

Błażej P. Karwat  
Instytut Socjologii  
Uniwersytet Szczeciński  
Szczecin

Marcin Z. Ordakowski  
Wydział Pielęgniarstwa  
Medyczne Studium Zawodowe Nr 2  
Szczecin

**Stosunek personelu pielęgniarskiego  
nie pracującego w klinikach zakaźnych  
do osób żyjących z HIV  
i chorych na AIDS**



Szczecin 2000  
Stowarzyszenie Na Rzecz  
Rozwoju Społecznego „Stricte”

Wstęp.....	3
Wprowadzenie do badań .....	7
Wprowadzenie do badań - hipotezy.....	8
Wprowadzenie do badań – kategorie analityczne .....	11
Przebieg badań .....	15
Zestawienie danych.....	17
Wnioski.....	25
Graficzne przedstawienie wybranych danych.....	27
Piśmiennictwo.....	30

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ocenia, że od początku trwania pandemii HIV na świecie zakażeniu uległo ponad 47 milionów osób. Spośród osób chorych na AIDS zmarło dotychczas 14 milionów zakażonych.<sup>1</sup> W Polsce epidemiolodzy szacują, że jest od 12 do 15 tysięcy zakażonych HIV. Do 30.04.1995 zanotowano w Polsce 296 zachorowań na AIDS, z czego 159 osób zmarło.<sup>2</sup>

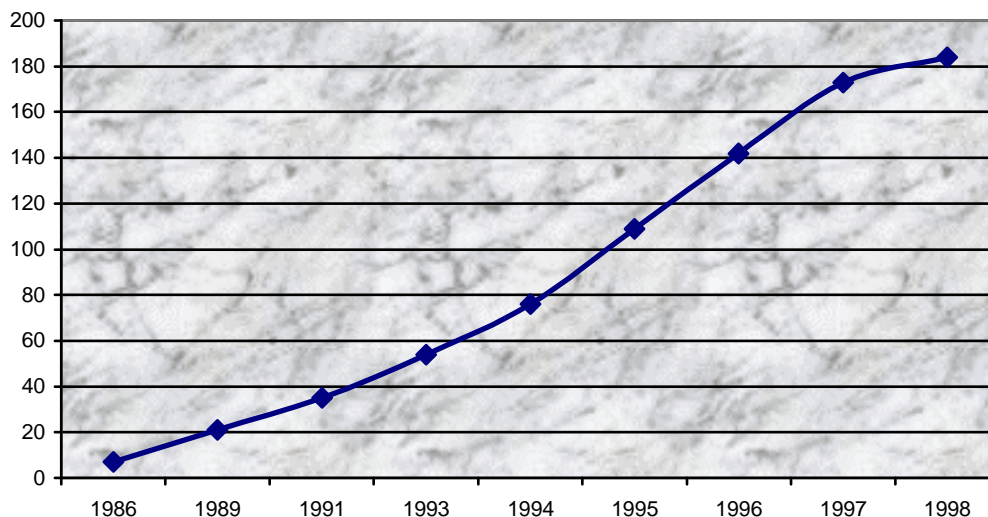
### Zestawienie nosicielstwa HIV w Polsce i Szczecinie

Lata	1985	1986	1989	1991	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Polska	12	52	518	2000	2864	3284	3731	4374	4953	5353
Szczecin	0	7	21	35	54	76	109	142	173	184

Tabela została przedstawiona w liczbach bezwzględnych.

### Nosicielstwo HIV w Szczecinie

od początku rejestracji do 31.12.1998 roku  
(w liczbach bezwzględnych)



Na całym świecie prowadzi się szereg działań, mających na celu nie tylko zapobieganie zakażeniom HIV, ale także modelowanie postaw i zachowań

<sup>1</sup> Materiały szkoleniowe – PORADNICTWO OKOŁO TESTOWE I WSPARCIE OSÓB ŻYJĄCYCH Z HIV – Kraków 28-30 grudnia 1999, UNDP, Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS, Centrum Terapii Narkomanów MONAR – Kraków.

<sup>2</sup> Dane pochodzą z Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS 1996-1998, PWN Warszawa 1996, str. 11-13.

wobec osób żyjących z HIV. Wielu specjalistów z różnych dziedzin nauki zwraca uwagę na ogromne zapotrzebowania, na tego typu działania.

Od czasu rozpoznania w 1981 roku u grupy pięciu gejów nietypowego zapalenia płuc z towarzyszącymi zaburzeniami odporności, społeczeństwo polskie przechodziło szereg zmian pośrednio bądź bezpośrednio wiążących się z problemem HIV/AIDS. Zmiany te, to przede wszystkim agresja i rozmaite oznaki niesłusznej dyskryminacji wobec osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. Z początkiem lat dziewięćdziesiątych mogliśmy obserwować siłę, z jaką oddziałują na człowieka stereotypy i uprzedzenia, które najwyraźniej były rezultatem odbierania problemu AIDS w kategoriach moralnych. Nagłaśnianie istnienia tzw. „grup ryzyka”, do których należały przede wszystkim osoby homoseksualne, a następnie sprzedające usługi seksualne i nadużywające środków narkotycznych, pozwoliło nie tylko na kojarzenie problemu wyłącznie z tymi środowiskami, ale więcej, pozwoliło na uznanie AIDS za karę boską. AIDS nie był odbierany jako problem całego społeczeństwa, i jako, że kojarzono go ze społecznie nieakceptowanymi „grupami ryzyka”, pozwoliło to na wytworzenie się postawy obojętności, wrogości i braku współczucia.

Postawy tego typu, wraz z towarzyszącym im silnym lękiem, można było zaobserwować także w środowisku medycznym. Lekarze, pielęgniarki i studenci obawiali się kontaktów z osobami zakażonymi i chorymi, a także dość często obce było im współczucie, serdeczność i pomoc – tak potrzebne w pracy z chorymi ludźmi. Postrzeganie HIV i AIDS w kategoriach problemu osób z tzw. „marginesu społecznego”, niewielki zasób wiedzy na temat dróg zakażenia, nieodpowiednia edukacja lub jej brak i nieumiejętność pracy z ludźmi śmiertelnie chorymi – to przyczyny nieodpowiedniego postępowania pracowników dawnej służby zdrowia.

Dziś wydawałoby się, że społeczeństwo wielu krajów solidaryzuje się z osobami żyjącymi z HIV, a pracownicy resortu zdrowia są odpowiednio przeszkoleni i posiadają wiedzę o metodach pracy z pacjentami HIV (+) dodatnimi. Niestety są to zwykle wyłącznie pozory stwarzane przez osoby na stanowiskach kierowniczych. Choć agresja jako reakcja na obecność osoby zakażonej nie jest już częstym zachowaniem, to jednak dość często spotykana jest niechęć i strach przed kontaktami z tą grupą pacjentów. Strach jest rezultatem nieodpowiedniego przygotowania merytorycznego pracowników średniego personelu pielęgniarskiego oraz wyplýwa on z autentycznej obawy

utruty własnego zdrowia. Jesienią 1997 roku przeprowadzono badania<sup>3</sup>, które wyraźnie wskazują na występowanie w środowisku lekarskim postawy niechęci i dążenia do izolacji chorych. Jedynie 30% lekarzy prezentuje opinię, że należy dążyć do integracji chorych na AIDS z osobami cierpiącymi na inne choroby. Badania te ujawniły wiele niepokojących faktów, a lekarze zaczęli jawić się badaczom nie jako specjaliści w dziedzinie medycyny, a jedynie uprzedzeni i reagujący emocjami zwykli obywatele naszego kraju. Ze względu na podobieństwo, badania te mogą w pewnym stopniu zobrazować sens obranego przez nas problemu badawczego.

