

Отчет

по итогам исследования эффективности кампании для медиков в рамках проекта "Поддержка активизма и защита прав ВИЧ-инфицированных женщин в Российской Федерации" при финансовой поддержке Фонда демократии ООН (UNDEF)

Описание исследуемой кампании

В рамках проекта "Поддержка активизма и защита прав ВИЧ-инфицированных женщин в Российской Федерации" будет разработана и реализована информационно-просветительская кампания среди врачей и медицинских работников в двух регионах проекта: Нижегородская и Ростовская области.

Цель кампании - снижение стигмы и дискриминации в отношении ВИЧ - положительных женщин со стороны медицинского персонала. Созданные в проекте команды - доверенный врач + ВИЧ-положительная женщина, проведут мероприятия кампании среди медработников в медучреждениях Нижегородской и Ростовской областей.

Описание проведенного исследования

Для исследования воздействия кампании на знания о ВИЧ – инфекции и отношение медработников к ВИЧ-положительным пациенткам проведены количественные исследования до начала кампании и после всех информационных мероприятий среди их участников.

Помимо количественного исследования для оценки знаний, отношения и поведения медработников, до и после информационно-просветительской кампании проведено качественное исследование методом глубинных интервью для получения более глубокого понимания восприятия и отношения медицинского персонала к проблематике и причин такого отношения.

Для оценки эффективности проведенных мероприятий качественные и количественные исследования прошли также в контрольной группе медработников в 5 регионах, не участвующих в проекте: Орел, Кострома, Воронеж, Курск, Кемерово и др. Будут проведены 15 глубинных интервью и собрано 125 анкет количественного исследования для контрольного сравнения данных.

Задача исследования

Основной задачей исследования является выявление изменений в знаниях по вопросам ВИЧ-инфекции и отношении к пациентам с ВИЧ у мед.работников, принимавших участие в просветительской кампании, реализованной партнерами проекта в Нижегородской и Ростовской областях. Мед.работники были опрошены до начала мероприятий кампании и сразу после проведения ряда информационных встреч и воркшопов.

Для решения поставленной задачи в исследовании были выделены две группы: контрольная и экспериментальная (как до начала проекта, так и после участия) и проведен опрос участников данных групп в формате анкетирования.

Ввиду того, что мероприятия в двух регионах проекта проводились с полугодовой разницей во времени, результаты опроса в Нижегородской области были уже проанализированы в сравнении с результатами контрольной группы из нескольких регионов (Курск, Воронеж, Орел).

Осталось проанализировать результаты опроса медиков из Ростова-на-Дону ДО и ПОСЛЕ мероприятий кампании. А также результаты глубинных интервью, проведенных с целью получения более глубокого понимания восприятия и отношения медицинского персонала к проблематике и причин негативного отношения к пациентам с ВИЧ, если такое отношения выявится.

Для анализа предоставлены заполненные анкеты участников ДО прохождения обучающей программы (167 анкет) и ПОСЛЕ обучающей программы (169 анкет). Совокупный массив количественных данных составил 336 анкет.

Также предоставлены 7 интервью контрольной группы и 18 интервью участников из экспериментальной группы.

Анализ результатов опроса и материалов интервью

По итогам проведенных опросов имеются данные ответов респондентов до и после проведения просветительской кампании, что дает возможность проследить непосредственные изменения и оценить эффективность мероприятий.

Ниже представлены ответы респондентов на вопросы анкеты в формате сравнения результатов до и после проведения кампании. Выводы о динамике изменений ответов также подкреплены анализом материалов интервью, проведенных среди контрольной группы и экспериментальной.

Вопрос 1. «Если у человека СПИД, это означает, что...



Рис.1. Распределение ответов на вопрос «Если у человека СПИД, это означает, что:»

Абсолютное большинство респондентов (94,6%) до кампании придерживались мнения о том, что человек со СПИДом «подвержен риску заболеть необычными, опасными для его жизни инфекциями или онкологическими заболеваниями». Анализ показывает заметное изменение представлений респондентов о человеке с диагнозом СПИД как о человеке, обязательно имеющем признаки этой болезни (сильная бледность, похудание, язвы и т.д.): если до проведения кампании при ответе на этот вопрос 3,6% респондентов выбирали этот вариант, то после – это представление лишилось своих сторонников. Аналогичное, хотя довольно незаметное по объему сокращение произошло среди сторонников варианта о том, что человек со СПИДом чувствует себя плохо, не может вести обычный образ жизни: до кампании 1,2%, после – 0,6%. Таким образом, после проведения кампании доминирующее представление о человеке со СПИДом, как подверженному риску заболеть необычными и опасными болезнями, укрепилось и стало выражать мнение 98,8% участников опроса (после проведения кампании).

Вопрос 2. «Механизм действия АРВТ (антиретровирусной терапии) заключается в...»



Рис.2. Распределение ответов на вопрос «Механизм действия АРВТ (антиретровирусной терапии) заключается в...»

