

Heiner C. Bucher, Turan Eser, Markus Weinbacher, Klaus Gyr

Medizinische Universitäts-Poliklinik, Kantonsspital Basel

HIV-Prävention bei türkischen Immigranten in einer allgemeininternistischen Poliklinik

Zusammenfassung

Der Wissensstand über Ansteckungsmechanismen und Risikoverhalten für eine HIV Infektion wurde in zwei konsekutiv rekrutierten Patientengruppen von je 150 und 98 türkischen PatientInnen, welche erstmalig die medizinische Universitäts-Poliklinik Basel aufsuchten mit einem 29 Item Fragebogen überprüft. Die PatientInnen wurden im Abstand von 6 Monaten rekrutiert. Bei der ersten Gruppe wurde mit Hilfe eines Dolmetschers eine ärztliche Beratung über Risiken und Schutzmöglichkeiten für eine HIV Infektion durchgeführt, die Kontrollgruppe erhielt keine spezifische Beratung. Bei 49% der PatientInnen war ein Follow-up Interview, 1 Jahr nach Klinikkontakt möglich. Der mittlere Wissenszuwachs über HIV nahm in der gesamten Studienpopulation von 49,3% auf 60,0% zu ($p < 0,0001$, Mittelwerte für Prozent korrekte Antworten). Der Wissenszuwachs in den Interventions- und Kontrollgruppen war nur grenzwertig unterschiedlich ($p = 0,059$). Ein Vergleich des Wissensstandes bei Studienbeginn mit einer zweiten Kontrollgruppe von 148 Schweizer PatientInnen zeigte einen hochsignifikant besseren Wissensstand letzterer Vergleichsgruppe. Studiendesign und niedriger Follow-up limitieren die Aussagekraft der Studie. Von 1992 bis 1994 hat sich der Wissensstand bezüglich Risiken einer HIV Infektion bei türkischen PatientInnen verbessert, ist jedoch immer noch niedriger als bei schweizer Patienten. Patientenberatung in der ärztlichen Praxis ergab keinen höheren Wissenszuwachs im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Intervention.

AIDS ist in der Schweiz bei den 20 bis 40jährigen nebst Suizid und Unfällen die häufigste Todesursache¹. Studien aus den USA²⁻⁵ und den Niederlanden^{6,7} zeigen die zunehmende Bedeutung ethnischer Minderheiten bezüglich eines erhöhten Risikos sexuell übertragbarer Krankheiten und speziell von HIV.

In der Schweiz sind Kenntnisse über das Risikoverhalten und über den Wissensstand bezüglich Übertragungs- und Schutzmöglichkeiten einer HIV Infektion bei nicht-schweizerischen Bevölkerungsgruppen unzureichend. Dies gilt beispielsweise für die türkische und kurdische Bevölkerungsgruppe, deren Anteil an der schweizeri-

schen Wohnbevölkerung sich von 1980 bis 1990 verdoppelt hat und bei über 80000 Personen liegt⁸. Diese Bevölkerungsgruppe stellt somit eine aus gesundheitspolitischer und präventivmedizinischer Sicht nicht zu vernachlässigende Gruppe dar.

Eine Studie aus den Niederlanden gibt Hinweise, dass das Bewusstsein um die Risiken einer HIV Infektion insbesondere bei türkischen Männern unzureichend ist⁶. In den Jahren 1985–1990 war in Amsterdam bei türkischen Männern, im Gegensatz zu heterosexuellen Männern aus den Niederlanden und aus anderen Einwanderungsgruppen kein Rückgang an sexuell übertragbaren Krankheiten feststellbar. In der Türkei bestehen nur wenige AIDS-spezifische Aufklärungsprogramme und diese schliessen die östlichen und ländlichen Gebiete aus⁹. Es muss deshalb vermutet werden, dass die türkischsprachige Bevölkerung in der Schweiz durch die bisherigen Aufklärungsmaßnahmen unzureichend erreicht wurde.

Die vorliegende Studie gibt Informationen zum Wissensstand türkischer PatientInnen über Risiken und Schutzmöglichkeiten für eine HIV Infektion und berichtet über die Ergebnisse einer Beratungs-

intervention bei türkischen PatientInnen an der medizinischen Universitäts-Poliklinik Basel.

Methodik

Intervention

Von Oktober 1992 bis März 1993 wurde an der medizinischen Universitäts-Poliklinik am Kantonsspital Basel die Effektivität der ärztlichen Beratung zur Prävention einer HIV Infektion bei türkischsprachigen PatientInnen, die sich zu einer Erstkonsultation anmeldeten, untersucht. Alle AssistenzärztInnen der Poliklinik wurden in zwei Kursen über Prinzipien der HIV Beratung, der Beratung bei HIV Testwunsch und über die Erhebung einer Sexualanamnese instruiert¹⁰. Die Durchführung der Risikoanamnese und der Beratung wurde anhand eines der Krankengeschichte beigefügten Kontrollblattes überprüft, welches bei der Patientenvorstellung vom zuständigen Oberarzt visiert wurde. Bei Kommunikationsproblemen stand ein türkischer Dolmetscher zur Verfügung, der speziell in Fragen der HIV Beratung geschult ist.