W pracy pielęgniarskiej zwraca się uwagę na ryzyko zakażenia HIV przez krew i jej produkty, narzędzia medyczne oraz ryzyko wynikające z niedostosowania środków ochrony indywidualnej czy związane ze specyfiką poszczególnych oddziałów szpitalnych. Dane wskazują, że ryzyko rozwoju zakażenia HIV w następstwie ekspozycji zawodowej wynosi 0,3% co stanowi 3 przypadki na 1000 ekspozycji.<sup>4</sup> Jak dotąd w Polsce nie odnotowano przypadku poekspozycyjnego zakażenia HIV.<sup>5</sup> Specjaliści z zakresu epidemiologii wskazują na fakt, iż stopień ryzyka zakażenia HIV jest uzależniony od zróżnicowania usług pielęgniarskich, związanego ze specyfiką oddziału w którym pracuje pielęgniarka, pielęgniarz lub położna. Dość znacznie epidemiolodzy i personel stacji sanitarno-epidemiologicznych podkreśla znaczenie zintegrowanego przestrzegania następujących zasad:

- odpowiednie przystosowanie do specyfiki pracy w oddziale, skuteczna organizacja pracy i wytworzenie się wśród personelu atmosfery wzajemnej pomocy,
- zorganizowanie szeroko pojętej akcji informacyjno-dydaktycznej w celu podnoszenia kwalifikacji zatrudnionego personelu,
- zapewnienie dostępu do dostatecznej ilości sprzętu jednorazowego użytku,
- stosowanie sprzętu odpowiedniej jakości, przeznaczonego do dezynfekcji i sterylizacji,
- zastosowanie odpowiadających specyfice oddziału, potrzebom regionu dla którego oddział ten ma służyć, rozwiązań architektonicznych i technicznych.

---

<sup>3</sup> Marek Kurowski, Postawy lekarzy wobec etycznych i prawnych aspektów zakażeń wirusem HIV i chorych na AIDS, Raport z badania „LEKARZE 1997”, RUN, Badania rynkowe i społeczne.

<sup>4</sup> Grajcarek A. (red.), AIDS, Jak zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV w praktyce pielęgniarskiej. Poradnik dla pielęgniarek i położnych, Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS, Warszawa 1998.

<sup>5</sup> Informacje Agnieszki Walendzik z Zakładu Poradnictwa Młodzieżowego i Edukacji Seksualnej WSP w Zielonej Górze.

Autorki *Poradnika Dla Pielęgniarek i Położnych*<sup>6</sup> wskazują na wiele istotnych zagadnień dotyczących HIV i AIDS. Piszą między innymi o istocie uświadczenia sobie prze personel pielęgniarzki zagrożenia zakażeniem HIV, o konieczności stosowania się do zaleceń PZH dotyczących ostrożności w pracy pielęgniarzkiej i cyt.: „Niedopuszczalne jest uzależnienie wykonania jakichkolwiek zabiegów od wykonania testu wykrywającego zakażenie HIV”.<sup>7</sup>

Badania nasze mają na celu ukazanie stosunku personelu pielęgniarzkiego, który na co dzień nie pracuje wyłącznie z osobami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS, do tychże osób. Mamy zamiar wykazać jaki jest stosunek pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych, którzy nie pracują w Klinice Chorób Zakaźnych PAM w której mieści się oddział, zajmujący się leczeniem chorych na AIDS. Badania przeprowadzone zostały w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 2 w Szczecinie, który obecnie uważany jest za jeden z najlepszych zakładów opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim.

Pragniemy serdecznie podziękować Dyrekcji SPSK Nr 2 w Szczecinie, Przełożonej Pielęgniarek za wyrażenie zgody i chęci współpracy oraz pomocy w badaniach. Dziękujemy personelowi pielęgniarzkiem całego szpitala za udzielenie wywiadów, podzielenie się opiniami, uwagami i doświadczeniem. Szczególne podziękowania kierujemy do pracowników Oddziału Izolacyjnego Kliniki Ginekologii i Położnictwa PAM oraz Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej za szczególną przychylność, życzliwość i gotowość do podzielenia się wiedzą.

**Błażej Piotr Karwat**  
przewodniczący zespołu badawczego

**Marcin Zbigniew Ordakowski**  
badacz

---

<sup>6</sup> Grajcarek A. (red.), AIDS, Jak zmniejszyć..., op. cit..

<sup>7</sup> Grajcarek A. (red.), AIDS, Jak zmniejszyć..., op. cit., str. 43.

## 1. Cel badań

Celem naszych badań jest poznanie stosunku personelu pielęgniarskiego nie pracującego w klinikach zakaźnych do osób żyjących z HIV i chorych na AIDS oraz ochrony własnego zdrowia w zakładzie pracy, w kontekście problemu HIV/AIDS.

## 2. Problem badawczy

Skonstruowanie przez nas problemu badawczego ma na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jaki jest stosunek personelu pielęgniarskiego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 w Szczecinie do osób żyjących z HIV i chorych na AIDS oraz czy w swojej praktyce personel ten wykazuje zachowania niebezpieczne dla własnego zdrowia w kontekście zakażenia HIV.

Na terenie Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 nie funkcjonuje Klinika Chorób Zakaźnych i w związku z tym w oddziałach tego szpitala nie pracują pielęgniarki, położne i pielęgniarze którzy na co dzień mają kontakt z seropozytywnymi pacjentami (osobami żyjącymi z HIV). W związku z powyższym mamy możliwość zbadania teoretycznego stosunku średniego personelu medycznego, zarówno do ludzi żyjących z HIV, jak i chorych na AIDS oraz zachowań związanych z ostrożnością w zawodzie pielęgniarskim.

## 3. Uściślenia terminologiczne

**Osoba żyjąca z HIV** – oznacza osobę zakażoną HIV, odpowiada to pojęciu nosiciela czynnika zakaźnego, osoby seropozytywnej (HIV dodatniej).

**HIV** – jest to międzynarodowy skrót nazwy, ludzkiego wirusa upośledzenia odporności, z języka angielskiego *Human Immunodeficiency Virus*.

**Osoba chora na AIDS** – oznacza osobę u której wirus HIV spowodował poważne uszkodzenie systemu immunologicznego i wystąpienie innych chorób towarzyszących, spowodowanych wspomnianym uszkodzeniem.

**AIDS** – międzynarodowy skrót nazwy choroby nazwanej zespołem nabytego upośledzenia odporności, z języka angielskiego *Acquired Immune Deficiency Syndrom*.

**Personel pielęgniarski** – są to pielęgniarki, położne i pielęgniarze, którzy ukończyli system kształcenia medycznego w zakresie pielęgniarstwa, posiadają dyplom oraz zezwolenie na wykonywanie zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza.

## **4. Hipotezy**

### **4.1 Hipotezy główne**

**4.1.1** Personel pielęgniarski nie pracujący w klinikach zakaźnych i w oddziałach zajmujących się opieką nad osobami seropozytywnymi wykazuje niechęć w stosunku do nosicieli HIV i chorych na AIDS.

**4.1.2** Personel pielęgniarski nie pracujący w klinikach zakaźnych i w oddziałach zajmujących się opieką nad osobami seropozytywnymi:

- odczuwa strach przed kontaktami z pacjentami HIV (+) dodatnimi,
- niechętnie podjąłby pracę z pacjentami HIV(+) dodatnimi,
- kojarzy problem HIV z tzw. "grupami ryzyka",
- nie zapewnia wystarczającej opieki pielęgniarskiej pacjentom kojarzonym z problemem HIV/AIDS.

**4.1.3** Personel pielęgniarski nie pracujący w klinikach zakaźnych i w oddziałach zajmujących się opieką nad osobami seropozytywnymi ma negatywny stosunek do zakażonych HIV i chorych na AIDS.

### **4.2 Hipotezy szczegółowe**

**4.2.1** Im starszy personel pielęgniarski tym mniejszy zasób wiedzy o problemie HIV/AIDS.



**4.2.2** Im większe doświadczenie w pracy z osobami seropozytywnymi tym większa chęć podjęcia pracy z zakażonymi HIV i chorymi na AIDS.