Ответы на вопрос о механизме действия АРВТ до и после проведения кампании выглядят контрастно. Во-первых, стоит отметить, что среди первой группы опрошенных был продемонстрирован заметный уровень незнания/неспособности ответить на данный вопрос, о чем свидетельствует то, что 13,8% опрошенных выбрали вариант ответа «Затрудняюсь ответить». После кампании, как видно на диаграмме выше, группа «незнающих» исчезает, на основе чего можно гипотетически говорить о некотором эффекте кампании. Далее – прирастает группа тех, кто при ответе на вопрос выбирал вариант «подавление размножения ВИЧ» с 65,3% до 94,7%, что демонстрирует нам очевидный положительный результат просветительской деятельности. Если до проведения кампании были респонденты, которые выбирали варианты ответа «удаление вируса из организма» (3,6%) и «увеличение количества клеток иммунной системы» (17,4%), то после эти сторонники таких представлений о механизме действия АРВТ сократились до 1,8% и 3,6%, соответственно.

Вопрос 3. «Необходимость в назначении АРВТ обычно возникает, когда...»



Рис.3. Распределение ответов на вопрос «Необходимость в назначении АРВТ обычно возникает, когда...»

До проведения просветительской кампании мнения респондентов относительно того, когда возникает необходимость в назначении АРВТ, разделялись на три: при установлении диагноза, независимо от числа клеток (53,5%), когда снижается число иммунных клеток (31,1%) и когда ухудшается самочувствие (13,8%). Однако после проведения всех мероприятий абсолютное число респондентов (98,2%) стали выбирать ответ «при установлении диагноза».

Вопрос 4. «Женщинам с ВИЧ, планирующим беременность, АРВТ назначается...»

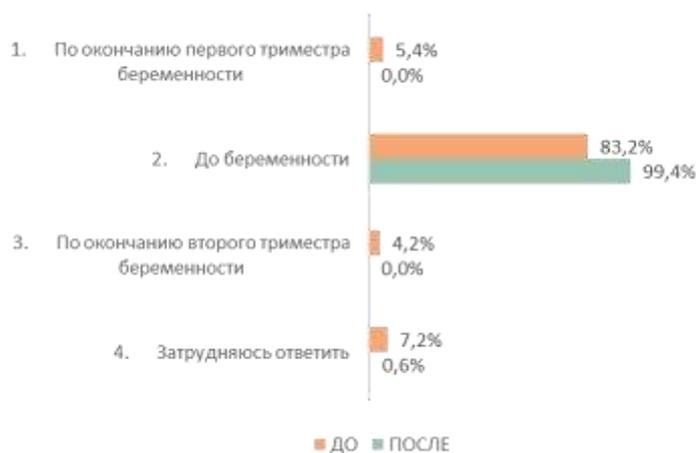


Рис.4. Распределение ответов на вопрос «Женщинам с ВИЧ, планирующим беременность, АРВТ назначается...»

В данном вопросе до и после проведения кампании просвещения респонденты в своем большинстве выбирали ответ «до беременности» (83,2% до и 99,4% после). Тем не менее, до кампании были небольшое количество участников опроса, которые либо затруднялись с ответом (7,2%), либо считали, что женщинам с ВИЧ, планирующим беременность, АРВТ назначается по окончании первого триместра (5,4%) или второго триместра (4,2%).

Вопрос 5. «Перинатальная профилактика передачи ВИЧ инфекции от матери ребёнку заключается в...»



Рис.5. Распределение ответов на вопрос «Перинатальная профилактика передачи ВИЧ инфекции от матери ребёнку заключается в...»

Как и в предыдущем случае, на вопрос о перинатальной профилактике передачи ВИЧ инфекции и до, и после просветительской кампании респонденты в своем большинстве выбирали ответ «прием препаратов по время беременности, внутривенной инфузии в родах, исключении грудного вскармливания, ...» (75,4% и 95,3%, соответственно). До кампании затруднялись с ответом небольшое число респондентов (3,6%), больше было тех, кто выбирал другие варианты ответа на вопрос, которые перекликались с наиболее популярным ответом, но не содержали исчерпывающий ряд профилактических действий. Таким образом, в результате просветительских мероприятий увеличилось количество респондентов, которые стали выбирать наиболее полный вариант ответа на вопрос.

Вопрос 6. «АРВТ при ВИЧ-инфекции можно прервать...»



Рис.6. Распределение ответов на вопрос «АРВТ при ВИЧ-инфекции можно прервать...»

Как видно из графика выше, до проведения просветительской кампании почти половина респондентов (47,3%) не могли ответить на вопрос о том, при каком условии

можно прервать АРВТ при ВИЧ-инфекции. Достаточно большая часть опрошенных (43,7%) выбрали ответ «только при крайней необходимости, после консультации с врачом». Незначительная часть выбрали другие ответы: «при наступлении беременности» (3%) и «при достаточном снижении количества вируса в крови» (6%). После проведения мероприятий по просвещению респонденты в своем абсолютном большинстве стали отвечать на данный вопрос, выбирая ответ «только при крайней необходимости» (95,9%).

Вопрос 7. «Резистентность это...»



Рис.7. Распределение ответов на вопрос «Резистентность это...»

Вопрос о том, что называется резистентностью, не вызывал особых сложностей ни до, ни после просветительской кампании. После мероприятий частота выбора ответа «способность вируса приспосабливаться к АРВТ» выросла (с 88,6% до 96,4%), таким образом было продемонстрировано, что понимание термина резистентность у респондентов укрепилось. До просветительской кампании неверное понимание наблюдалось у 10,8% опрошенных.

Вопрос 8. «Что является основной причиной возникновения резистентности ВИЧ?»



Рис.8. Распределение ответов на вопрос «Что является основной причиной возникновения резистентности ВИЧ?»

