

# Aids: Attityder och beteende<sup>1</sup>

Lennart Sjöberg

Forskningen om riskupplevelser har visat att det förekommer starka tendenser till förnekande när det gäller sjukdomsrisker. I fallet aids är riskförnekande ett påtagligt socialt problem. Upplevelsen av aidsrisken har vissa unika egenskaper som troligen förstärker det även i andra sammanhang vanliga förnekandet: en mycket allvarlig risk för en sjukdom som ännu ej kan botas, och en koppling till sexualiteten som är en av de starkaste mänskliga drivkrafterna. Det är naturligt att man försöker motverka sjukdomens spridning med hjälp av informationskampanjer i massmedia, men erfarenheter av sådana kampanjer inbjuder till viss pessimism. Sociala nätverk har visat sig mera effektiva när det gäller att påverka beteendet, och inte bara till en läpparnas bekännelse till en norm.

Lennart Sjöberg är professor i psykologi med inriktning på riskforskning vid Handelshögskolan i Stockholm.

Aids är en sjukdom som sprids genom mänskligt beteende. Den främsta metoden att försöka minska spridningen av sjukdomen är att påverka beteendet.

Människors beteende, eller handlande, bestäms i sin tur av kunskaper och värderingar, eller attityder, av emotioner och impulser. Kunskaper och attityder kan påverkas av upplysning och övertalning och i den mån beteendet styrs av dem kan därför även det påverkas. Jag skall återkomma till frågan om vilken

betydelse kunskaper och värderingar faktiskt har för beteendet.

Attityder har definierats på många sätt, de flesta föga klargörande. Det finns goda skäl att hålla fast vid en enkel, men användbar, definition: Med attityden till ett objekt eller begrepp menas *värderingen* på en dimension från "mycket dålig" till "mycket bra". Innebörden i begrepp som dålig och bra kan i sin tur skifta något, beroende på vad det är som bedöms. När det gäller en sjukdom som aids kan man tala om upplevelsen av riskens storlek.

I denna artikel skall jag först diskutera aids-riskens psykologiska dimensioner och jämföra den med andra risker, särskilt risken från radongas i hemmet. Sådana jämförelser kan vara av värde för att fördjupa förståelsen av den dynamik som finns i upplevelsen av varje särskild risk. Därefter går jag in på resultaten av opinionsundersökningar som gjorts av upplevelsen av och attityden till aids-risken och slutligen diskuterar jag sambandet mellan attityder och beteende och drar slutsatser om hur psykologisk kunskap eventuellt kan användas för att motverka spridningen av aids.

## Aids och andra risker: ett jämförande perspektiv

Upplevelsen av risker har studerats inom många områden. För en översiktlig diskussion hänvisas till Lindell och Sjöberg (1989 a, b). Man har funnit att människor ibland överskattar riskerna och ibland underskattar dem. För översikter av området, se Sjöberg (1982 c, 1987 b). Vad som är en över- eller underskattning av en risk kan naturligtvis bara avgöras om man har tillgång till en väl grundad expertbedömning av riskens storlek. Amerikanska erfarenheter visar emellertid att människor överskattar riskerna med tex industriavfall medan man underskattar dem när det gäller tex risken att få lungcancer till följd av

<sup>1</sup> Denna artikel har utarbetats inom ett projekt som stötts av delegationen för social forskning. För en mera utförlig diskussion av psykologisk forskning om aids och impulsivt beteende hänvisas till Sjöberg (1988 b); se även Sjöberg (1987 a).

radon i hemmet<sup>2</sup>. När det gäller radonrisken har det intressant nog visat sig att man underskattar särskilt risken att det *egna* hemmet skulle vara drabbat medan man kan ha en mera realistisk uppfattning när det gäller den ort man är bosatt på (Sjöberg, 1989).

Det sistnämnda är ett exempel på ett resultat som man replikerat i många undersökningar av hur människor upplever sjukdomssymtom och bedömer riskerna att de har eller kan få olika sjukdomar. Det finns en kraftig tendens till *förnekande* av riskerna i dessa fall (Weinstein, 1984). Förnekandet varierar i styrka men det kan inte finnas mycket osäkerhet om att det existerar och att det är mycket utbrett. När det gäller radon har det hävdats att förnekandet visserligen finns men att det är av måttlig styrka. Den bedömningen bör relateras till det förhållandet att myndigheterna i USA rekommenderar att *alla* hem radontestas och att fn har endast ca 4% av hemmen testats, trots omfattande massmediakampanjer.