Den AssistentInnen wurden die vom Bundesamt für Gesundheitswesen entwickelten Patienteninformation zur HIV-Prävention für türkischsprachige PatientInnen zur Verfügung gestellt. Diese Broschüre ergänzten wir mit einer türkischsprachigen Einlage mit genaueren Angaben und Ausführungen zu Problemen beim Kondomgebrauch. Der Beilage war ein Kondom beigelegt.

Die Patientenbefragung erfolgte vor der Konsultation mit einem Fragebogen im Warteraum. Einziges Ausschlusskriterium war Analphabetentum. Die Studienteilnahme war freiwillig. Das Studienprotokoll wurde von der ethischen Kommission des Kantonsospitals Basel gutgeheissen.

Patientenkollektiv

Interventionsgruppe

Für den Zeitraum der Intervention wurde ein konsekutives Patientenkollektiv von 150 türkischen PatientInnen, welche sich zu einer Erstkonsultation auf der medizinischen Universitäts-Poliklinik Basel anmeldeten, rekrutiert.

Kontrollgruppen

Es wurden 2 Kontrollgruppen rekrutiert. Der Wissensstand der türkischen PatientInnen wurden bei Studienbeginn im Rahmen einer Querschnittstudie mit einer gleichzeitig rekrutierten konsekutiven Patientengruppe von 150 Schweizer PatientInnen verglichen.

Der Erfolg der Patientenberatung bei türkischen PatientInnen wurde mit einer türkischen Kontrollgruppe eines konsekutiven Samples von 100 PatientInnen ohne Intervention, die 6 Monate später von April bis Juni 1993 rekrutiert wurde, verglichen. Diese PatientInnen wurden von einem neuen Assistenzärzteteam betreut, welches keine Kurse zu Prinzipien der HIV Beratung erhalten hatte. Den AssistentInnen wurden lediglich Patienteninformationsbroschüren in den Sprechzimmern zur Verfügung gestellt.

Follow-up

Ein Jahr nach Intervention wurden die türkischen PatientInnen der Interventions- und Kontrollgruppen nochmals zu Übertragungsmechanismen und Risikoverhalten befragt. Die Befragung erfolgte mittels standardisierten Telefoninterviews. PatientInnen ohne Telefon wurden schriftlich angegangen und wenn möglich persönlich interviewt. Alle Studienteilnehmerinnen wurden von zwei weiblichen Interviewern befragt.

Befragungsinstrumente

Alle Fragebogen waren nummeriert. Persönliche Patientendaten, wel-

che eine Identifikation des Befragten ermöglichten, wurden separat gespeichert und ein allgemeiner Datenzugriff verunmöglicht. Der Fragebogen enthielt neben Fragen zu soziodemographischen Daten 29 Fragen zu Ansteckungsmechanismen und Risikoverhalten für die Übertragung einer HIV Infektion. Diese Fragen waren dem Fragebogen des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG) entnommen, der für Befragung von Migrationsgruppen verwendet wurde¹¹. Zusätzlich wurden in unserem Befragungsinstrument Risikoverhalten, wie i.v. Drogenkonsum, homosexuelle Kontakte, Kontakte mit Prostituierten, ungeschützte Sexualkontakte mit GelegenheitspartnerInnen, sowie die Anzahl der sexuellen PartnerInnen in den letzten 6 Monaten erfragt.

Die türkisch- und deutschsprachigen Fragebogen wurden an je 5 freiwilligen PatientInnen auf Verständlichkeitsprobleme getestet. Der türkische Fragebogen und das Interviewprotokoll wurde von einer türkischsprachigen Ärztin für die Korrektheit der Übersetzung überprüft.

Für die Zwecke der Auswertung wurden die Fragen zu Ansteckungsmechanismen und Risikogruppen für eine HIV Infektion zu vier Skores zusammengefasst. Von den 22 Fragen zu Übertragungsmechanismen waren 7 Fragen zu relevanten Übertragungsmechanismen und wurden zu einem Punkteskore für „relevante Items“ zusammengefasst. Folgende Fragen wurden in diesen Skore aufgenommen: Die Übertragung des HIV Virus erfolgt durch Geschlechtsverkehr und den Gebrauch unsauberer Spritzen. Eine HIV Infektion lässt sich vermeiden durch den Gebrauch von Kondomen beim Geschlechtsverkehr, durch die Reduktion der Anzahl der SexualpartnerInnen, durch sexuelle Abstinenz, durch den Verzicht auf Drogen und durch das Vermeiden von Tauschen von

Spritzen bei i.v. Drogenkonsum. Fünfzehn Fragen beschrieben Situationen, die für die Übertragung einer HIV Infektion nicht in Frage kommen (z.B. HIV kann durch küssen, anhusten, in einer öffentlichen Toilette, etc. übertragen werden). Diese Fragen wurden zu einem zweiten Punkteskore von „irrelevanten Items“ zusammengefasst.

In 7 Fragen wurde nach Risikoverhalten für eine HIV Infektion gefragt. Folgende vier Fragen, welche „relevanten“ Fragen über Risikogruppen umfassten wurden zu einem Skore zusammengefasst: Eine HIV Infektion kann durch ungeschützten Geschlechtsverkehr bei Kontakt mit Prostituierten, bei homosexuellen Kontakten, bei sexuellen Kontakten mit GelegenheitspartnerInnen und durch ungeschützten Geschlechtsverkehr mit einer Vielzahl von unbekanntem PartnerInnen (promiskuitives Verhalten) erworben werden. Drei Fragen zu Verhaltensweisen, welche kein Risikoverhalten für eine HIV Infektion darstellen, wurden ebenfalls zu einem Skore zusammengefasst. Sämtliche Fragen wurden als dichotome Variablen kodiert. Alle Skores wurden vor Einschluss in das statistische Modell in eine Prozentskala transformiert, womit ein maximaler Punkteskore 100% entspricht.