**4.2.3** Im większy zasób wiedzy tym większa chęć podjęcia pracy z osobami seropozytywnymi.

**4.2.4** Im młodszy personel pielęgniarski tym większa chęć podjęcia pracy z osobą seropozytywną.

**4.2.5** Im oddział uznawany jest przez respondenta za będący o wyższym ryzyku zakażenia HIV tym większa niechęć do podjęcia pracy z osobą seropozytywną.

**4.2.6** Im oddział uznawany jest przez respondenta za będący o wyższym ryzyku zakażenia HIV tym bardziej ostrożne zachowania personelu pielęgniarskiego.

**4.2.7** Im lepsza ocena działań ochrony pracownika stosowanych przez zakład pracy tym mniejsza ostrożność w pracy.

## **5. Ustalenie zmiennych i wskaźników**

### **5.1 Zmienne niezależne**

- wiek,
- staż pracy,
- poziom wiedzy o problemie HIV/AIDS,
- doświadczenie zawodowe w pracy z osobami seropozytywnymi,
- kontakt pozazawodowy z osobami żyjącymi z HIV,
- rodzaj oddziału w którym pracuje respondent,
- opinia na temat działań ochrony pracownika stosowanych przez zakład pracy.

#### **5.1.1 Wskaźniki zmiennych niezależnych**

Wiek, staż pracy, ocena oddziału w którym pracuje respondent: wskaźnikami są treści udzielonych przez respondentów wypowiedzi w formie ustnej.

Doświadczenie zawodowe w pracy z osobami seropozytywnymi, kontakt pozazawodowy z osobami żyjącymi z HIV, opinia na temat działań ochrony pracownika stosowanych przez zakład pracy: wskaźnikami są treści udzielonych przez respondentów wypowiedzi w formie ustnej i pisemnej.

Poziom wiedzy o problemie HIV/AIDS: wskaźnikami są treści udzielonych krótkich odpowiedzi na pytania postawione przez badaczy, które ściśle wiążą się z poruszonymi zagadnieniami.

## 5.2 Zmienne zależne

- stosunek do seropozytywnych pacjentów,
- ostrożność w pracy zawodowej,
- zapewnienie wystarczającej opieki pielęgniarstwa osobom kojarzonym z problemem HIV/AIDS

### 5.2.1 Wskaźniki zmiennych zależnych

Wskaźnikami zmiennych zależnych są obserwowalnymi przez badacza zachowaniami respondentów i treściami udzielonych wywiadów.

Stosunek do seropozytywnych pacjentów:

- sposób wypowiedziania się o osobach seropozytywnych i problemie HIV/AIDS,
- używanie odpowiednich sformułowań dotyczących zagadnień HIV/AIDS,
- zachowanie podczas udzielania wywiadu.

Ostrożność w pracy zawodowej:

- używanie środków ochrony indywidualnej,
- stosowanie dezynfekcji,
- sterylizacja i kontrola procesu sterylizacji,
- przestrzeganie reżimu sanitarno-epidemiologicznego.

Zapewnienie wystarczającej opieki pielęgniarstwa osobom kojarzonym z problemem HIV/AIDS:

- częstość kontaktów z pacjentem,
- stosowanie elementarnej opieki psychologicznej,
- zapewnienie komfortu w oddziale.

## 6. Kategorie analityczne

### Wiek:

- a. do 25 lat
- b. od 26 do 36 lat
- c. od 37 do 47 lat
- d. od 48 do 58 lat

### Staż pracy:

- a. do pięciu lat
- b. od 6 do 11 lat
- c. od 12 do 17 lat
- d. od 18 do 23 lat
- e. od 24 do 29 lat
- f. powyżej 29 lat

### Poziom wiedzy o problemie HIV/AIDS:

#### a. wysoki

Respondenci posiadają wiedzę na temat: **a)** aktualnej sytuacji epidemiologicznej w kraju i na świecie, **b)** dróg zakażenia, **c)** objawów klinicznych HIV/AIDS, **d)** instytucji zajmujących się poradnictwem na terenie województwa zachodniopomorskiego, **e)** ryzyka zakażenia w pracy pielęgniarstwie, **f)** zasad profilaktyki HIV/AIDS, **g)** postępowania diagnostycznego w przypadku HIV/AIDS, **h)** zasady postępowania po ekspozycji na krew, **i)** sposobów eliminowania HIV, **j)** respondenci nie kojarzą problemu HIV/AIDS z tzw. „grupami ryzyka”

#### b. średni

Respondenci posiadają wiedzę na temat: 5-8 tematów w/w

#### c. niski

Respondenci posiadają wiedzę na temat: 0-4 tematów w/w

### Doświadczenie zawodowe w pracy z osobami seropozytywnymi:

#### a. duża ilość doświadczeń

Respondent miał w swojej pracy pielęgniarstwie doświadczenia z: 6 i więcej osobami HIV (+).

#### b. średnia ilość doświadczeń

Respondent miał w swojej pracy pielęgniarstwie doświadczenia z: 4-5 osobami HIV (+).

#### c. mała ilość doświadczeń

Respondent miał w swojej pracy pielęgniarstwie doświadczenia z: 1-3 osobami HIV (+).

#### d. brak doświadczeń

Respondent nie miał w swojej pracy pielęgniarstwie doświadczenia z osobami HIV (+).

#### e. nie wiadomo jak wiele doświadczeń

Respondent nie potrafi ocenić czy miał, a jeśli tak to z iloma osobami HIV (+) kontakty zawodowe.

### **Kontakt pozazawodowy z osobami żyjącymi z HIV:**

**a. istnieje**

Respondent miał lub nadal ma kontakty towarzyskie z osobą HIV (+).

**b. brak kontaktu**

Respondent nie miał i nie ma kontaktu towarzyskiego z osobą HIV (+).

### **Ocena oddziału w którym pracuje respondent:**

**a. oddział wysokiego ryzyka zakażenia HIV**

Respondent dokonał oceny oddziału w którym pracuje, jako oddziału w którym istnieje największe prawdopodobieństwo, zagrożenie zakażenia HIV i z tego względu może mieć obawy co do własnego bezpieczeństwa i zdrowia.

**b. oddział średniego ryzyka zakażenia HIV**

Respondent dokonał oceny oddziału w którym pracuje, jako oddziału w którym istnieje prawdopodobieństwo, zagrożenie zakażenia HIV lecz nie powoduje ono obaw o własne bezpieczeństwo i zdrowie.

**c. oddział niskiego ryzyka zakażenia HIV**

Respondent dokonał oceny oddziału w którym pracuje, jako oddziału w którym nie istnieje prawdopodobieństwo, zagrożenie zakażenia HIV lub uznaje, że jest ono nie wielkie, i nie zagraża bezpieczeństwu i zdrowiu.

### **Opinia na temat działań ochrony pracownika stosowanych przez zakład pracy:**

**a. stosuje działania ochrony zdrowia pracowników w szerokim zakresie**

**a)** dostęp do środków ochrony indywidualnej (sprzęt jednorazowego użytku np. rękawice lateksowe), **b)** oddział posiada zestaw leków stosowanych do profilaktyki poekspozycyjnej (AZT i 3TC lub AZT, 3TC i indinawir), **c)** stosowanie się do zastrzeżeń PZH i kontroli sanitarno-epidemiologicznej (przestrzeganie norm PZH i stosowanie się do zastrzeżeń Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej), **d)** skuteczna organizacja pracy zawodowej (odpowiednia liczba personelu na dyżurze, czas na wypoczynek i posiłek etc.), **e)** organizowanie szkoleń dotyczących higieny pracy, zakażeń szpitalnych i używania środków ochronnych w pracy, **f)** stosowanie odpowiedniego sprzętu do sterylizacji i dezynfekcji (odpowiedni pod wzgl. ochrony pracownika, wygodny w obsłudze, nieszkodliwy dla zdrowia np. nie uczulający), **g)** rozwiązania architektoniczne zastosowane w oddziale, zgodne ze specyfiką i zapotrzebowaniem oddziału

**b. stosuje działania ochrony zdrowia pracowników w średnim zakresie**

Zakład pracy stosuje się do: 5-6 z w/w

**c. stosuje działania ochrony zdrowia pracowników w niewielkim zakresie**

Zakład pracy stosuje się do: 2-4 z w/w

**d. nie stosuje działań ochrony zdrowia pracowników**

Zakład pracy stosuje się do: 0-1 z w/w

**e. nie wiem**

Pracownik nie ma zdania na ten temat lub nie wie.