Dessa data tyder på att det är svårt att få bryta

*Tabell 1. Möjliga likheter och olikheter mellan riskerna från aids och radon.*

Riskdimension	Aids	Radon
Kan upplevas med sinnesorganen	nej	nej
Man kan skydda sig mot risken		
a) Förebyggande	ja	ja
b) Undanröjande	nej	ja
Dödlig effekt	ja	ja
Cancer	ja	ja
Snabb effekt	ganska	nej
Samhällets eller individens ansvar	individen	individen
Förknippad med		
vissa typer av människor	ja	nej
Hopp om framtida bot	ja	nej
Ansvar för familjen	ja	ja
Experterna anser att risken är stor	ja	ja
Hot mot mänskligheten	kanske	nej

igenom förnekandet som alltid tycks aktualiseras så snart det gäller en risk som rör den egna personen.

Det kan vara intressant att jämföra riskerna från aids och radon i ett antal avseenden som troligen är psykologiskt intressanta, se *tabell 1*.

Som synes är likheterna ganska stora. Några betydande olikheter finns emellertid. Radonfaran kan ganska lätt undanröjas, om den skulle föreligga. Mot aids finns än så länge inget säkert botemedel, även om det finns hopp om att ett skall utvecklas. Aids-risken är förknippad med vissa typer av avvikande människor (homosexuella, missbrukare, prostituerade)<sup>3</sup>, medan radonet kan drabba vem som helst, utan egen förskyllan. Aids-risken är slutligen mera skrämmande därför att den utvecklas till en epidemisk risk som kan drabba över hela världen och kanske få miljontals offer.

Jämförelsen mellan radonrisken och aids-risken tyder på att den sistnämnda skulle upplevas som betydligt allvarligare, även om det finns många likheter mellan riskerna. Därmed är det också troligt att förnekandet blir starkare. Jag har citerat forskning som tyder på att radonrisken ger upphov till ett måttligt förnekande, men även ett sådant måttligt förnekande har hittills varit tillräckligt för att avhålla 96% av de amerikanska hushållen från att testa sina hus för radon. Man kan därför vänta sig ett ännu mindre intresse från allmänheten när det gäller att agera för att testa sig för och skydda sig från aids.

Fischhoff (1988) har presenterat en del intressanta resultat av studier av upplevelsen av aids-risken. En grupp universitetsstuderande bedömde risken att de skulle få aids inom kommande tre åren till i genomsnitt 5%. Risken att bli smittad vid ett samlag utan kondom med en smittad person bedömdes till 50%, med kondom till 5%. Detta anses vara grova över-

.....  
 Ett resultat man replikerat i många undersökningar av hur människor upplever sjukdomssymtom och bedömer riskerna att de har eller kan få olika sjukdomar är att det finns en kraftig tendens till förnekande av riskerna i dessa fall  
 .....

<sup>2</sup> Se Sjöberg (1989) för en översikt av aktuell forskning om riskupplevelse och riskkommunikation när det gäller radonrisken.

<sup>3</sup> Rädslan för aids har befunnits samvariera starkt med olusten inför homosexuella, sk homofobi.



De flesta underskattar den kumulativa risken av att ta många separata, var för sig små risker

skattningar av riskerna<sup>4</sup>. Man har emellertid också funnit att de flesta underskattar den kumulativa risken av att ta många separata, var för sig små, risker. Reaktionen på upplysningen att risken för en allvarlig bilolycka för varje enskild bilfärd är ungefär 1 på 4 miljoner var ganska annorlunda jämfört med upplysningen att risken under en livstid är 1 på 100, trots att dessa två siffror är i överensstämmelse med varandra.

När det gäller aids fann Fischhoff att hans försökspersoner visserligen grovt överskattade risken att bli smittad vid ett enstaka samlag men att de samtidigt underskattade den kumulativa effekten. Slutresultatet blev att deras bedömningar av kumulativa risker var ungefär korrekta!