В отличие от предыдущего вопроса об определении резистентности, вопрос об ее основной причине вызвал трудности у 19,8% опрошенных до кампании и у 2,4% после. Тем не менее, можно говорить о достаточно высоком уровне понимания данной темы и до, и после просветительских мероприятий, в ходе проекта укрепились знания об основной причине резистентности (несоблюдение режима приема препаратов) с 76% до 96,4%.

Вопрос 9. «Приверженность лечению это...»



Рис.9. Распределение ответов на вопрос «Приверженность лечению это...»

Респонденты и до, и после проведения просветительских кампаний в своем большинстве демонстрировали уверенное понимание того, что такое приверженность лечению: 88% опрошенных до кампании выбрали ответ «активное участие пациента в своем лечении...», после – 95,9%. До проведенных мероприятий 11,4% опрошенных

выбирали более строгий вариант ответа – «безусловное и безоговорочное соблюдение назначений врача...».

Вопрос 10. «ВИЧ-инфицированным женщинам...»



Рис.10. Распределение ответов на вопрос «ВИЧ-инфицированным женщинам...»

Относительно вопроса о том, можно ли планировать беременность и рожать ВИЧ-инфицированным женщинам наблюдается наиболее однозначная позиция среди респондентов как в опросе до просветительской кампании, так и после нее. Абсолютное большинство опрошенных выбирали ответ «планирование беременности и ведение родов стоит осуществлять совместно с инфекционистом»: 99,4% до проведения мероприятий и 98,8% после.

Вопрос 11. «Если будущая мама правильно принимает профилактические препараты риск рождения инфицированного ВИЧ ребенка составляет...»

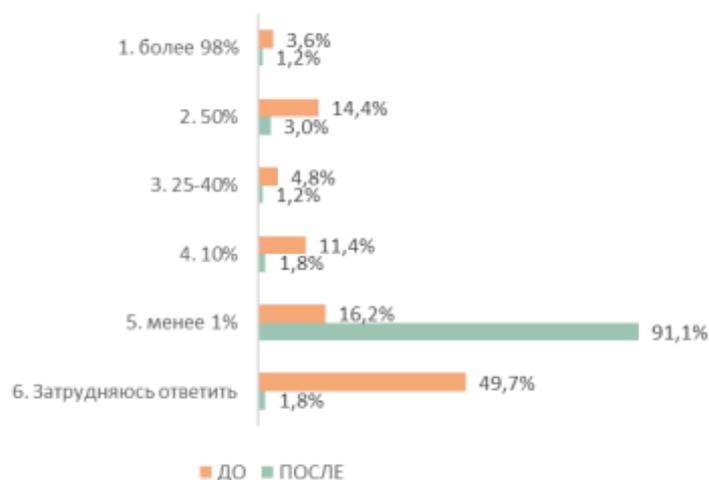


Рис.11. Распределение ответов на вопрос «Если будущая мама правильно принимает профилактические препараты риск рождения инфицированного ВИЧ ребенка составляет...»

Вопрос о рисках рождения инфицированного ВИЧ ребенка для многих респондентов до просветительской кампании оказался сложным: 49,7% затруднились ответить на него. Однако после проведения всех мероприятий резко выросло понимание вопроса: 91,1% опрошенных оценили риск рождения ребенка с ВИЧ-инфекцией в случае, если будущая мама правильно принимает профилактические препараты, в 1%.

Вопрос 12. «Если будущая мама не принимает профилактические препараты риск рождения инфицированного ВИЧ ребенка составляет...»

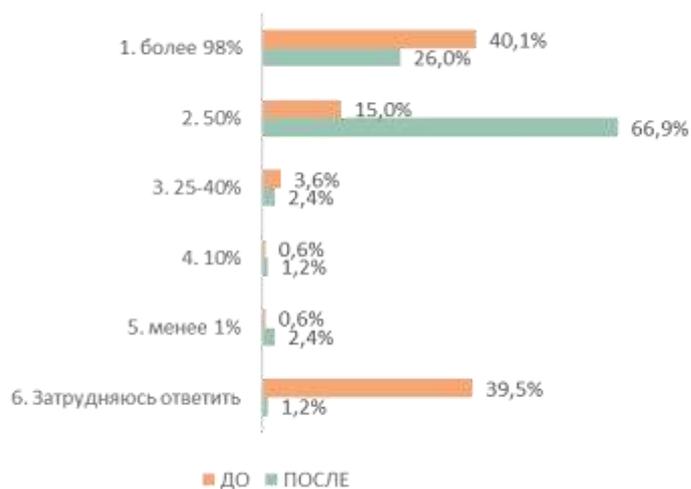


Рис.12. Распределение ответов на вопрос «Если будущая мама не принимает профилактические препараты риск рождения инфицированного ВИЧ ребенка составляет...»

Затруднительно для многих респондентов (39,5%) оказалось оценить риск рождения ребенка с ВИЧ-инфекцией и в случае, если будущая мама не принимает профилактические препараты. Также многие респонденты (40,1%) до проведения просветительской кампании оценивали риск в 98%. После кампании оценивать риск в 98% стали 26% опрошенных. Большая часть (66,9%) после кампании оценили риск в данном вопросе в 50%. Таким образом, после просветительской кампании сильно сократилось число тех, кто затруднялся ответить на вопрос о риске, также опрошенные стали в целом оценивать риск ниже.

Вопрос 13. «Грудное вскармливание при ВИЧ-инфекции...»



