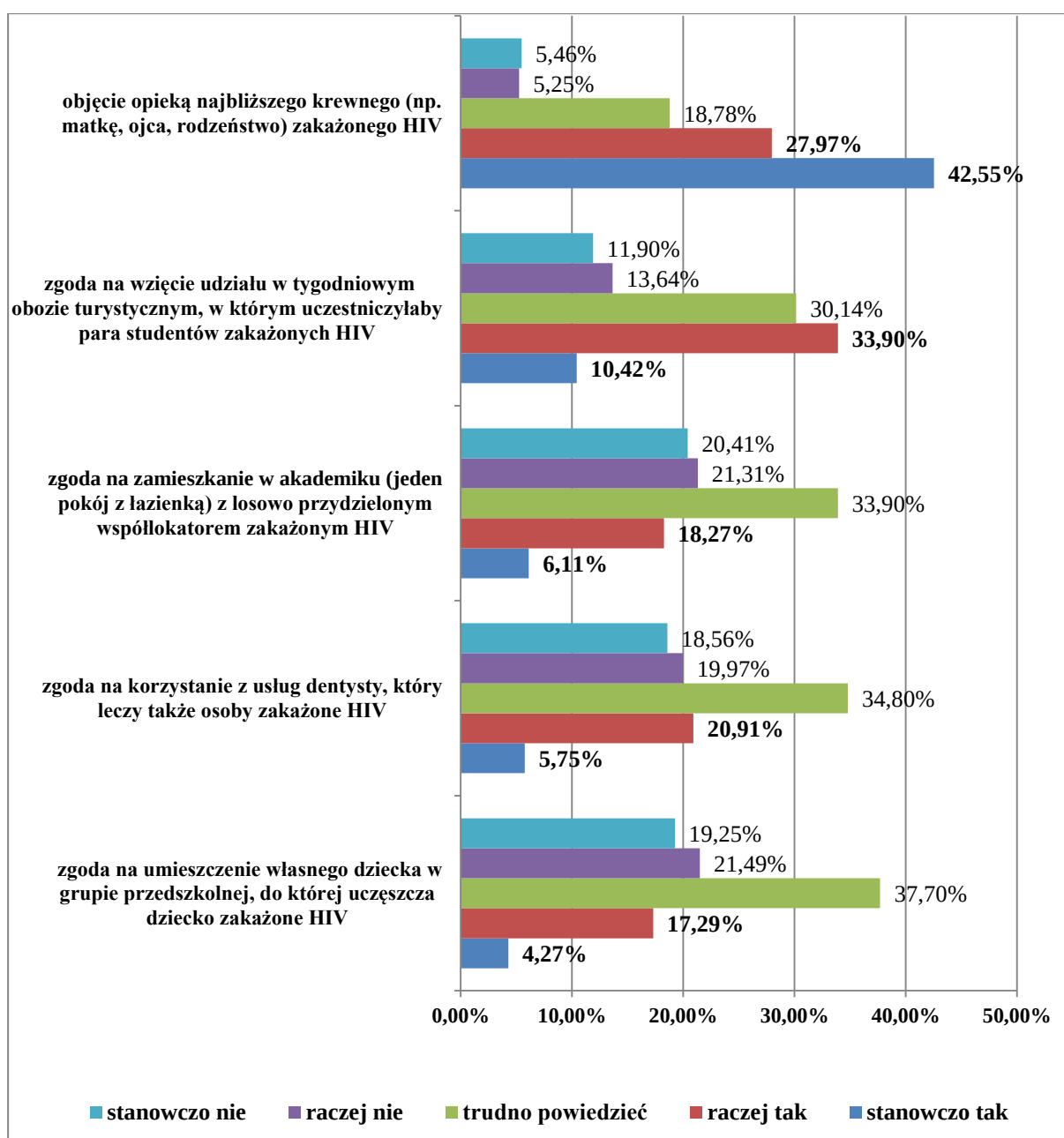
Istotne miejsce wśród motywów wykonania testu lub noszenia się z zamiarem jego wykonania zajmowało polecenie pracodawcy (3,8%) oraz planowanie ciąży (3,4%),



Wykres 32. Pleć a motywy, które skłoniły lub skłaniają respondentów do zrobienia w przyszłości testu w kierunku zakażeń HIV, badani: ogółem N=2764, kobiety N=1651, mężczyźni=1113

3.3.4. Deklaracje zachowań wobec osób żyjących z HIV

W badaniach postaw wobec HIV/AIDS ważnym aspektem są zachowania, w tym sposób traktowania osób żyjących z HIV. Większość badanych nie miała zapewne relacji z osobami zakażonymi, a jeśli miała - nie była tego faktu świadoma. Z tego powodu w arkuszu diagnostycznym zapytano ich nie o rzeczywiste zachowania, a hipotetyczne sytuacje społeczne, w których mogliby się znaleźć.



Wykres 33. Deklaracje zachowań w kontakcie z osobami zakażonymi HIV, badani: ogółem N=2764

Analiza ujawniła, że jedyną sytuacją, na którą zgodziłyby się przynajmniej połowa respondentów jest opieka nad najbliższym krewnym zakażonym HIV (70,5% - suma odpowiedzi stanowczo tak i raczej tak). Ponad 44% studentów wyraziłoby aprobatę dla udziału w tygodniowym obozie turystycznym w towarzystwie zakażonej pary.

Niemal 42% studentów nie udzieliłoby zgody na wspólne mieszkanie w akademiku (wspólny pokój z łazienką) ze studentem żyjącym z HIV. Aż 38,5% nie zgodziłoby się na leczenie u stomatologa, gdyby wiedzieli, że przyjmuje on również zakażonych HIV. Także wysoki odsetek - 40,7% - nie umieściłby swego potomka w tej samej grupie przedszkolnej, do której uczęszcza dziecko zakażone HIV.