Psykologer har funnit ett antal andra faktorer som påverkar riskbedömningar, kanske främst riskens tillgänglighet (Sjöberg, 1982 a). Med detta begrepp menas hur lätt man kommer att tänka på eller associera till risken. Detta i sin tur beror till del på massmedia, som troligen förstärker en tendens vi har att mest uppmärksamma det sensationella och dramatiska. När man bad lekmän bedöma mortalitetsrisken i olika sjukdomar fann man att de överskattade risken av mera omskrivna och "dramatiska" sjukdomsförlopp. Nyligen gjordes en studie vid EPA av hur dels experter rangordnade olika miljörisker efter hur farliga de var, dels allmänheten. Man fann att experterna och allmänheten hade fullständigt olika uppfattningar, korrelationen mellan de två rangordningarna var omkring noll. Det är troligt att massmedia spelar en stor roll för uppkomsten av skillnader av denna typ.

<sup>4</sup> Absolutnivån på riskskattningar av denna typ måste tas med en stor nypa salt. Lichtenstein et al. (1978) gav två olika förankringspunkter i ett experiment där de bad ett antal personer bedöma mortalitetsrisker. Ena förankringspunkten var bilolycka. (ca 50 000 dödsfall per år), den andra elströmolycka (ca 1 000 dödsfall per år). När man använde den senare förankringspunkten minskade mortalitetsskattningarna 2–5 gånger.

Riskbedömningar påverkas också av hur en risk formuleras. Fischhoff frågade sina försökspersoner om de ansåg att det vore korrekt att beteckna en kondom med 95% säkerhet som "en effektiv metod för att hindra spridningen av aids". Omkring 88% höll med om det. I en andra grupp av försökspersoner ställde de samma fråga om en kondom med 5% risk. Bara 42% höll nu med om att denna kondom kunde betecknas som en effektiv metod för att stoppa spridningen av aids. Man fick skillnader i samma riktning, ehuru något mindre, när man i stället frågade försökspersonerna om de skulle använda en sådan kondom.

### Aids-attityder

En översikt av 22 amerikanska opinionundersökningar (Singer, Rogers & Corcoran, 1987) som utfördes under perioden 1983–1986, visade att praktiskt taget alla hade hört talas om aids redan 1986, men att ganska få (6%) sade sig känna någon som hade sjukdomen<sup>5</sup>. Aids betraktades som ett stort medicinskt problem, det största näst efter cancer. Personer med lägre utbildning visste minst om aids och var också mest rädda för sjukdomen. De tenderade också att vara anhängare av mera drakoniska metoder för att hindra smittspridning, som att sätta HIV-infekterade personer i karantän.

Personer som var mera exponerade för risken för HIV-smitta visade sig vara mera bekymrade, inte för egen del, men för befolkningen som helhet. Dessa personer hade också enligt egen uppgift oftare ändrat sitt sexuella beteende än andra.

Praktiskt taget alla visste att sjukdomen kan överföras via blod och sexuella kontakter och inte genom luften. Men det fanns ganska stora minoriteter som trodde att den kunde överföras via mat, besök på offentliga toaletter och genom kyssar, trots expertuttalanden om att så ej är fallet.

Det fanns en ökande negativism mot de homosexuella och också rädsla för blodtransfusioner. Omkring 20% förespråkade drakoniska åtgärder mot de smittade och sade att de skulle ta sina barn ur en skola om

<sup>5</sup> Brorsson (1986, 1989), Brorsson och Herlitz (1986, 1987 a, b, 1988) samt Herlitz och Brorsson (1988) har redovisat liknande resultat i några svenska opinionsundersökningar.



Personer som var mer exponerade för risken för HIV-smitta visade sig vara mera bekymrade, inte för egen del, men för befolkningen som helhet. Dessa personer hade också enligt egen uppgift oftare ändrat sitt sexuella beteende än andra

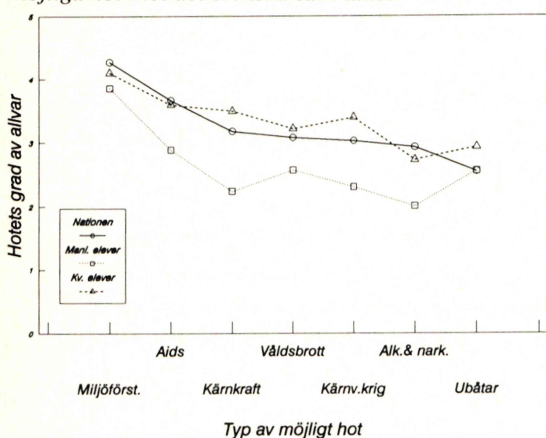
de visste att där fanns ett barn som hade aids. Omkring 50% ansåg att en smittad lärare eller annan skolanställd skulle avskedas. Det fanns en tilltagande positiv attityd till sexupplysning i skolorna, även för barn ner i 12-årsåldern. [Data insamlade före aids visade att sexupplysning kunde bidra till att minska sexuellt risktagande, se Zelnik och Kim (1982)].