Рис.13. Распределение ответов на вопрос «Грудное вскармливание при ВИЧ-инфекции...»

Абсолютное большинство респондентов до и после проведения просветительской кампании придерживались позиции о том, что грудное вскармливание при ВИЧ-инфекции является нежелательным: 89,8% и 98,2%, соответственно. 7,2% опрошенных до мероприятий считали грудное вскармливание, наоборот, желательным, однако после них число придерживающихся такой позиции сократилось до нуля.

Вопрос 14. «Дети, рожденные с ВИЧ, рожденные ВИЧ-положительными женщинами, после первого года жизни...»



Рис.14. Распределение ответов на вопрос «Дети, рожденные с ВИЧ, рожденные ВИЧ-положительными женщинами, после первого года жизни...»

Как до, так и после проведения просветительской кампании абсолютное большинство опрошенных считали, что при правильном приеме терапии продолжительность жизни и состояние здоровья детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами не отличается от остальных (95,8% и 97,6%, соответственно).

Вопрос 15. «Сексуальные партнеры могут быть извещены консультантом о ВИЧ-статусе человека в ситуации...»



Рис.15. Распределение ответов на вопрос «Сексуальные партнеры могут быть извещены консультантом о ВИЧ-статусе человека в ситуации...»

Вопрос о том, в каком случае сексуальные партнеры могут быть извещены консультантом о ВИЧ-статусе человека, до проведения просветительской кампании вызывал затруднения почти у трети респондентов (62,3%). 13,2% опрошенных посчитали, что извещение возможно в случае преднамеренного заражения полового партнера, 3% - в случае беременности жены, 2,4% - в случае смерти клиента. Картина распределения ответов заметно изменилась после проведения всех мероприятий: абсолютное большинство респондентов (91,7%) стали отмечать вариант ответа «в случае получения согласия или просьбы клиента» в то время, как до кампании такой ответ дали всего 19,2% опрошенных.

Вопрос 16. «Какова будет Ваша реакция при встрече с женщиной, о которой Вы узнали, что у нее ВИЧ?»



Рис.16. Распределение ответов на вопрос «Какова будет Ваша реакция при встрече с женщиной, о которой Вы узнали, что у нее ВИЧ?»

Нейтральную реакцию при встрече с ВИЧ-положительной женщиной демонстрировали абсолютное большинство респондентов как до кампании, так и после: 94% и 98,8%, соответственно. Никто в обоих опросах не выбирал варианты ответа с «острыми» реакциями, однако небольшая часть респондентов (4,2%) до кампании продемонстрировали стремление избегать контактов.

Из ответов участников контрольной группы, с которыми проводили интервью, становится ясно, что некоторые все же испытывают *«тревожность»* или *«страх»*, если узнают о статусе пациентки, но при этом благодарны за то, что их поставили в известность, так как *«другие могут не сказать»*. Также важно подчеркнуть, что в контрольной группе среди некоторых представителей медучреждений хотя и прослеживалось нейтральное отношение к пациенткам с ВИЧ-инфекцией, многие описывали свою выраженную осторожность при взаимодействии с ними в контексте возможной опасности. Так, среди высказанных мнений встречались фразы о том, что в таком случае врачу в обязательном порядке необходимо обезопасить себя средствами защиты:

«...у доктора должна быть надета обязательно маска, защитный экран, перчатки. Обычно, как нас учили в институте, надевали две пары масок и две пары перчаток» (женщина, стоматолог, Курск)

«Очень важна техника безопасности, я должна все обработать после приема и во время, если я знаю, что работаю с пациенткой с ВИЧ, то обязательно надеваю 2 перчатки при осмотре. Нужно после обработать все инструменты, как и после других пациентов, но две перчатки надеть нужно обязательно» (женщина, акушер смотрового кабинета, Орел)

Среди тех, у кого брали интервью после прохождения обучения (просветительской кампании), прослеживается единение вокруг толерантной позиции в отношении к женщинам с ВИЧ, что было продемонстрировано, например, через такие фразы: *«абсолютно такое же отношение, как и к другим людям»*, *«Общаемся как со всеми пациентами»*, *«Я не боюсь таких людей, потому что понимаю, что мне это ничем не грозит»*.

Вопрос 17. О согласии с утверждением «Женщина, у которой ВИЧ, скорее всего употребляет наркотики внутривенно»

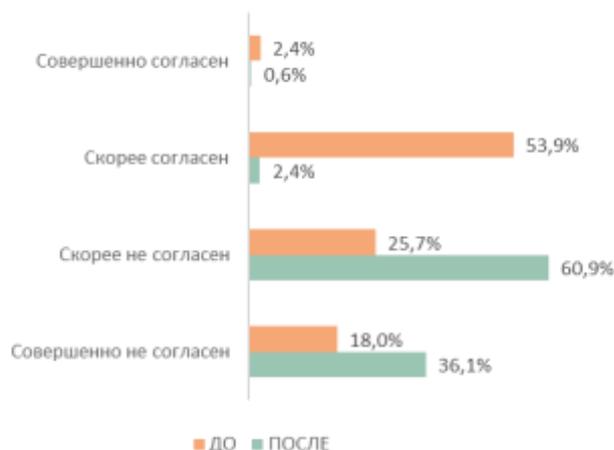


Рис.17. Распределение ответов на вопрос о согласии с утверждением «Женщина, у которой ВИЧ, скорее всего употребляет наркотики внутривенно»

Стереотипное восприятие женщин с ВИЧ-инфекцией до кампании демонстрировали более половины респондентов: 56,3% выражали согласие с утверждением о том, что такие женщины скорее всего употребляют наркотики внутривенно. После проведения просветительских мероприятий картина восприятия кардинально изменилась: несогласие с этим утверждением выразили 97% опрошенных.