Statistische Auswertung

Unterschiede für soziodemographische Charakteristika bei Studienbeginn wurden für Proportionen mit dem Chi-Quadrat-Test und für kontinuierliche Variablen mittels t-Test überprüft. Unterschiede der Skores bei Studienbeginn in der türkischen und schweizer Patientengruppe wurden mit dem t-Test und nicht-parametrischen Tests überprüft.

Skores über den Wissensstand von Übertragungsmechanismen und Risikoverhalten wurden in zwei Schritten ausgewertet. Da sich der

Wissensstand über HIV in beiden Bereichen zu Beginn der Erhebung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe unterschied, wurde das initiale Wissen als Co-Faktor in eine Varianzanalyse einbezogen, die überprüft, ob die Gruppenzuteilung in Interventions- und Kontrollgruppe einen signifikanten Einfluss auf den Wissensstand bei der Wiederholungsmessung hat (ANCOVA mit Messwiederholung). Zusätzlich zum Wissensstand bei Einschluss in die Studie wurden die Variablen „Ausbildungsstand“ und „Aufenthaltsdauer in der Schweiz“ als Co-Faktoren berücksichtigt und in das Modell eingegeben. Das varianzanalytische Modell berücksichtigt also den Messzeitpunkt als intra-individuellen Faktor (Zeit) und die Gruppenzugehörigkeit (Interventions- respektive Kontrollgruppe) als interindividuellen Faktor. Zur Beantwortung der Frage, ob die Intervention einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des Wissensstandes über HIV hat, wird der Interaktionsterm Zeit mal Gruppe berichtet. Sämtliche p-Werte sind für zweiseitige Tests aufgeführt. Die Auswertung erfolgte mit dem SPSS Programm für Personalcomputer¹².

Resultate

Insgesamt 9 von 159 kontaktierten türkischen PatientInnen (5,6%) der Interventionsgruppe und 3 von 103 PatientInnen der türkischen Kontrollgruppe (3%) verweigerten die Teilnahme und wurden durch nachfolgende PatientInnen ersetzt bis die Patientenzahl erreicht wurde. Je zwei Fragebogen in den türkischen und Schweizer Kontrollgruppen wurden nach Hause genommen und gingen verloren.

In der Follow-up Studie 1 Jahr später konnte bei 66 PatientInnen (44%) in der Interventionsgruppe ein Zweitinterview erreicht wer-

den. Dreizehn PatientInnen (8,6%) verweigerten ein Interview, 7 PatientInnen (4,6%) waren definitiv ausgereist und 64 PatientInnen (42,6%) waren trotz mehrmaligen Versuchen nicht erreichbar. In der türkischen Kontrollgruppe waren 54 PatientInnen (55,6%) zu einem Zweitinterview bereit. Vierzehn PatientInnen (14,4%) verweigerten ein Interview, 2 PatientInnen (2%) waren ausgereist und 27 PatientInnen (27,8%) waren nicht erreichbar. Nicht erreichte PatientInnen waren bezüglich Wissensstand bei Studienbeginn und soziodemographischen Merkmalen gegenüber den erreichten PatientInnen nicht unterschiedlich (Ergebnisse nicht gezeigt).

Die Interventionsgruppe und die türkische Vergleichsgruppe waren bezüglich soziodemographischen Merkmalen nicht unterschiedlich (Tabelle 1). Rund drei Viertel der türkischen Befragten wiesen weniger als 9 Schuljahre Bildung auf und rund die Hälfte der Befragten stammte aus ländlichen Gebieten. Die mittlere Aufenthaltsdauer in der Schweiz betrug 3,3 Jahre. PatientInnen der Schweizer Kontrollgruppe waren statistisch signifikant besser ausgebildet und älter.

Bei Studienbeginn war der Wissensstand über Übertragungsmechanismen und Risikoverhalten für eine HIV Infektion zwischen schweizer und türkischen PatientInnen statistisch hoch signifikant unterschiedlich. Die mittleren Prozentwerte richtiger Antworten lag sowohl für Übertragungsmechanismen und für Risikoverhalten bei Schweizer Befragten für die jeweiligen Kategorien über 70% und bei türkischen Befragten zwischen 20 und 70% ($p < 0,0001$, Abbildung 1).

Abbildung 2 zeigt für Schulbildung und Aufenthaltsdauer in der Schweiz standardisierte Mittelwerte richtiger Antworten unabhängig von der jeweiligen Gruppenzuordnung bei Studienbeginn und nach einem Jahr. Insgesamt nahm das

	Türkische Interventionsgruppe n = 150 % (n)	Türkische Kontrollgruppe n = 98 % (n)	Schweizer Kontrollgruppe n = 148 % (n)
Schulbildung < 9 Schuljahre	78,8 (93)	72,0 (54)	27,1 (35)*
Geschlecht (männlich)	54,0 (81)	59,8 (58)	59,3 (86)
Von ländlicher Herkunft	58,3 (70)	47,4 (37)	–
Mittlere Aufenthaltsdauer in der Schweiz (Jahre, SE)	3,3 (0,097)	3,4 (0,109)	–
Mittleres Alter (Jahre, SE)	31,6 (0,743)	31,1 (1,06)	43,4 (0,339)*

* p < 0,0001 gegenüber Interventionsgruppe, SE Standard error.