Man har ganska litet studerat om människor vidtagit några åtgärder för att undgå sjukdomen. Data är svårtolkade men kan tyda på att ca 10% har gjort så.

Hur stort hot anses aids vara av svenska intervju-personer? Vi (Drott & Sjöberg, 1988; Sjöberg & Drott, 1988 a) insamlade data om denna fråga (december 1986 – april 1987) och bad de tillfrågade (dels ett nationellt stickprov, N = 590, dels gymnasie-elever, N = 380) att bedöma hot mot det svenska samhället. Resultaten framgår av figur 1.

Det är slående att redan 1986 hade aids kommit på andra plats, och sågs som det största hotet mot samhället efter miljöförstöring i allmänhet. Bedömning-

Figur 1. Genomsnittlig skattning av grad av allvar hos möjliga hot mot det svenska samhället.



Skala från 0 (obefarligt hot) till 5 (mycket stort hot)

arna av aidshotet korrelerade med bedömningen av missbruksrisken, som fö hamnade på en förvånansvärt låg nivå. Senare har oron för aids minskat, kanske delvis beroende på minskad uppmärksamhet i massmedia (Findahl, 1989; Nowak, 1989), en alarmrande utveckling.

Amerikanska data gav en låg bedömning av aids som en risk för "dagens samhälle" (problem for the country today) (Singer, Rogers & Corcoran, 1987). De ekonomiska problemen tycktes dominera perspektivet. Skillnaderna mellan dessa resultat och de som vi erhöi i våra svenska data kan bero på att amerikanerna faktiskt har andra och större problem som inte är lika uttalade i Sverige, eller på att man explicit frågade efter problemen i dagens samhälle. Det är ju möjligt att människor upplever att aidsproblemen mest gäller framtiden.

Det är mycket viktigt i riskstudier att skilja mellan risker för den egna personen och risker för människor i allmänhet eller för samhället. Man brukar regelbundet bedöma de personliga riskerna som mindre än dem som gäller folk i allmänhet, och det finns ett mönster av förnekande som innebär att skillnaderna mellan den personliga bedömningen och den som gäller folk i allmänhet ökar.

I amerikanska studier har man funnit att tonåringar har ringa kunskaper om aids (Price, Desmond & Kulkula, 1985). Universitetsstudenter hade vidtagit få åtgärder för att skydda sig mot smitta (Simkins & Eberhage, 1984). Det finns data som tyder på att ungdomar, särskilt manliga ungdomar, tillhör de grupper i samhället som är minst bekymrade över risker (Sjöberg & Drott, 1987). DiClemente, Zorn & Temoshok (1987) studerade en grupp av San Francisco-ungdomar. De fann att de hade mera kunskaper än amerikanska ungdomar i allmänhet men också de som visste minst bedömde risken som störst. En stor minoritet (40%) trodde inte att användning av kondom minskar risken. 25% trodde att aids kan botas bara sjukdomen behandlas tidigt.

Det är troligen ett givande område att närmare studera vilka föreställningar människor har om sjukdomen: hur den uppkommer, hur den överförs mellan människor, vad den leder till, vilka möjligheter läkarna har att påverka sjukdomsförloppet. Vanföreställningar tycks vara vanliga.



Sammanfattningsvis kan sägas att amerikanska och svenska studier av attityder till aids visar att:

- Vissa grundläggande kunskaper om aids är vitt spridda
- samtidigt som vissa missuppfattningar om smittvägar likaledes är vanliga.
- Man har varit mycket bekymrad över sjukdomen, men oron minskar nu,
- och man tror inte att risken är speciellt stor för en själv.
- Inställningen till de smittade ofta är ganska drakonisk.
- Inställningar till riskgrupper tycks bli alltmer negativ.
- Man har inte vidtagit förebyggande åtgärder i någon stor utsträckning men det kan finnas en trend i denna riktning.