Результаты интервью, проведенных в контрольных группах в Орле и Курске, также показали, что некоторые информанты «задумывались» о том, что женщина с ВИЧ-инфекцией может вести нездоровый образ жизни, в том числе – употреблять наркотики. Одна из участниц интервью также дала следующий комментарий: *«В первую очередь да, именно такие женщины заражаются ВИЧ»* (женщина, медсестра процедурного кабинета, Орел). Тем не менее, в материалах интервью встречались и те, кто, напротив, придерживался толерантной позиции: *«...делать преждевременные выводы о человеке, я считаю нецелесообразным»* (мужчина, врач общей практики в поликлинике, Орел).

В интервью (контрольная группа) опрошенные продемонстрировали, что часто выстраивают мнение о ВИЧ+ пациентках через самоощущение, говоря о возникающих мыслях о нездоровом образе жизни среди таких женщин.

В материалах интервью, проведенных в проектной группе, было выявлено, что некоторые медработники предполагают, что пациентки с ВИЧ ведут нездоровый образ жизни, при этом акцентируя внимание на том, что им, врачам, конечно, все равно:

«Да, полно тех, кто мужиков меняет, как перчатки. Ну что ж нам, о всех них думать, переживать за них. Мне не до этого. Да и больше их стало, со СПИДом. Ну что ж, теперь.»

«Ну сменой сексуальных партнеров меня не удивишь, чтобы я об этом еще думала. Наркоманки, такие тоже бывали, хотя и пытались это всячески скрывать. Но опять же, какое это имеет значение. Выбор то их, я свою работу делаю.»

Те, кто высказался отрицательно при ответе на вопрос о вероятном ведении нездорового образа жизни женщинами с ВИЧ, подчеркивали, что не считают «корректным допускать такие суждения о пациентах» и что «голова другим занята».

По результатам интервью, проведенных среди тех, кто прошел участие в просветительской кампании, можно сказать, что для многих врачей мнение о нездоровом образе жизни среди ВИЧ+ женщин является стереотипным, хотя статистика, по их словам, многое из этого подтверждает, поэтому некоторые заявляли, что «такие мысли возникали»:

«Если мы говорим о первой мысли, которая приходит в голову, то да. И в моей практике это находило подтверждение, когда мы обсуждали, как они заразились.»

«Конечно, были. По статистике большинство людей с ВИЧ это наркозависимые, незащищенный секс, когда не предохраняются...»

«Да, бывает, без этого никак, потому что наркотики и беспорядочная половая жизнь – это основные факторы. Но на практике не всегда так бывает.»

«По стереотипу – да. Нам же это внушалось всегда, что это люди древней профессии, наркоманы. Но это далеко не так. Можно получить диагноз как угодно: в больницах или по незнанию своего единственного партнёра. Всё от недостатка информированности.»

«Не могу сказать, что моё отношение к этой пациентке резко изменилось, нет. Но мысль промелькнула.»

Таким образом, врачи, прошедшие обучение, с одной стороны, отдают себе отчет в том, что существуют стереотипы об образе жизни ВИЧ+ пациентов, а на практике это не всегда подтверждается, но, с другой стороны, во многих случаях апеллируют к статистике, при этом подчеркивая, что на их личное отношение это никак не влияет.

Как менялось мнение о разных предубеждениях в отношении образа жизни пациенток с ВИЧ-инфекцией можно увидеть на графиках ниже.

Вопрос 18. О согласии с утверждением «Женщина с ВИЧ скорее всего занимается проституцией»

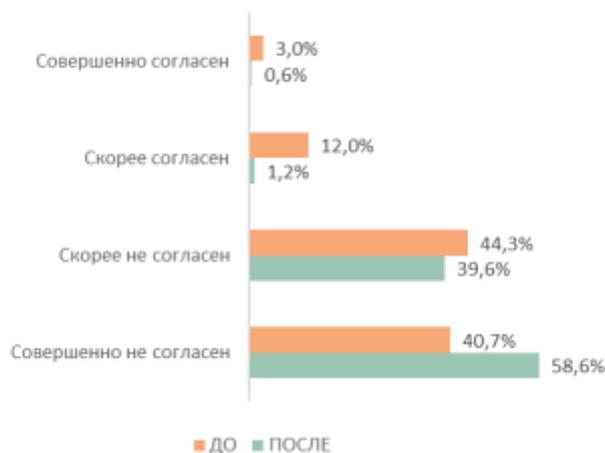


Рис.18. Распределение ответов на вопрос о согласии с утверждением «Женщина с ВИЧ скорее всего занимается проституцией»

В отличие от предыдущего вопроса, стереотип о связи между женщинами с ВИЧ-инфекцией и занятием проституцией имеет гораздо меньше сторонников. До проведения просветительских мероприятий согласие с таким утверждением выражали 15% респондентов, после – 1,8%. После проведения кампании максимальное несогласие стали выражать 58,6% респондентов (до было 40,7%). «Скорее согласен» до кампании отмечали 44,3%, после – 39,6%. Таким образом, можно отметить, что в целом укрепилось полное несогласие среди респондентов с утверждением о связи между ВИЧ-инфицированной женщиной и занятием проституцией.