Tabelle 1. Soziodemographische Merkmale von türkischen Patienten in der Interventions- und Kontrollgruppe sowie der Schweizerischen Kontrollgruppe bei Studienbeginn.

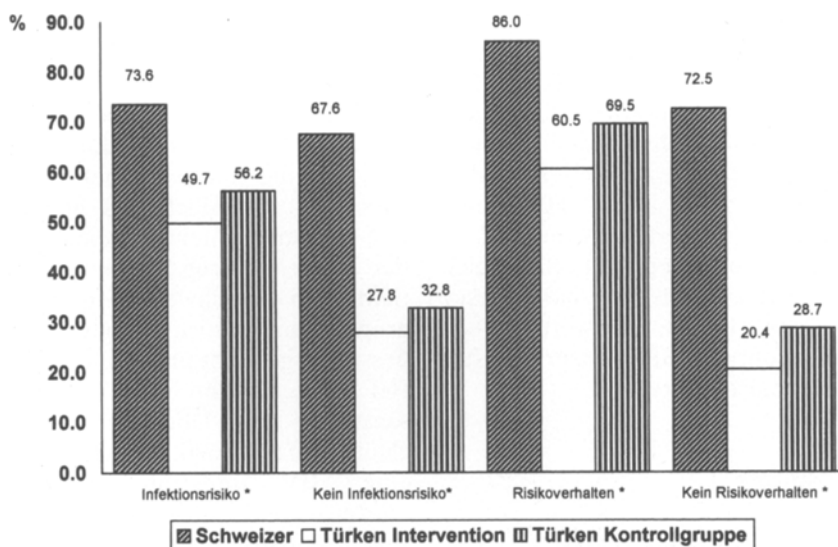


Abbildung 1. Wissen über Infektionswege und Risikoverhalten für eine HIV Infektion. Skorenmittelwerte in Prozent richtiger Antworten bei Schweizer und türkischen Patienten bei Studienbeginn. Schweizer n = 148, Türken: Interventionsgruppe n = 148, Kontrollgruppe n = 98, *p < 0,0001.

Durchschnittswissen von türkischen Befragten (Prozentmittelwert aller 29 Items) von 49,3% auf 60,0% zu (p < 0,0001, Abbildung 2). Der Mittelwert richtiger Antworten zu Übertragungsmechanismen stieg von 46,8% auf 55,6%, und derjenige zum Risikoverhalten

von 51,8% auf 60,35% (p < 0,0001 für Unterschiede des Wissenszuwachses von Übertragungsmechanismen gegenüber Risikoverhalten). Der Prozentmittelwert richtiger Antworten für das Wissen über relevante Fragen zu Übertragungsmechanismen und Risikoverhalten

für eine HIV Infektion stieg von 68,2% auf 70,5%. Für Fragen, die kein Risikoverhalten respektive eine wirkliche Übertragungsgefahr für eine HIV Infektion darstellen stieg der Prozentmittelwert richtiger Antworten von 30,4% auf 45,4% (p < 0,0001 für Unterschiede zwischen relevanten und irrelevanten Items).

Die Ergebnisse der Interventionsstudie lassen sich wie folgt zusammenfassen: Der Mittelwert richtiger Antworten für das Gesamttotal aller 29 Fragen stieg in der Interventionsgruppe von 42,9% auf 57,8% und in der Kontrollgruppe von 57,7% auf 58,2% (p = 0,059). Die Wissenszunahme in der Interventions- und Kontrollgruppe zu Übertragungsmechanismen und Risikoverhalten zeigte hingegen keine signifikanten Unterschiede. Ebenso zeigte die Wissenszunahme in der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich relevanter und irrelevanter Items zu Übertragungsmechanismen und Risikoverhalten für eine HIV Infektion keine signifikanten Unterschiede. Angaben zum Risikoverhalten waren aufgrund der geringen Angaben nicht schlüssig und werden deshalb hier nicht berichtet.

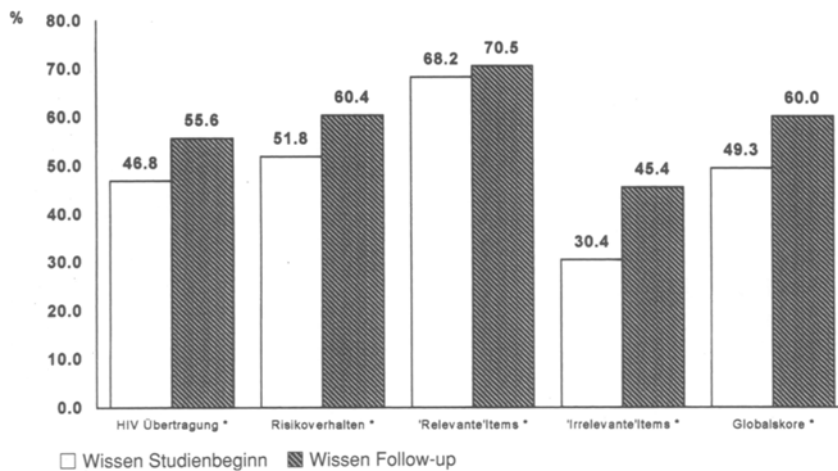


Abbildung 2. Wissensstand türkischer Patienten über relevante und irrelevante Infektionsmechanismen für eine HIV Infektion. Skoremittelwerte in Prozent richtiger Antworten bei Studienbeginn und 1 Jahr Follow-up. Türkische Patienten mit Follow-up: n = 120, *p < 0.0001.