### **Stosunek do osób seropozytywnych:**

#### **a. pozytywny**

a) wypowiedzianie się o osobach żyjących z HIV i chorych na AIDS w sposób życzliwy i pozbawiony negatywnych emocji, b) wypowiedzianie się o problemie HIV/AIDS, jak gdyby dotyczył każdego, c) używanie sformułowań: osoba żyjąca z HIV, chora na AIDS, zakażona, seropozytywna, nosiciel HIV, przy jednoczesnym wyeliminowaniu sformułowania – zarażony/a, d) deklarowanie chęci pracy, udzielenia pomocy oraz kontaktu towarzyskiego z osobą seropozytywną, e) swobodne wypowiedzianie się na temat HIV/AIDS, f) nie obwinianie osób seropozytywnych za ich los, g) zainteresowanie problemem osób żyjących z HIV i chorych na AIDS, wyrażające się w dążeniu do zdobywania wiedzy na w/w temat i w chęci obalania mitów i stereotypów, h) niechęć do izolowania zakażonych HIV i chorych na AIDS.

**Aby respondent został uznany za osobę mającą pozytywny stosunek do osób żyjących z HIV i chorych na AIDS musi zgadzać się z podpunktami a), b), d), f) i h). Jest to wymagane minimum wskaźników pozytywnego stosunku.**

#### **b. obojętny**

a) brak zainteresowania problemem HIV/AIDS, b) brak potrzeby solidaryzowania się z osobami żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS, obojętność na tragedię nosicieli HIV, ich przyjaciół i rodzin, c) nie zwracanie szczególnej uwagi na potrzeby duchowe i psychiczne pacjentów seropozytywnych jako osób śmiertelnie chorych, d) brak emocji zarówno o charakterze pozytywnym, jak i negatywnym, e) bezrefleksyjne i schematyczne traktowanie pracy z ludźmi chorymi,

#### **c. negatywny**

Zaprzeczenie podpunktów A - G, omawianych przy punkcie – a „pozytywny” oraz h) odczuwanie lęku lub strachu w kontaktach z osobami seropozytywnymi.

### **Ostrożność w pracy zawodowej:**

#### **a. wysoka**

a) używanie środków ochrony indywidualnej (np. rękawice lateksowe), b) stosowanie dezynfekcji c) stosowanie sterylizacji i kontrolowanie przebiegu jej procesu, d) stosowanie się do zaleceń sanitarnych i epidemiologicznych, e) spokój i zrównoważenie w wykonywaniu zabiegów pielęgniarstwa (np. powolne otwieranie ampulek z lekami), f) zabieganie o wyższej jakości środki ochrony indywidualnej np. środki chemiczne i dbanie o dostateczną ilość tychże środków np. rękawic i fartuchów jednorazowego użytku

#### **b. średnia**

Stosowanie się do 4-5 podpunktów z w/w

#### **c. niska**

Zaprzeczenie (niestosowanie) punktów z „a. wysoka”

## **Zapewnienie wystarczającej opieki pielęgniarskiej osobom kojarzonym z problemem HIV/AIDS:**

### **a. większy dostęp do opieki pielęgniarskiej pacjentów kojarzonych z problemem HIV/AIDS**

**a)** częstsze kontaktowanie się z pacjentami seropozytywnymi niż z innymi pacjentami, **b)** stosowanie elementarnej opieki psychologicznej wskutek uznania tej grupy pacjentów za śmiertelnie chorych, **c)** skupienie większej uwagi na problemach osób zakażonych HIV i ich rodzinie, **d)** pobłażliwość, tolerancja w stosunku do niektórych zachowań osób seropozytywnych (np. w stosunku do zamknięcia się na świat zewnętrzny, nienawiści do otoczenia, wulgarności, nieufności itp.), **e)** wyrażenie chęci kontaktowania się i pomocy osobom nadużywającym środków narkotycznych, osobom homoseksualnym i pracującym w prostytucji,

### **b. równy dostęp do opieki pielęgniarskiej wszystkich pacjentów**

Respondent traktuje pacjentów seropozytywnych na równi z innymi pacjentami pod każdym względem.

### **c. mniejszy dostęp do opieki pielęgniarskiej pacjentów kojarzonych z problemem HIV/AIDS**

**a)** unikanie kontaktów z pacjentami seropozytywnymi, ograniczanie kontaktów z nimi do minimum, **b)** nietolerancja, niechęć i strach przed kontaktami z osobami seropozytywnymi, **c)** niestosowanie elementarnej opieki psychologicznej, **d)** dążenie do izolacji pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS od pacjentów cierpiących na inne schorzenia, **e)** niechęć i strach przed kontaktami z pacjentami homoseksualnymi, prostytutującymi się, nadużywającymi środków narkotycznych, **f)** negatywne nastawianie reszty personelu i słuchaczy oraz studentów do pacjentów kojarzonych z problemem HIV/AIDS, **g)** generalnie zaniedbywanie pacjentów kojarzonych z problemem HIV/AIDS i pacjentów, o których wiadomo, że są seropozytywni

## 7. Przebieg badania

### 7.1 metoda i technika badania

Badania nasze prowadziliśmy na terenie zakładu pracy, stąd obraliśmy metodę badań terenowych. Zdecydowaliśmy się na zastosowanie techniki obserwacji uczestniczącej i swobodnych wywiadów.

Dokonana przez nas obserwacja uczestnicząca miała charakter ukryty, niekontrolowany i bezpośredni. Miała ona miejsce w dwóch klinikach – Klinika Kardiologii PAM i III Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej PAM, znajdujących się na terenie SPSK Nr 2 w Szczecinie. Obserwacja ta stanowiła dla nas przede wszystkim sensu stricto zwiad terenowy. Ów zwiad terenowy okazał się nieoceniony w nawiązaniu pierwszych nieformalnych kontaktów z pracownikami średniego personelu pielęgniarskiego, w zorientowaniu się w ogólnej specyfice środowiska medycznego oraz sytuacji szpitala i pracowników w kontekście HIV/AIDS. Ze względu na fakt, że obserwacje były prowadzone przez jednego z badaczy i trwały jedynie przez okres trzech miesięcy, a przede wszystkim dlatego, że obejmowały wyłącznie dwa oddziały szpitalne – zebrane w ten sposób dane posłużyły nam raczej do opracowania programu badań, sprawdzenia metod i narzędzi badawczych, niżli do wysunięcia wniosków.

Drugie z narzędzi badawczych, które zostało zastosowane w naszych badaniach należy uznać za dominujące i z naszych doświadczeń wynika, że jest ono jak najbardziej właściwe. Wywiad, którym się posługiwaliśmy miał charakter nieskategoryzowany, jawny nieformalny, zarówno indywidualny, jak i zbiorowy. Wywiad nasz przeprowadzany był w dwóch formach: ustnej i pisemnej. Forma pisemna oparta była o opracowany przez nas „Zeszyt swobodnych wypowiedzi”, który otrzymali badani. W wywiadzie pisemnym mogli brać udział wszyscy pracownicy, także osoby spoza próby reprezentacyjnej. Spośród ośmiu zeszytów jedynie w trzech z nich znalazły się opinie i wypowiedzi respondentów.