Вопрос 19. О согласии с утверждением «Женщина с ВИЧ скорее всего часто меняет сексуальных партнеров»

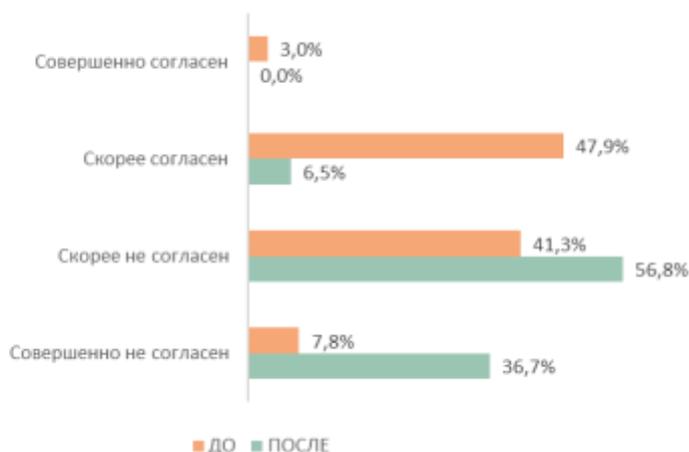


Рис.19. Распределение ответов на вопрос о согласии с утверждением «Женщина с ВИЧ скорее всего часто меняет сексуальных партнеров»

Частая смена сексуальных партнеров – еще один стереотип о женщинах с ВИЧ-инфекцией, который до просветительских мероприятий, как видно из графика, был достаточно популярен среди респондентов: выражали согласие с ним 50,9%. После проведения мероприятий частота выражения согласия снизилась до 6,5%, соответственно, несогласие стал выражать 93,5% опрошенных.

Вопрос 20. О согласии с утверждением «Женщина с ВИЧ скорее всего заразилась от своего партнера»

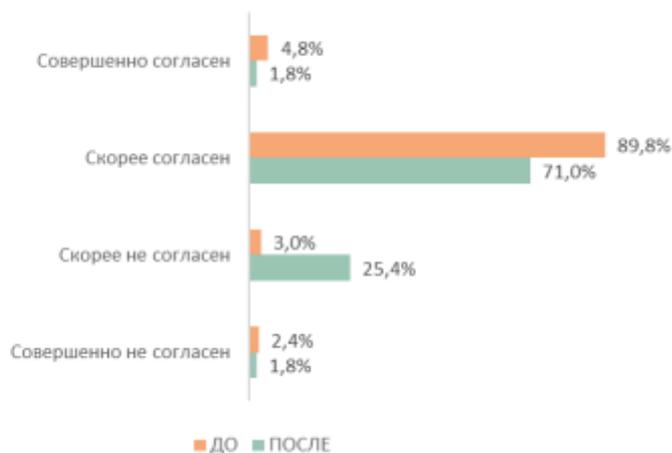


Рис.20. Распределение ответов на вопрос о согласии с утверждением «Женщина с ВИЧ скорее всего заразилась от своего партнера»

До проведения просветительских мероприятий мнение о том, что женщина с ВИЧ скорее всего заразилась от своего партнера, поддерживали большинство респондентов (94,6%), однако после завершения кампании опрос показал, что несогласие с этим утверждением стали выражать более четверти опрошенных (27,2%).

Вопрос 21. О согласии с утверждением «Любой человек может оказаться ВИЧ-инфицированным»

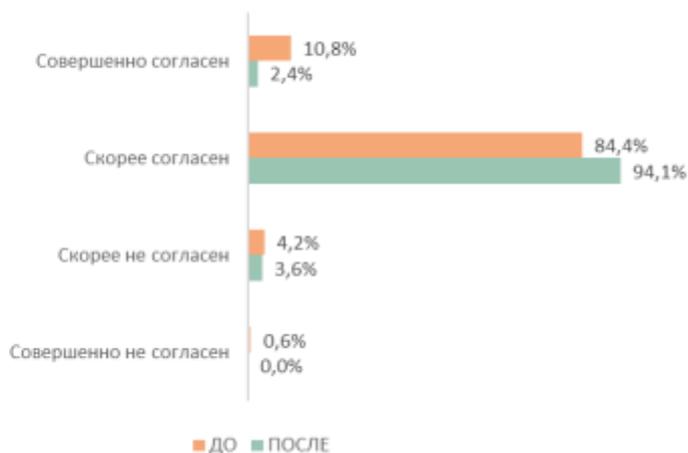


Рис.21. Распределение ответов на вопрос о согласии с утверждением «Любой человек может оказаться ВИЧ-инфицированным»

В целом согласие с утверждением о том, что любой человек может оказаться ВИЧ-инфицированным, выражало абсолютное большинство и до, и после просветительской кампании (84,4% и 94,1%, соответственно). Можно отметить, что после кампании сократилась доля тех, кто выражал максимальное согласие с утверждением, с 10,8% до 2,4%.

Вопрос 22. «Какова будет Ваша реакция, если бы Вы узнали, что в школе/детском саду, куда ходит Ваш ребенок, есть ребенок, инфицированный ВИЧ?»



Рис.22. Распределение ответов на вопрос «Какова будет Ваша реакция, если бы Вы узнали, что в школе/детском саду, куда ходит Ваш ребенок, есть ребенок, инфицированный ВИЧ?»