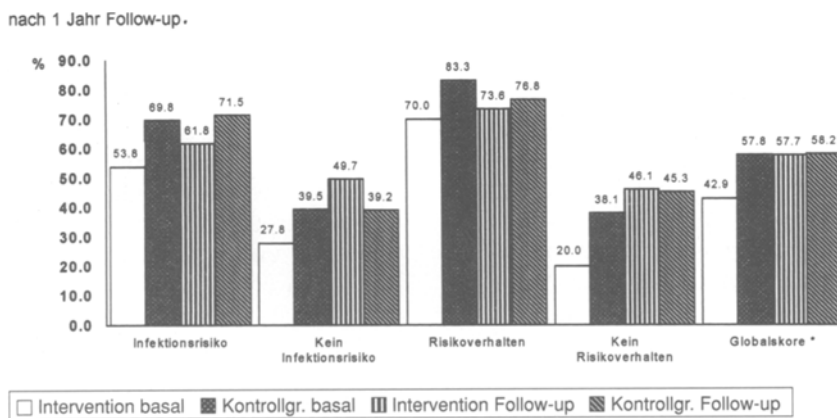


Abbildung 3. Wissen türkischer Patienten über Infektionsmechanismen und Risikoverhalten für eine HIV Infektion. Skoremittelwerte in Prozent richtiger Antworten in Interventions- und Kontrollgruppe bei Studienbeginn und nach 1 Jahr Follow-up. Interventionsgruppe: n = 66, Kontrollgruppe: n = 54, *p = 0,059.

Diskussion

Die vorliegende Studie zeigt, dass eine kurze Intervention in der ärztlichen Sprechstunde und die Abgabe von Informationsmaterial den Wissensstand bezüglich der HIV Infektion in einer Patientengruppe, welche aufgrund der kulturellen und sprachlichen Ver-

schiedenheit grösseren Verständigungsschwierigkeiten ausgesetzt ist, verbessern kann. Der Unterschied des Wissenszuwachses für den Globalescore über das Wissen der Risiken einer HIV Infektion war zwischen Interventions- und Kontrollgruppe grenzwertig signifikant (p = 0,059). Durch die Intervention resultierte jedoch kein

signifikant unterschiedlicher Wissenszuwachs bezüglich „relevanter“ respektive „irrelevanter“ Übertragungsmechanismen sowie wesentlichen, respektive unwesentlichen Faktoren eines Risikoverhaltens für eine HIV Infektion. Der Wissensstand war jedoch in beiden Gruppen bei der Follow-up-Befragung vergleichbar. Verschiedene Gründe können hierfür angeführt werden. Es ist denkbar, dass das Ausmass der Intervention ungenügend war. Verständigungsschwierigkeiten, mangelndes Problembewusstsein der PatientInnen oder Beratungsgeschick der ÄrztInnen könnten hierfür Gründe sein. Die Form der Aufklärung könnte den soziokulturellen Bedürfnissen der türkischen Patientengruppe zu wenig entsprochen haben. Die Bedeutung der soziokulturellen Anpasstheit Aids-spezifischer Aufklärungsmassnahmen ist jedoch bedeutsam^{13, 14}.

Es ist ebenso denkbar, dass ein Fehler 2. Ordnung vorliegt und die statistische Kraft unserer Studie zu gering war. Der niedrige Follow-up kann die statistische Kraft reduzieren und schränkt zusätzlich die Aussagekraft unserer Studie ein. Die Tatsache, dass Patienten der Kontrollgruppe durch Patientenbroschüren in den Wartezonen und Sprechzimmern ebenfalls Informationen erhielten, kann die Effektgrösse unserer Studie ebenfalls vermindert haben. Der Wissensstand in der türkischen Bevölkerung scheint sich kontinuierlich verbessert zu haben. So wies die 6 Monate später rekrutierte Kontrollgruppe einen bereits (statistisch nicht signifikanten) besseren Wissensstand auf, als die Interventionsgruppe. Zudem wurde im März 1993 in Basel eine AIDS-Beratungsstelle für die türkischsprachige Bevölkerung eröffnet. Es ist denkbar, dass damit Probleme zu HIV in der türkischen Bevölkerungsgruppe eine grössere Beachtung fanden und zusätzlich

einen Wissenszuwachs der Kontrollgruppe begünstigt worden ist. Unsere Studie hat verschiedene methodische Mängel, welche die Aussagekraft der Ergebnisse sicherlich schwächen. Idealerweise hätte eine randomisierte Zuordnung der Patienten in die Interventions- oder Kontrollgruppe bezüglich der Vergleichbarkeit des basalen Wissensstandes und der Kontrollierbarkeit der Interventionsmassnahmen optimale Voraussetzungen geschaffen. Eine strikte Auftrennung der AssistenzärztInnen in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe war jedoch aus organisatorischen Gründen nicht realisierbar. Das zu geringe Patientenrekrutierungspotential in der durch das Rotationsprinzip unserer AssistenzärztInnen vorgegebenen Blockzeit von 6 Monaten verunmöglichte diese Strategie.