### 7.2 dobór próby reprezentacyjnej

Dobierając próbę naszej zbiorowości posłużyliśmy się metodą w oparciu o rachunek prawdopodobieństwa - losową i w ten sposób spośród **400 pielęgniarek i położnych** do badania wybraliśmy reprezentację **80 osób**. Osoby te brały udział w swobodnym wywiadzie ustnym i w związku z tym nie zaliczamy do nich osób wypowiadających się w formie pisemnej i osób z którymi mieliśmy kontakt w trakcie obserwacji uczestniczącej. Spośród 80 osób, 4 odmówiły udzielenia wywiadu – co w rezultacie daje nam **76 osób**.

### 7.3 Uwagi dotyczące przebiegu badań

W trakcie badań kilkakrotnie spotkaliśmy się z odmową udzielenia wywiadu. Z naszych ustaleń wynika, że w dwóch przypadkach odmowa ta wynikała z niechęci do uczestniczenia w tego typu badaniach i ignorancji. Natomiast w pozostałych przypadkach był to sposób odreagowania złości na współpracownikach, gdyż odmowa spowodowana była faktem wcześniejszego uczestniczenia w badaniach kolegi i koleżanki, pracujących w oddziale.

W trakcie prowadzenia badań zdążyliśmy także zauważyć, że w oddziałach, w których badacze znani byli już wcześniej, badania prowadziło się w o wiele miłszej atmosferze. Ponadto wywiadów chętniej udzielali pracownicy oddziałów bardzo ciężkich w których można by uznać, że trudno byłoby znaleźć czas na rozmowę. Przeszkodą w prowadzeniu badań był przede wszystkim brak czasu respondentów na rozmowę, dlatego też zmuszeni byliśmy nieraz kilka razy podejmować próbę rozmowy z określoną jednostką naszej reprezentacji.

Podczas przeprowadzania wywiadów wielokrotnie zaszła potrzeba skorzystania z dorobku psychologii społecznej i w związku z tym zmuszeni byliśmy sięgnąć do literatury z zakresu psychologii. W badaniach nieocenione okazało się zastosowanie reguły wzajemności<sup>8</sup> - respondenci otrzymywali od nas materiały informacyjno-edukacyjne dotyczące zagadnień HIV/AIDS i informacje na temat zagadnień dotyczących pandemii HIV/AIDS. Duże znaczenie przypisujemy także bazowaniu na zasadzie podobieństwa<sup>9</sup> oraz lubienia i sympatii. Respondenci chętniej udzielali wywiadów wiedząc, że badacz pracuje bądź pracował w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej, a specyfika pracy pielęgniarstwa jest mu znana. Pomocna okazała się także wiedza dotycząca umiejętności wykrywania kłamstwa.

Pragniemy także zwrócić uwagę na ogólną tendencją pielęgniarstwa oddziałowych do „panowania nad umysłami” czyli próby kontrolowania wypowiedzi udzielanych przez pielęgniarki. W takim przypadku zwykle kierowaliśmy pytanie do określonej jednostki badawczej, a w niektórych przypadkach przeprowadzaliśmy powtórny wywiad – tym razem indywidualny.

---

<sup>8</sup> Patrz Cialdini R., Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka, GWP, Gdańsk 1999, str. 33-65.

<sup>9</sup> Cialdini R., Wywieranie..., op. cit., str. 161-163.



## 8. Zestawienie podstawowych danych poza hipotezami (w liczbach bezwzględnych)

### 8.1 Wiek

Wiek	Liczba respondentów
Do 25 lat	13
26 – 36	21
37 – 47	24
48 – 58	18
<b>Razem</b>	<b>76</b>

### 8.2 Staż pracy

Staż pracy	Wiek respondentów				Razem
	Do 25l.	26-36	37-47	48-58	
Do 5 lat	13	1	0	0	14
6 – 11	0	11	1	0	12
12 – 17	0	8	3	0	11
18 – 23	0	1	14	4	19
24 – 29	0	0	6	8	14
Powyżej 29	0	0	0	6	6
<b>Razem</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>76</b>

### 8.3 Wyszczególnienie poziomu wiedzy na poszczególne tematy w stosunku do wieku respondentów

Wiedza na tematy:	Liczba prawidłowych odpowiedzi wg wieku respondentów				Razem Odp.
	Do 25l.	26-36	37-47	48-58	
Aktualna sytuacja epidemiologiczna	3	1	4	2	10
Drogi zakażenia	13	20	11	18	62
Objawy kliniczne HIV/AIDS	9	12	18	11	50
Instytucje poradnictwa w województwie	2	3	5	1	11
Ryzyko zakażenia w pracy pielęgniarstwa	13	15	23	17	68
Zasady profilaktyki HIV/AIDS	12	14	16	12	54
Postępowanie diagnostyczne	13	19	23	14	69
Zasady postępowania po ekspozycji na krew	12	18	23	16	69
Sposoby eliminowania HIV	9	15	17	13	54
Nie kojarzenie problemu z „grupami ryzyka”	7	7	13	6	33

#### 8.4 Kontakt pozazawodowy z osobami żyjącymi z HIV

Czterech respondentów ma kontakt pozazawodowy z osobami seropozytywnymi. Pięciu respondentów stwierdziło, że nie wie czy aktualnie ma kontakt pozazawodowy z osobą seropozytywną. Natomiast 66 respondentów twierdzi, że nie ma kontaktu pozazawodowego z osobami z HIV i AIDS.

#### 8.5 Ocena oddziału w którym pracuje respondent pod względem ryzyka zakażenia HIV

Ocena oddziału	Liczba respondentów
Wysokiego ryzyka	33
Średniego ryzyka	14
Niskiego ryzyka	29
<b>Razem</b>	<b>76</b>

#### 8.6 Opinia na temat działań ochrony pracowników stosowanych przez zakład pracy

Zakres działań zakładu pracy	Liczba respondentów
Szeroki	0
Średni	36
Niewielki	37
Brak działań	3
Nie wiem	0
<b>Razem</b>	<b>76</b>

Opinia na temat działań ochrony pracownika stosowanych przez zakład pracy	Liczba odpowiedzi	
	TAK	NIE
Dostęp do wielu środków ochrony indywidualnej	72	4
Oddział posiada zestaw leków poekspozycyjnych	0	76
Stosowanie się do zastrzeżeń PZH i kontroli sanitarnej	73	3
Skuteczna organizacja pracy	52	24
Organizowanie szkoleń i prelekcji	37	39
Stosowanie odpowiedniego sprzętu do sterylizacji i dezynfekcji	51	25
Rozwiązania architektoniczne	42	34

**T – tak** (odpowiedź twierdząca – pozytywna)

**N – nie** (odpowiedź zaprzeczająca – negatywna)

## 9. Zestawienie danych – falsyfikacja/weryfikacja hipotez ogólnych

### 9.1 Niechęć personelu pielęgniarskiego do pacjentów z HIV/AIDS

Na niechęć wskazuje zanegowane podpunkty z kategorii analitycznej: Stosunek do osób seropozytywnych (pozytywny: a, d, f):

a) wypowiadanie się o osobach żyjących z HIV i chorych na AIDS w sposób niezyczliwy i nie pozbawiony negatywnych emocji, b) brak chęci pracy, udzielenia pomocy oraz kontaktu towarzyskiego z osobą seropozytywną c) obwinianie osób seropozytywnych za ich los.

Odczuwanie niechęci	Liczba respondentów
Nie odczuwanie niechęci	22
Niechęć	54
<b>Razem</b>	<b>74</b>

29% nie odczuwa niechęci w stosunku do osób seropozytywnych.

71% respondentów odczuwa niechęć w stosunku do osób seropozytywnych.

**Hipoteza badawcza została potwierdzona.**

### 9.2 Strach odczuwany w kontakcie z pacjentem z HIV

Strach	Liczba respondentów
Odczuwa	38
Nie odczuwa	38
<b>Razem</b>	<b>76</b>

50% respondentów odczuwa strach przed kontaktami z osobami seropozytywnymi.

50% respondentów nie odczuwa strachu przed kontaktami z osobami seropozytywnymi.