Респонденты, участвовавшие в опросе до и после кампании, демонстрировали в своем абсолютном большинстве отсутствие какой-либо реакции на описанную в вопросе ситуацию (91% и 96,4%, соответственно). До просветительской кампании затруднялись определить свою реакцию 5,4% респондентов, а выражали готовность перевести своего

ребенка в другой детсад/школу 3%. После проведения мероприятий доли в этих категориях сократились.

Вопрос 23. «Если пациентка Вашего мед. учреждения - женщина с ВИЧ. Как она должна себя вести, чтобы Вы чувствовали себя комфортно?»



Рис.23. Распределение ответов на вопрос «Если пациентка Вашего мед. учреждения - женщина с ВИЧ. Как она должна себя вести, чтобы Вы чувствовали себя комфортно?»

В определении приемлемого поведения женщины с ВИЧ, которая является пациенткой медучреждения респондента, абсолютное большинство опрошенных и до, и после просветительской кампании ожидали «нормального общения с ними, без акцента на том, что женщина ВИЧ-инфицирована» (89,2% и 97%, соответственно). Существенное изменение после проведения всех мероприятий – сведение почти к нулю числа сторонников позиции, при которой женщина с ВИЧ должна сразу предупредить о своем статусе (с 9,6% до 0,6%).

В интервью с разными группами участников исследования прослеживалось некоторое расслоение в мнениях о том, должна ли женщина информировать врача о своем положительном статусе ВИЧ. Некоторые ссылались на то, что это личный выбор каждого, и не всегда пациенту психологически комфортно об этом говорить: «Я считаю, что это личное дело каждого» (Нижний Новгород), «У кого хватает сил и мужества в этом признаться – это плюс, но нельзя осуждать тех, у кого этих сил не хватает» (Орел). Также были мнения о том, что, если это может повлиять на назначение лечения или на методы осмотра, то сообщить желательно. Некоторые информанты склонялись к тому, что их нужно ставить в известность в обязательном порядке, поскольку необходимо «исключить все риски», особенно если дело касается ребенка, «чтобы не навредить», «потому что от этого зависит назначение лечения, процедуры».

Вопрос 24. «Согласны ли Вы с утверждением: если у женщины ВИЧ, она сама виновата в том, что заразилась?»

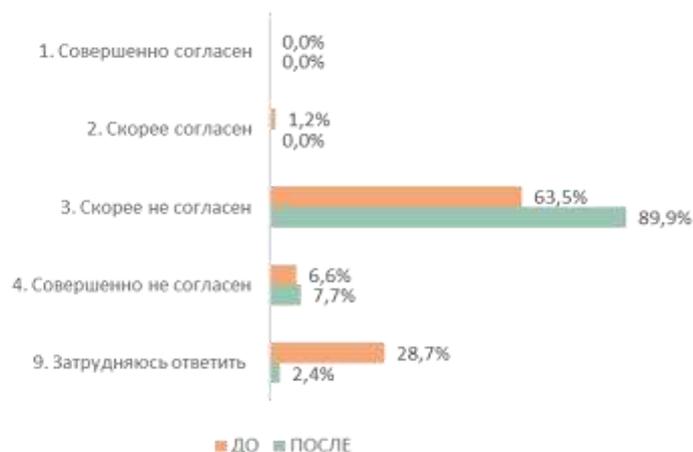


Рис.24. Распределение ответов на вопрос «Согласны ли Вы с утверждением: если у женщины ВИЧ, она сама виновата в том, что заразилась?»

До проведения просветительской кампании, более четверти респондентов (28,7%) затруднялись ответить на вопрос о том, согласны ли они с утверждением о вероятной виновности женщины в том, что она заразилась ВИЧ-инфекцией. После проведения мероприятий со своей позицией определились гораздо больше опрошенных, вариант «затрудняюсь ответить» выбрали всего 2,4%. Как до, так и после просветительских мероприятий согласие с этим утверждением почти никто не выражал. После завершения кампании доля несогласных увеличилась с 70,1% до 97,6%.

Среди представителей медучреждений, у которых брали интервью (контрольная группа), также прослеживается практически единое мнение по поводу виновности женщины в том, что она заразилась ВИЧ-инфекцией. Так, один из информантов из Орла подчеркнул, что люди даже могут не знать, что они заражены: *«Я с этим не согласен, потому что путей передачи ВИЧ много, люди могут и не знать, что они заразны»* (мужчина, врач общей практики в поликлинике, Орел). Другая медработница подчеркнула, что от этого никто не застрахован, и поэтому вины нет: *«Всякое в жизни бывает. Бывают и насильственные действия, нельзя исключить этот факт; бывает, что не информирует партнер, а он обязан это делать. Поэтому вины нет, стопроцентной вины нет. Никто от этого не застрахован, ситуации в жизни бывают самые разные»* (женщина, акушер смотрового окна, Орел). Среди принявших участие в исследовании в Курске также никто не высказался в пользу виновности женщины в своем заболевании. Тем не менее, необходимо отметить, что один пример согласия с утверждением о виновности из контрольной группы можно привести. Так, информантка из Орла ответила на вопрос следующим образом: *«Думаю, что, скорее всего, она сама*

виновата. Где-то она недосмотрела или может неправильно повела себя в какой-то ситуации. Все равно мы всегда виноваты сами в каких-то проблемах и ошибках» (женщина, медсестра процедурного кабинета, Орел).