Die in die Studie eingeschlossenen Gruppen sind Gelegenheitsstichproben und für die Gesamtbevölkerung der Nordwest-Schweiz nicht repräsentativ. Der Anteil der erzielten Follow-up Interviews von rund 52% muss als niedrig erachtet werden, ist jedoch angesichts der Schwierigkeiten der Erreichbarkeit und Mobilität der türkischen Patientengruppe sicherlich beachtlich.

Die Studie erlaubt jedoch einige generelle Schlussfolgerungen bezüglich des Wissensstandes über HIV bei türkischen Befragten. Das Wissen über HIV in der türkischsprachigen Patientenpopulation an der medizinischen Universitäts-Poliklinik hat sich in den Jahren, 1992 bis 1994, deutlich verbessert. Der Informationsstand der schweizerischen Vergleichspopulation ist jedoch noch nicht erreicht. Interessanterweise war der Wissenszuwachs bei Übertragungsmechanismen, die keine HIV Infektion begünstigen grösser als bei Übertragungsmechanismen die in direkten Bezug zu einem möglichen Ansteckungsrisiko für HIV stehen.

Dies kann ein Hinweis sein, dass in der türkischen Population die Bedrohung einer möglichen HIV Infektion aufgrund spezifischer kultureller Merkmale und aufgrund des wahrscheinlich niedrigeren Risikos dieser Population unterschiedlich wahrgenommen wird. Informationen, die in direkterem Lebensbezug dieser Bevölkerungsgruppe stehen und zeigen wie HIV *nicht* erworben werden kann, scheinen an Wichtigkeit im Vordergrund zu stehen.

Ein Literaturvergleich zeigt, dass nur wenige europäische Arbeiten zur HIV-Prävention bei Immigrationsgruppen vorliegen, wobei Studien zu türkischen Immigranten fehlen. Eine Umfrage in der Schweiz zeigte, dass bei südeuropäischen Saisonarbeitern das Wissen über HIV zwar besser als erwartet war, aber weitaus häufiger falsche Vorstellungen über die Konsequenzen von Aids vorlagen¹⁵. Der Kondomgebrauch bei sexuellen Gelegenheitskontakten dieser Gruppen war unzureichend. Eine Arbeit aus Glasgow, Grossbritannien zeigt, dass der Wissensstand bezüglich HIV zwischen weissen und asiatischen Männern geringfügig unterschiedlich war¹⁶. Asiatische Männer schätzten ihr persönliches Risiko einer HIV Infektion jedoch wesentlich geringer ein als weisse Männer.

Aus den USA liegen die meisten Studien zu HIV-Präventionsmassnahmen bei ethnischen Minderheiten vor. Diese Studien wurden vor allem bei afro- und latinoamerikanischen Adoleszenten in Schulen, oder im Rahmen von gemeindebezogenen Interventionsmassnahmen durchgeführt. Mehrere Studien zeigen, dass zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen, z.T. beträchtliche Wissensunterschiede bezüglich HIV¹⁷⁻²¹, dem wahrgenommenen HIV Risiko^{19,20,22,23}, sowie dem Schutzverhalten (Kondomgebrauch) bestehen²⁴. Diese Unterschiede des Wissensstandes, nicht aber des Risikoverhaltens

wurden in einer anderen amerikanischen Studie, die im Vergleich zu den genannten Studien zwei Jahre später erfolgte, nicht bestätigt²⁵. Durch spezifische Information und Training in Verhaltensmodifikation konnte in mehreren Studien das Wissen über Risikoverhalten für eine HIV Infektion verbessert werden^{13,26-28}. Studien zeigten eine Modifikation des sexuellen Verhaltens mit z.B. erhöhtem Kondomgebrauch bei sexuellen Erstkontakten^{29,30}. Zwei Studien zu Aufklärungsmassnahmen bei Teenagern aus Minderheiten zeigten in den Interventionsgruppen einen verzögerten Beginn der sexuellen Aktivität^{29,31}.

Der Nutzen der gezielten Patientenberatung wird von in der Grundversorgung tätigen Ärzten oft unterschätzt^{32,33}. Die Studie zeigt, dass eine kurze Information im Rahmen der Systemanamnese bei der Erstkonsultation und die Aufgabe von Informationsbroschüren den Informationsstand bezüglich HIV Infektion auch bei Patienten aus einem anderen Kulturkreis trotz Sprachproblemen verbessert und somit sinnvoll ist. Das Schwergewicht der Aufklärungsmassnahmen sollte jedoch nicht in der individuellen Beratung zur HIV-Prävention, sondern in spezifischeren Massnahmen zur bevölkerungsbezogenen HIV-Prävention liegen. Der gezielte Einsatz von Informationsmedien, die die Bedürfnisse und soziokulturellen Besonderheiten von sprachlichen Minoritäten adäquat berücksichtigt, dürfte Informationslücken in diesen Bevölkerungsgruppen schliessen^{34,35}.