**Hipoteza badawcza nie została potwierdzona.**

### 9.3 Gotowość do podjęcia pracy z pacjentami seropozytywnymi

Gotowość podjęcia pracy	Liczba respondentów
Wyraża chęć	29
Nie wyraża chęci	47
<b>Razem</b>	<b>76</b>

38,2% respondentów wyraża gotowość do podjęcia pracy z osobami seropozytywnymi.

61,8% respondentów nie wyraża gotowości do podjęcia pracy z osobami seropozytywnymi.

**Hipoteza badawcza została potwierdzona.**

Najczęściej respondenci wyrażali chęć podjęcia pracy mając nadzieję na wyższe zarobki. Spośród 29 osób, chęć pracy z zakażonymi HIV i chorymi na AIDS z powodów ekonomicznych wyraziło 20 osób.

### 9.4 Kojarzenie problemu HIV/AIDS z tzw. grupami ryzyka

Narażone na zakażenie HIV są	Liczba respondentów
Osoby z tzw. „grup ryzyka”	44
Osoby zachowujące się ryzykownie	32
<b>Razem</b>	<b>74</b>

W odniesieniu do tzw. „grup ryzyka” dość często respondenci używali sformułowań: „patologia” i „osoby z marginesu”.

Spośród 44 respondentów, którzy kojarzą problem HIV/AIDS z tzw. grupami ryzyka wyodrębniliśmy kategorie osób, które są przez nie zaliczane do „grup ryzyka”.

Grupa uznana za ryzykowną	Liczba odpowiedzi
„Narkomanii”	34
„Homoseksualiści”	20
„Personel pielęgniarstwa”	18
„Prostytutki”	18
„Młodzi ludzie”	15
„Pacjenci z kolczykiem”	2
„Policjanci”	1

Każdy respondent samodzielnie określał kogo zalicza do grupy ryzyka, mógł określić dowolną liczbę kategorii np. zarówno „narkomani”, jak i „prostytutki”.

42,1% respondentów nie kojarzy problemu HIV/AIDS z tzw. „grupami ryzyka”.

57,9% respondentów kojarzy problem HIV/AIDS z tzw. „grupami ryzyka”.

**Hipoteza badawcza została potwierdzona.**

### **9.5 Zapewnienie wystarczającej opieki pielęgniarskiej pacjentom kojarzonym z HIV/AIDS**

<b>Zapewnia opiekę pielęgniarską</b>	<b>Liczba respondentów</b>
Wystarczającą	<b>51</b>
Niewystarczającą	<b>25</b>
<b>Razem</b>	<b>76</b>

Za zapewnienie wystarczającej opieki pielęgniarskiej uważamy opiekę na poziomie równym i wyższym w stosunku do opieki nad pacjentami, którzy cierpią na pozostałe schorzenia.

67,1% respondentów zapewnia wystarczającą opiekę pielęgniarską nad osobami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS.

32,9% respondentów nie zapewnia wystarczającej opieki pielęgniarskiej nad osobami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS.

**Hipoteza badawcza została odrzucona.**

### **8.7 Stosunek do osób seropozytywnych**

<b>Stosunek do osób żyjących z HIV i chorych na AIDS</b>	<b>Liczba respondentów</b>
Pozytywny	<b>16</b>
Negatywny	<b>59</b>
Obojętny	<b>1</b>
<b>Razem</b>	<b>76</b>

77,6% respondentów ma negatywny stosunek do osób seropozytywnych.

21,1% respondentów pozytywny stosunek do osób seropozytywnych.

1,3% respondentów ma obojętny stosunek do osób seropozytywnych.

**Hipoteza badawcza została potwierdzona.**

## 10. Weryfikacja/falsyfikacja hipotez szczegółowych

### 10.1 Im starszy personel pielęgniarstwa tym mniejszy zasób wiedzy o problemie HIV/AIDS

Poziom wiedzy	Wiek respondentów				Razem
	Do 25l.	26-36	37-47	48-58	
Wysoki	3	1	4	0	8
Średni	10	16	18	13	57
Niski	0	4	2	5	11
<b>Razem</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>76</b>

$$\chi^2 < \chi^2_{2\alpha} \quad 10,407 < 12,592 \quad \text{przy } p=0,05$$

Nie ma podstaw aby odrzucić  $H_0$  i potwierdzić  $H_1$ .

Hipoteza badawcza została odrzucona.

### 10.2 Im większe doświadczenie w pracy z osobami seropozytywnymi tym większa chęć podjęcia pracy z tymi osobami

Doświadczenia zawodowe z osobami z HIV i AIDS	Chęć podjęcia pracy z osobami seropozytywnymi		Razem
	Wyraża	Nie wyraża	
Duża ilość	6	3	9
Średnia ilość	3	3	6
Mała ilość	2	4	6
Brak doświadczeń	6	17	23
Nie wiadomo jak wiele	12	20	32
<b>Razem</b>	<b>29</b>	<b>47</b>	<b>76</b>

$$\chi^2 < \chi^2_{2\alpha} \quad 5,587 < 9,488 \quad \text{przy } p=0,05$$

Nie mamy podstaw aby odrzucić  $H_0$  i potwierdzić  $H_1$ .

Hipoteza badawcza została odrzucona.

### 10.3 Im większy zasób wiedzy tym większa chęć podjęcia pracy z osobami seropozytywnymi

Poziom wiedzy / Gotowość Podjęcia pracy	Wysoki poziom wiedzy	Średni poziom wiedzy	Niski poziom wiedzy	Razem
Chęć pracy	5	20	4	29
Niechęć do pracy	3	37	7	47
<b>Razem</b>	<b>8</b>	<b>57</b>	<b>11</b>	<b>76</b>

$$\chi^2 < \chi^2_{2\alpha} \quad 1,647 < 5,991 \quad \text{przy } p = 0,05$$

Nie mamy podstaw aby odrzucić  $H_0$  i potwierdzić  $H_1$ .

**Hipoteza badawcza została odrzucona.**

**10.4 Im młodszy personel pielęgniarzki tym większa chęć podjęcia pracy z osobą seropozytywną**

Gotowość podjęcia Pracy Wiek	Wyraża chęć podjęcia pracy	Nie wyraża chęci podjęcia pracy	Razem
Do 25 lat	5	8	13
26 – 36	9	12	21
33 – 47	9	15	24
48 – 58	6	12	18
<b>Razem</b>	<b>29</b>	<b>47</b>	<b>76</b>

$$\chi^2 < \chi^2_{2\alpha} \quad 0,377 < 7,815 \quad \text{przy } p=0,05$$

Nie mamy podstaw aby odrzucić  $H_0$  i potwierdzić  $H_1$ .

**Hipoteza badawcza została odrzucona.**

**10.5 Im oddział uznawany przez respondenta za będący o wyższym ryzyku zakażenia HIV tym większa niechęć do podjęcia pracy z osobą seropozytywną**

Gotowość podjęcia Pracy Oddział ryzyka	Wyraża chęć podjęcia pracy	Nie wyraża chęci podjęcia pracy	Razem
Wysokiego	13	20	33
Średniego	7	7	14
Niskiego	9	20	29
<b>Razem</b>	<b>29</b>	<b>47</b>	<b>76</b>

$$\chi^2 > \chi^2_{2\alpha} \quad 76 > 5,991 \quad \text{przy } p=0,05$$

$$T=0,841 \quad C=0,707 \quad C_{\max}=0,788 \quad C_{\text{kor}}=0,897$$

Nie mamy podstaw by potwierdzić  $H_0$  i odrzucić  $H_1$ .

**Istnieje bardzo silna zależność.**

**Hipoteza badawcza została potwierdzona.**

### 10.6 Im oddział uznawany jest przez respondenta za będący o wyższym ryzyku zakażenia HIV tym bardziej ostrożne zachowania personelu pielęgniarskiego

Ostrożność w pracy / Oddział ryzyka	Wysoka	Średnia	Niska	Razem
Wysokiego	14	17	2	33
Średniego	7	7	0	14
Niskiego	8	19	2	29
<b>Razem</b>	<b>29</b>	<b>43</b>	<b>4</b>	<b>76</b>

$$\chi^2 < \chi^2_{2\alpha} \quad 3,004 < 9,488 \quad \text{przy } p=0,05$$

Nie mamy podstaw aby odrzucić  $H_0$  i potwierdzić  $H_1$ .  
Hipoteza badawcza została odrzucona.