### Attityder och beteende

Attityder har en relation till beteende men den är inte alldeles enkel. När man började mäta attityder för ca 60 år sedan var man till en början optimistisk om användbarheten av dessa mätningar. Länge sysslade man med att mäta generella attityder till olika sociala begrepp. Så småningom blev man intresserad av att studera om det verkligen fanns ett empiriskt samband så att de som hade en positiv attityd till ett visst begrepp också handlade positivt. Man fann då i undersökning efter undersökning att sambanden var mycket låga. Wicker (1969) sammanfattade denna forskning och drog den slutsatsen att det samband man kunde vänta sig låg lägre än en korrelation på 0.3 alltså mindre än 10% av variansen hos beteendet kunde förklaras av variation i attityd.

Senare har emellertid Fishbein och Ajzen (1974, 1975) visat att samband på mycket högre nivå kan uppmätas *förutsatt att attityder och beteende mäts på samma abstraktionsnivå*. Om t ex attityden är en generell värdering av ett begrepp som U-landshjälp måste beteendemåttet vara en sammanställning av ett stort antal beteenden som är relevanta för det begreppet (Sjöberg, 1982 b). Man kan inte hoppas att det skall gå att predicera vart och ett av dessa enskilda beteenden särskilt väl, men summan av dem, en beteendetendens om man så vill, går att predicera från attityden på en nivå omkring 0.6–.07.

I massmediakampanjer försöker man påverka människors beteende genom att påverka deras attityder och genom att informera om viktiga sakförhållanden. Det gäller då förstås att man har störst chans att lyckas om man väljer attityder som innehållsmässigt matchar de relevanta beteendena så nära som möjligt. Vägen från ett budskap till beteende, via en attitydpåverkan, är emellertid ganska lång. I en studie av radonrisken fann t ex Weinstein att visserligen passade data väl till en modell där man antog att en varning skapade en förhöjd riskupplevelse som i sin tur ledde till riskförebyggande beteende, men sambanden var så pass uttunnade att det resulterade sambandet mellan varning och riskförebyggande beteende blev av marginell storlek (Weinstein, Sandman & Roberts, 1988).

Det finns en omfattande forskning om attitydförändringar och beteendepåverkan (McGuire, 1985). När det gäller risker har man mycket diskuterat om effekterna av "skrämselpropaganda" är sådana att de leder till en ökad tendens till förnekande av risken (Sutton, 1982). Det finns antagligen inget enkelt svar på den frågan. Om det är fråga om en risk som man lätt kan skydda sig mot, t ex genom att använda bilbälte, kan starkt skrämmande upplysning ha en positiv effekt. När det gäller aids är ju läget tyvärr ett annat och riskförnekandet hos många starkt. Det verkar mindre troligt att skrämmande upplysning skulle ha förmåga att bryta igenom förnekandet här.

Det har gjorts många försök att med hjälp av massmediakampanjer påverka människors risktagande och stimulera till ett mera hälsosamt beteende. På det hela taget har man funnit att det är mycket svårt att nå stora effekter den vägen. Detta gäller även aids (Findahl, 1989). Det som verkar ha effekter, i och för sig även de av blygsam storleksordning, är knappast kunskaper utan att man vädjar till värderingar, med budskap som är så konkreta och personliga som möjligt. Det gäller att angripa människors förnekande av risker och deras irrationella risktagande — om detta tycks de flesta vara överens (Booth, 1988).

Detta betyder naturligtvis inte att det är omöjligt att få effekter via massmedia. Mera verkningfulla effekter uppkommer emellertid i allmänhet genom påverkan på ett personligt plan. Man lyssnar hellre till vänner och grannar än till medierna. Det är kanske



svårt att se hur man skall systematiskt utnyttja denna sociala process. Ett mellanting ges av kampanjer som kombinerar massmediaupplysning med andra samhällsaktiviteter. Ett pågående försök att få människor att testa sina hus för radonfaran fick en höjning med 10 procentenheter genom att sådant program – från 5 till 15 % (Sjöberg, 1989). Man kan se detta som en blygsam effekt men kanske kan det också bedömas som värt de resurser man lagt ner.