Summary**HIV prevention in Turkish immigrants in a general internal medicine outpatient clinic**

This study investigates the level of knowledge about mechanisms of HIV transmission and risk behaviour for HIV infection in Turkish immigrants in Basel, Switzerland. In addition, the effectiveness of physician based HIV counseling in a general internal medicine outpatient clinic was evaluated. Two consecutive samples of 150 and 98 Turkish patients with a first clinic contact, were recruited 6 months apart. The first group was exposed to an interpreter assisted counseling on HIV prevention (intervention group), the control group received no systematic counseling. Knowledge about mechanisms of HIV transmission and risk behaviour for HIV infection was assessed by a 29 item questionnaire at baseline and by interview at follow-up. One year follow-up was possible in 49% of the patients. At baseline, Turkish patients had statistically significant lower global scores on knowledge about HIV than a second control group of 148 Swiss patients. Mean percentage scores of correct answers in the whole Turkish study population improved from 49.3% to 60.0% ($p < 0.0001$). However, the difference of gained knowledge between intervention and control groups was only of borderline significance ($p = 0.059$). Study design and low follow-up limit conclusions from this study. From 1992 to 1994 knowledge about HIV infection had improved in Turkish patients, but was still inferior to the knowledge of Swiss patients.

Résumé**Prévention de l'infection de VIH chez des immigrants turcs dans une poli-clinique de médecine interne**

Cette étude examine le niveau de connaissance relative aux mécanismes de transmission du VIH et aux comportements à risque pour l'acquisition du VIH chez des immigrants turcs demeurant à Basel, en Suisse. De plus, l'efficacité des interventions de prévention de la part des médecins d'une clinique externe de médecine interne a été évaluée. Deux échantillons de convenance de 150 et 98 patients turcs à leur première visite à la clinique ont été recrutés à 6 mois d'intervalle. Le premier groupe a été renseigné, avec l'aide d'un interprète, sur la prévention du VIH; le groupe contrôle n'a reçu aucun enseignement. La connaissance des mécanismes de transmission et des comportements à risque pour l'acquisition du VIH a été évaluée par un questionnaire de 29 items à la première visite et lors d'une entrevue à la seconde visite. Après un an, 49% des patients ont pu être requestionnés. Dans l'ensemble, le pourcentage moyen de bonnes réponses au sujet de la transmission du VIH et des comportements à risque est passé de 49,3% à 60,0% ($p < 0,0001$). L'amélioration du niveau de connaissance d'un groupe par rapport à l'autre a presque atteint le seuil de signification ($p = 0,059$). Avant tout intervention, une étude de population a montré que les patients turcs obtenaient des résultats significativement inférieurs au sujet de leurs connaissances à propos du VIH comparativement à un groupe de 148 patients suisses. Le modèle de cette étude et le faible pourcentage de patients revus à un an en limitent les conclusions.