### 10.7 Im lepsza ocena działań ochrony pracownika stosowanych przez zakład pracy tym mniejsza ostrożność w pracy

Ostrożność w pracy / Zakres Działań zakładu pracy	Wysoka	Średnia	Niska	Razem
Wysoki	0	0	0	0
Średni	14	20	2	36
Niewielki	15	22	0	37
Brak działań	0	1	2	3
Nie wiem	0	0	0	0
<b>Razem</b>	<b>29</b>	<b>43</b>	<b>4</b>	<b>76</b>

$$\chi^2 > \chi^2_{2\alpha} \quad 24,977 > 15,505 \quad \text{przy } p=0,05$$

$$T=0,341 \quad C=0,497 \quad C_{\max}=0,893 \quad C_{\text{kor}}=0,556$$

Nie ma podstaw aby potwierdzić  $H_0$  i odrzucić  $H_1$ .  
Istnieje słaba zależność.  
Hipoteza badawcza została potwierdzona.



Największa liczba respondentów to osoby w wieku między 37 a 47 r.ż. . Najwięcej osób posiada 18-23-letni staż pracy. Wśród respondentów było dwóch mężczyzn. Przebadana reprezentacja pracowników Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 w Szczecinie składała się z 9 położnych i 67 pielęgniarek.

Większość, bowiem aż 71% respondentów odczuwa niechęć do osób seropozytywnych, podczas gdy pozostałe 29% osób nie odczuwa niechęci do osób seropozytywnych. 50% respondentów tj. 38 osób odczuwa strach przed kontaktami z osobami seropozytywnymi – pozostałe 38 osób nie odczuwa strachu przed zakażonymi HIV i chorymi na AIDS.

61,8% respondentów nie deklaruje chęci podjęcia pracy z osobami seropozytywnymi. Jedynie 38,2% osób wyraża chęć podjęcia pracy z osobami seropozytywnymi. Jest to 29 osób, spośród których 20 osób deklaruje chęć podjęcia pracy z osobami seropozytywnymi ze względu na możliwość polepszenia swojej sytuacji ekonomicznej.

57,9% - 44 respondentów kojarzy problem HIV/AIDS z t.tzw. „grupami ryzyka”, z czego do grup szczególnie narażonych na zakażenie HIV należy zaliczyć: narkomanów (34 odpowiedzi), homoseksualistów (20 odpowiedzi), personel pielęgniarski (18 odpowiedzi), prostytutki (18 odpowiedzi), młodych ludzi (15 odpowiedzi), pacjentów z kolczykiem (2 odpowiedzi), policjantów (1 odpowiedź). Mówiąc o „pacjentach z kolczykiem” respondenci mieli na myśli mężczyzn i kobiety z dużą ilością kolczyków, z kolczykami w nosie, języku i brodzie.

67,1% tj. 51 osób respondentów zapewnia wystarczającą opiekę pacjentom kojarzonym z problemem HIV/AIDS – czyli osobom o których sądzi lub podejrzewa, że są one zakażone. 32,9% tj. 25 osób nie zapewnia wystarczającej opieki osobom kojarzonym z problemem HIV/AIDS.

59 respondentów (77,6%) ma negatywny stosunek do osób seropozytywnych, jedna osoba (1,3%) ma stosunek obojętny, a 16 osób (21,1%) ma pozytywny stosunek do zakażonych HIV i chorych na AIDS.

Badania wykazały, że:

- Uznanie przez respondenta oddziału w którym pracuje za oddział wysokiego ryzyka zakażenia HIV powoduje niechęć do podjęcia pracy z osobami seropozytywnymi,
- Im lepiej respondent ocenia działania zakładu pracy tym zachowuje mniejszą ostrożność w pracy.

Żaden z respondentów nie uznał, że zakład pracy w którym pracuje stosuje szeroki zakres działań ochrony pracownika. Najwięcej respondentów, bo 37 osób (48,7%) uważa, że zakład stosuje środki ochrony zdrowia pracownika w niewielkim zakresie, a 36 osób (47,4%) ocenia, że zakład chroni swoich pracowników w średnim zakresie. Jedynie 3 respondentów (3,9%) ocenia, że zakład nie stosuje jakichkolwiek działań. Wszyscy respondenci (100%) zwracali uwagę na fakt, że oddział nie posiada zestawu leków poekspozycyjnych. 51,3% respondentów wskazywało na fakt braku specjalistycznych szkoleń, przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych oraz wskazywało na to, że w organizowanych szkoleniach biorą udział pielęgniarki oddziałowe, a te zwykle nie przekazują informacji całemu personelowi.

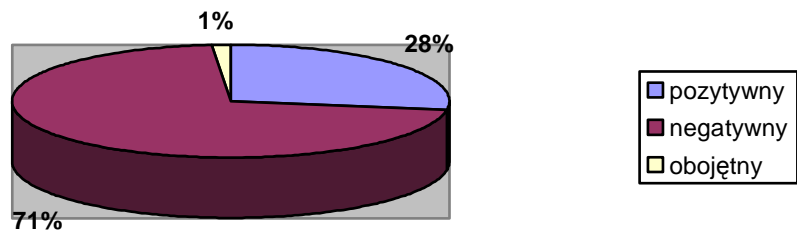
Większość respondentów, 75% ma średni poziom wiedzy na temat HIV/AIDS. 14,5 % respondentów ma niski poziom wiedzy, a 10,5% ma wysoki poziom wiedzy o problemie HIV/AIDS.

Jedynie 10 osób (13,2%) respondentów posiadało wiedzę na temat aktualnej sytuacji epidemiologicznej w kraju i za granicą. 11 osób (14,5%) posiadało wiedzę na temat instytucji i organizacji zajmujących się pomocą i poradnictwem osobom zakażonym HIV i chorym na AIDS.

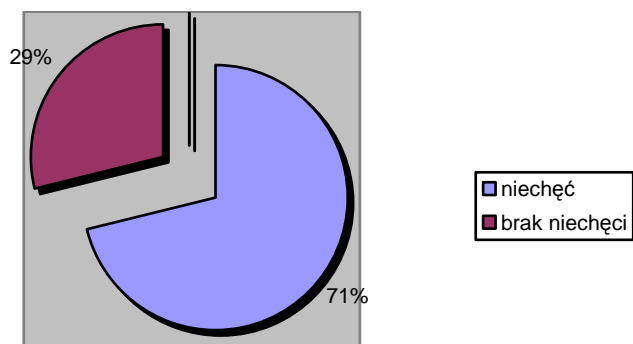
69 respondentów (90,8%) posiadało wiedzę na temat postępowania diagnostycznego i zasad postępowania po ekspozycji na krew. 68 osób (89,5%) posiadało wiedzę na temat ryzyka zakażenia w pracy pielęgniarskiej. 62 osoby (81,6%) posiadały wiedzę na temat dróg zakażenia HIV. 54 osoby (71,1%) posiadały wiedzę na temat działań i zasad profilaktyki HIV/AIDS oraz sposobów eliminowania wirusa HIV.

43,4% respondentów tj. 33 osoby oceniały oddział w którym pracują za oddział wysokiego ryzyka. 29 osób (38,2%) ocenia swój oddział za mało ryzykowny pod względem zakażenia HIV. 14 respondentów (18,4%) oceniło swój oddział jako średnio ryzykowny. Należy zwrócić uwagę na fakt, że w oddziałach szpitalnych trudno jest mówić o braku lub niskim ryzyku zakażenia HIV.