Jag började denna artikel med påståendet att beteendet påverkas av kunskaper, värderingar, emotioner och impulser. Det är väl känt att åtskilliga missbrukare ofta har den värderingen att de skulle vilja avbryta sitt missbruk, och de försöker ibland, bara för att uppleva ständiga återfall. Missbruk av alkohol och narkotika har en del gemensamma drag med sexuell beteende som också det är styrkt av starka lustimpulser. Vi har studerat hur återfall uppkommer under trycket av starka impulser och andra starka emotioner, som kan vara av både negativt och positivt slag (Sjöberg, 1985).

Återfallet underlättas av någon av de 1 000 orsaker som lätt kan mobiliseras för att möjliggöra att man just nu, för denna sista och enda gång, kan unna sig själv en njutning. Det är som om vi hade två värdesystem, som är i konflikt med varandra: ett kortsiktigt och ett långsiktigt. De kortsiktiga värdena vinner tack vare vår stora förmåga till förnekande, vår kroniska optimism, som är en styrka i många sammanhang (Sjöberg, 1988 a; Taylor & Brown, 1988), men som tyvärr kan utnyttjas av våra impulser för att korrumpera vår verklighetsuppfattning.

Skälet till att sambandet mellan attityder och beteende ofta är svagt får nog sökas i att människor sällan handlar enbart i överensstämmelse med sina långsiktiga intressen och värderingar. För stunden verksamma impulser och emotioner, som har sin grund i andra psykologiska system än värderingar och kunskaper om risker med olika beteenden, får överhanden. Den enorma flexibiliteten hos vårt tänkande kommer mycket lätt i tjänst hos dessa stundens impulser.

#### **Att hindra spridningen av aids: några slutsatser**

Massmediakampanjer har i allmänhet blygsamma effekter, särskilt om de enbart syftar till att sprida kun-

skaper. *Vissa* effekter kan man emellertid få med lämpligt formulerade budskap som knyter an till det personliga och konkreta, och till centrala värderingar. Formuleringen av budskapen måste ta hänsyn till de fallgropar som skapas av olika snedvridande faktorer i riskupplevelsen, t ex när det gäller positiva och negativa riskbudskap.

De är troligt att aids, som i sig inbjuder till starkt förnekande, är ett olämpligt objekt för alltför skrämmande upplysning, eftersom man kan anta att förnekandet förstärks om hotet upplevs som alltför stort.

Påverkan med hjälp av sociala nätverk förefaller vara en mycket lovande metod för att få människor att minska sitt risktagande.

För att angripa förnekandet av risker och motverka irrationellt risktagande kan ökad självkänedom om de tendenser vi har till att skapa orsaker för att ge efter för kortsiktiga impulser eventuellt bidra på ett konstruktivt sätt.

Fortsatt forskning om upplevelsen av aids-risken och dess samband med relevant beteende samt om hur människor uppfattar sjukdomens orsaker och förlopp vore av intresse.

#### REFERENSER

- Findahl, O.* (1989): Aids – en utmaning för informations-samhället. Rapport nr 19. Sveriges radio: Publik- och programforskningsavdelningen.
- Lindell, B., & Sjöberg, L.* (1989 a): Vilket är viktigast vid riskbedömning: sannolikhet eller konsekvens? *Läkartidningen*, 86, 4435–4437.
- Lindell, B., & Sjöberg, L.* (1989 b): Översikt om riskjämförelser. *Läkartidningen* 86, 4525–4528.
- Singer, E., Rogers, T.F., & Corcoran, M.* (1987): AIDS. *Public Opinion Quarterly*, 51, 580–595.
- Sjöberg, L.* (1982 c): (Ed.) Risk och beslut. Individens inför samhällsriskerna. (Risk and decision. The individual facing societal risks). Stockholm: Liber, 1982.
- Sjöberg, L.* (1989): Radon risks: Attitudes, perceptions and actions. Washington, DC: U. S. Environmental Protection Agency, Office of Policy Analysis, EPA-230-04-89-049.
- Sjöberg, L., & Drott, B.-M.* (1987): Psychological reactions to cancer risks after the Chernobyl accident. *Medicinal Oncology and Tumor Pharmacotherapy*, 4, 259–271.
- Weinstein, N.* (1984): Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431–457.

Fullständig referenslista kan fås av författaren.