Literaturverzeichnis

- 1 April K, Koster F. Aids eine führende Todesursache junger Menschen in der Schweiz. Schweiz Med Wochenschr 1994; 124:2119–2122.
- 2 Hommes KK, Karon JM, Kreiss J. Increasing frequency of heterosexuell acquired AIDS in the United States, 1983–1988. Am J Public Health 1990; 80:658–663.
- 3 Lindan C, Kegeles S, Hearst N, Grant P, Johnson D. Heterosexual behaviors and factors that influence condom use among patients attending a sexually transmitted disease clinic – San Francisco. MMWR 1990; 39:585–589.
- 4 Selik RM, Castro KG, Pappaioanou M. Racial ethnic differences in the risk of AIDS in the United States. Am J Public Health 1988; 78:1539–1545.
- 5 Hinman AR. Disease prevention programs for racial and ethnic minorities. Ann Epidemiol 1993; 3:185–192.
- 6 Hooykaas C, Van der Velde FW, Van der Linden MMD, Van Doornum GJJ, Couthinho RA. The importance of ethnicity was a risk factor for STDs and sexual behavior among heterosexuals. Genitourin Med 1991; 67:378–383.
- 7 Haastrecht HJA, Van den Hoek JAR, Couthinho RA. Evidence for a change in behavior among heterosexuals in Amsterdam under the influence of AIDS. Genitourin Med 1991; 67:1999–2006.
- 8 Bundesamt für Statistik. Volkszählung 1990. Bevölkerungsstruktur. Thematische Tabellen. 2. Auflage Bern, 1993.
- 9 Fleury F. Etude d'évaluation de la campagne de prévention contre le SIDA en Suisse. Les migrants/ dossier turc-89/90. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Lausanne, 1991.
- 10 Bucher H, Gutzwiller F. Checkliste Gesundheitsberatung und Prävention. Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1993; p 85–100.
- 11 Fleury F, Haour-Knipe M, Ospina S. Evaluation de la stratégie du sida en Suisse. Sida/migration/prévention. Dossier portugais, espagnol et 2ème partie dossier turc, 1989–1990. Insitut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne 1990 (Cah Rech Doc IUMSP no S 27).
- 12 SPSS/PC + V3.0 system. Chicago: SPSS, 1988.
- 13 Stevenson HC, Gay KM, Josar L. Culturally sensitive AIDS education and perceived AIDS risk knowledge: reaching the „know-it-all“ teenager. AIDS Educ Prev 1995; 7:134–144.
- 14 Sahraoui D, Hariki S, Cchrigui A, Nock F. AIDS prevention aiming at the north African population settled in workers centres. Int Conf AIDS 1992, Florence Jul 19–24: Vol 8 (2), P: D 425 Abstract No 5233.
- 15 Haour-Knipe M, Ospina S, Fleury F, Jeangros C, Dubois-Arber F. Evaluation of AIDS-related knowledge and behaviours of seasonal workers in Switzerland. Soz Präventivmed 1993; 38:58–63.
- 16 Elliott L, Parida SK, Gruer L. Differences in HIV-related knowledge and attitudes between Caucasian and „Asian“ men in Glasgow. AIDS-Care 1992; 4:389–393.
- 17 Hingson RW, Strunin L, Grady M et al. Knowledge about HIV and behavioral risks of foreign-born Boston public school students. Am J Public Health 1991; 81: 1638–1641.
- 18 Goh DS. Effects of HIV/AIDS information on attitudes toward AIDS: a cross-ethnic comparison of college students. J Psychol 1993; 127:611–618.
- 19 Gellert GA, Maxwell R, Higin K, Mai K, Doll L, Lowery R. HIV/AIDS knowledge, attitudes and sexual practices among southern California Vietnamese. Int Conf AIDS 1993, Berlin June 6–11; 9 (2): 812 (abstract no. PO-D05-3566).
- 20 Peruga A, Rivo M. Racial differences in AIDS knowledge among adults. AIDS Educ Prev 1992; 4:52–60.
- 21 Lesnick H, Pace B. Knowledge of AIDS risk factors in south Bronx minority college students. J Acquir Immune Def Syndr 1990; 3:172–176.
- 22 DiClemente RJ, Boyer CB, Morales ES. Minorities and AIDS: knowledge, attitudes, and misconceptions among black and Latino adolescents. Am J Public Health 1988; 78:55–57.
- 23 Marin BV, Tschann JM, Gomez CA, Kegeles SM. Acculturation and gender differences in sexual attitudes and behaviors: Hispanic vs non-Hispanics white unmarried adults. Am J Public Health 1993; 83:1759–1761.
- 24 Cattania JA, Coates T, Kegeles S, et al. Condom use in multi-ethnic neighborhoods of San Francisco: The population-based AMEN (AIDS in Multi-Ethnic Neighborhoods) Study. Am J Public Health 1992; 83:284–287.
- 25 Ford K, Norris AE. Knowledge of AIDS transmission, risk behavior, and perceptions of risk among urban, low-income, African-American and Hispanic youth. Am J Prev Med 1993; 9:297–306.
- 26 Nyamathi AM, Flaskerud J, Bennett C, Leake B, Lewis C. Evaluation of two AIDS education programs for impoverished Latina women. AIDS Educ Prev 1994; 6:296–309.
- 27 Walter HJ, Vaughan RD. AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students. JAMA 1993; 270:760–762.
- 28 Quirk ME, Godkin MA, Schwenzfeier E. Evaluation of two AIDS prevention interventions for inner-city adolescent and young adult women. Am J Prev Med 1993; 9:21–26.
- 29 St. Lawrence JS, Brasfield TL, Jefferson KW, Alleyne E, O'Bannon RE, Shirley A. Cognitive-behavioral intervention to reduce African American dolescents' risk for a HIV infection. J Consult Clin Psychol 1995; 63:221–237.

- 30 *Jemmott JB, Jemmott LS, Fong GT.* Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: effects of an AIDS prevention intervention. *Am J Public Health* 1992; 82:372–377.
- 31 *Seelers DE, McGraw SA, McKinlay JB.* Does the promotion and distribution of condoms increase teen sexual activity? Evidence from an HIV prevention program for Latino youth. *Am J Public Health* 1994; 84:1952–1959.
- 32 *Malinverni R, Müller M, Billo NE.* HIV Infektion: Umfrage bei praktizierenden Ärzten im Kanton Bern. *Schweiz Med Wochenschr* 1992; 122:993–1004.
- 33 *Coverdale JH, Aruffo JF, Laux LF, Vallbona C, Thornby JJ.* AIDS, minority patients, and doctors: what's the risk? Who's talking? *South Med J* 1990; 83:1380–1383.
- 34 *Haour-Knipe M.* Migrant populations: the development of something to evaluate. *Soz Präventivmed* 1994; 39:79–94.
- 35 *Hu DJ, Keller R, Fleming D.* Communication AIDS information to Hispanics: the importance of language and media preference. *Int Conf AIDS* 1989, Amsterdam June 4–9; 5: 834 (abstract no M.E.P. 4).

Danksagung

Wir danken unseren PatientInnen für Ihre Bereitschaft und Hilfe unsere Fragebogen zu beantworten. Unser Dank gilt allen MitarbeiterInnen der

Medizinischen Universitäts-Poliklinik, die durch die Studie Mehrarbeit zu verrichten hatten. Wir danken Fr. Dr. med. Demet Aydin für die Durchsicht der türkischen Fragebogen. Fr. Hatice Eser und Fr. Filiz Kerestecioğlu für die Durchführung der Interviews. Die Durchführung der Patienteninterviews wurde mit einem Beitrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG) unterstützt.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Heiner C. Bucher
 Medizinische Universitäts-
 Poliklinik
 Kantonsspital Basel
 CH-4031 Basel