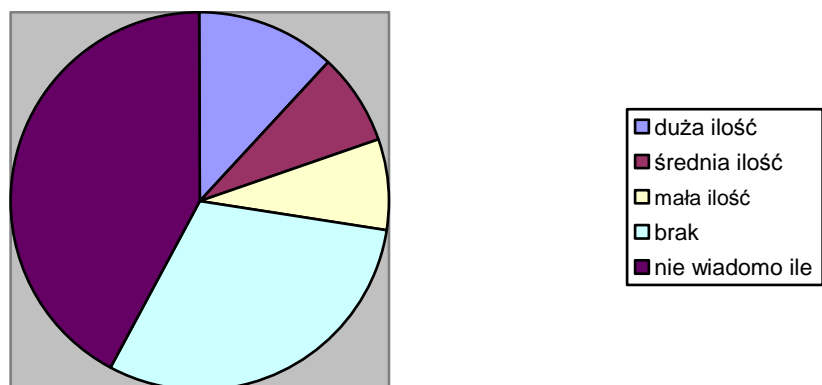
**Rysunek 1: Stosunek do osób seropozytywnych**

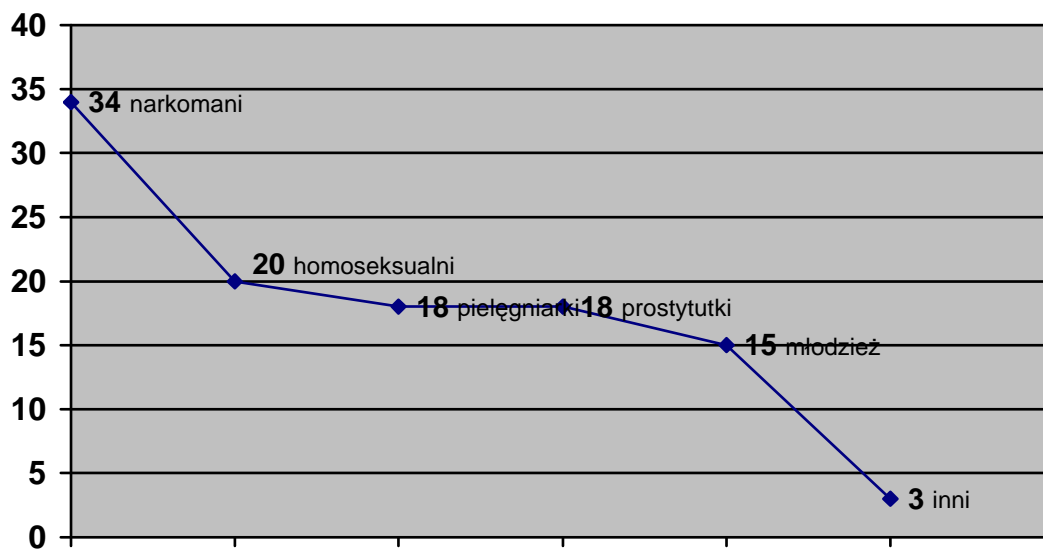


**Rysunek 2: Niechęć w stosunku do osób seropozytywnych**

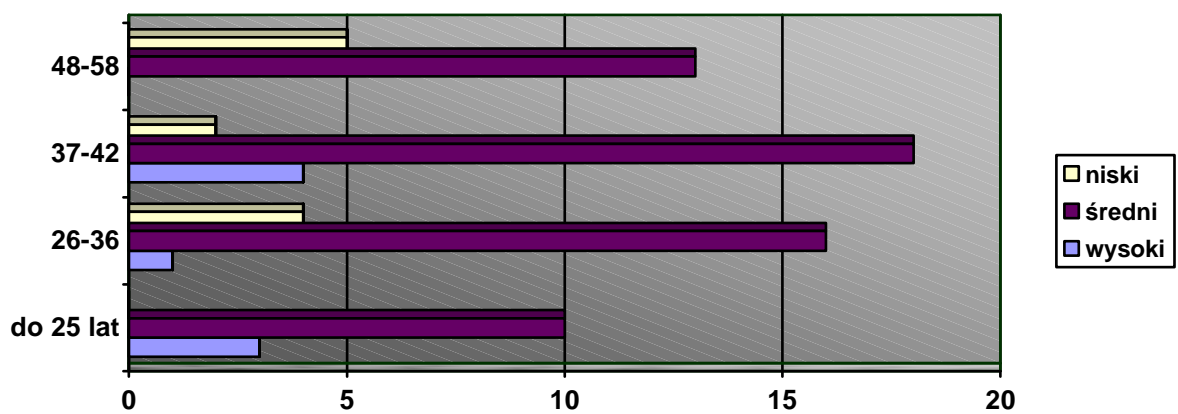


**Rysunek 3: Doświadczenia zawodowe z osobami seropozytywnymi**

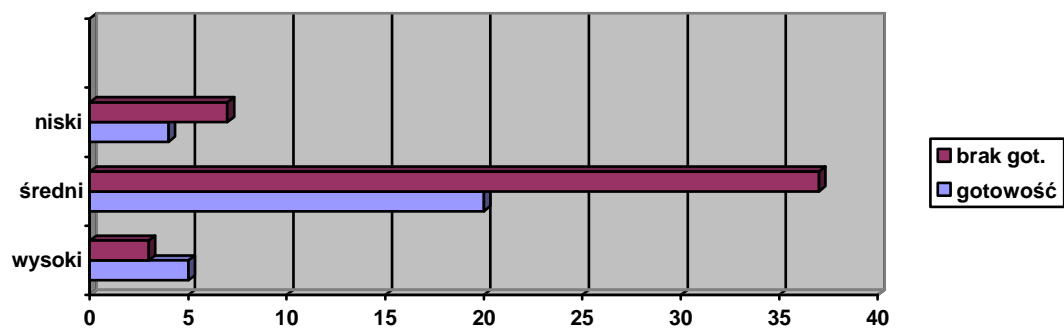




Rysunek 4: Grupy ryzyka wyodrębnione przez respondentów



Rysunek 5: Poziom wiedzy a wiek



Rysunek 6: Gotowość do podjęcia pracy z osobami seropozywnymi a poziom wiedzy

1. Głowaczewska I. (red.), *Życ z wirusem. Poradnik dla osób żyjących z HIV*, Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS, Warszawa 1996
2. Grajcarek A. (red.), *AIDS. Jak zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV w praktyce pielęgniarstwa*, Krajowe Biuro Koordynacyjne ds. Zapobiegania AIDS, Warszawa 1998
3. Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS 1996-1998, PWN Warszawa 1996
4. Rzepka J. (red.), *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS*, S.W. AGAT Katowice 1996
5. Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice 1999
6. Nowak S., *Metody badań socjologicznych. Wybór tekstów*, Warszawa 1975
7. Mayntz R., Holm K., Hübner P., *Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej*, Warszawa 1985
8. Kurowski M., *Postawy lekarzy wobec etycznych i prawnych aspektów zakażeń wirusem HIV i chorych na AIDS, Raport z badania „LEKARZE 1997”*, RUN Badania Rynkowe i społeczne
9. Aronson E., Wilson T. D., Akert R. M., *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Poznań 1997
10. Zimbardo P. G., Ruch F. L., *Psychologia i życie*, PWN Warszawa 1997
11. Tavris C., Wade C., *Psychologia. Podejścia oraz koncepcje*, Poznań 1999
12. Krzemiński I., *Skrócona wersja wystąpienia zamykającego IV Międzynarodową Konferencję na Światowy Dzień AIDS w Warszawie, dnia 1-3 grudnia 1997*
13. Cialdini R., *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*, GWP Gdańsk 1999
14. Bierach A. J., *Komunikacja niewerbalna*, Astrum Wrocław 1997
15. Collins A., *Język ciała*, Astrum Wrocław 1995



Prawa autorskie zastrzeżone.  
Stowarzyszenie Na Rzecz Rozwoju Społecznego „Stricte”  
Szczecin 2007  
<http://www.stricte.free.ngo.pl>  
E-mail: [stricte@onet.eu](mailto:stricte@onet.eu)