В проектном регионе (экспериментальная группа) информанты в интервью также в основном выражали несогласие с тем, что женщина сама виновата в том, что заразилась:

«Скорее не согласна с таким мнением, кто знает, какая там была ситуация, зачем винить уже»

«Странно с таким соглашаться, нет, не согласна. Личная жизнь каждого на то и личная, не нам судить, что там у каждого было причиной»

«Как можно судить женщину за ее диагноз»

При этом в некоторых интервью информанты хотя и напрямую не соглашались с утверждением о виновности, но давали комментарий, намекающий на нее:

«Ну она же сама решала, сколько ей партнеров менять или наркотики. Ответственность то она сама за себя несет»

«Думаю, что, каждый человек в ответе за свои деяния и за своё здоровье»

«Ну она может и не виновата, но это ж как-то с ней случилось, никто же её не заставлял с кем-то спать или колоться»

Таким образом, количественный опрос до и после просветительской кампании показал, что представители медучреждений не склонны считать, что женщина сама виновата в том, что заразилась ВИЧ-инфекцией, а интервью с контрольной и экспериментальной группой дали понять, что аргументация такой позиции выражается через такие аспекты, как: *«никто не застрахован», «могут сами не знать о своем заражении», «бывают разные обстоятельства», «много путей передачи», «как можно судить за диагноз»*. Однако в материалах интервью были выявлены и другие точки зрения, сторонники которых сомневались в том, что женщина не виновата в своем заболевании, апеллируя к таким аргументам, как *«ответственность сама за себя несет», «никто не заставлял с кем-то спать или колоться», «она же сама решала»*.

В серии интервью с теми, кто прошел обучение, наблюдалось почти единение в данном вопросе – несогласие с тем, что женщина виновата в своем диагнозе:

«Я не согласен с этим, потому что это возможно ей передалось с рождения от кого-то из родителей. Не обязательно, что она вела какой-то разгульный или асоциальный образ жизни.»

«Нет, я не считаю, что женщина всегда виновата, что она ведёт аморальный образ жизни. Это может произойти и не по её вине. В той же стоматологии, в той же больнице через какой-то необработанный шприц.»

«Тут могут быть различные ситуации, даже неправильная работа каких-то медицинских учреждений, где стоматологи, ещё что-то. Это может быть в браке, от неверного отношения со стороны мужа.»

«Нет, я не согласна. Ситуации в жизни бывают разные. Мы же не знаем, когда этим можно заболеть. Есть определённые группы риска, но не всегда больные ВИЧ относятся к этой группе.»

Двое информантов из данной группы участников продемонстрировали, что не могут дать однозначный ответ. Из их высказываний следует, что виновность женщины зависит от причины заражения:

«Первая мысль возникает - или наркотики, или неправильный образ жизни. Но зная, что возможен и другой способ передачи этой инфекции, я понимаю, что есть и другие возможности передачи.»

«И да, и нет. Есть женщины, которые заражаются от своих мужей и постоянных партнёров, когда они в принципе, не виноваты. Но бывают женщины, которые всё делают для того, чтобы у них вирус появился: употребляют наркотики или ведут беспорядочный образ жизни и не используют презервативы, у них много мужчин.»

Надо подчеркнуть, что все отвечающие из группы прошедших обучение, как и многие из других групп, выстраивали свой ответ на вопрос о виновности исходя из рассуждения о путях заражения, обстоятельств и т.д. Лишь некоторые информанты во всем исследовании четко транслировали тезис о том, что за диагноз судить нельзя.

Вопрос 25. «Как должен вести себя мед. работник по отношению к пациентке с ВИЧ, укажите, насколько Вы согласны с утверждениями...»

В завершение опроса респондентам предлагалось определить то, как должен себя вести медработник по отношению к пациентке с ВИЧ, через выражение согласия или несогласия с 5 утверждениями.

Утверждение 1: «Соблюдать повышенные меры безопасности»



Рис.25.1. Распределение ответов на вопрос 25 о согласии: утверждение «Соблюдать повышенные меры безопасности»

До проведения просветительской кампании согласие с тем, что медработник должен соблюдать повышенные меры безопасности в отношении к женщине с ВИЧ, выражали 15% респондентов. Умеренное несогласие с этим утверждением выражали чуть менее половины – 47,3%, абсолютное несогласие – каждый третий (34,7%). Однако после завершения всех мероприятий распределение ответов изменилось: респонденты в своем абсолютном большинстве стали выражать несогласие с вышеупомянутым утверждением (98,2%), причем большая часть опрошенных (85,2%) выразили абсолютное несогласие.

В интервью с участниками исследования из контрольной группы было выявлено, что некоторые медработники высказывались в пользу повышенных мер безопасности при взаимодействии с ВИЧ+ пациентками, приводя в пример такие способы, как использование «по две пары масок» и «по две пары перчаток».

В проектном регионе участники интервью практически не высказывали мнений о том, что необходимы повышенные меры безопасности именно в отношении пациенток с ВИЧ, в целом транслировалась позиция о том, что врачу достаточно знать пути передачи инфекции и соблюдать обычные санитарные нормы. Один из информантов выразился так: «Нужно очень хорошо постараться, чтобы заразить человека ВИЧ-инфекцией в медицинской организации» (женщина, акушер-гинеколог). Также многие говорили о том, что у них во врачебной практике принято «каждую необследованную женщину» воспринимать, как потенциального переносчика инфекции (любой), пока не доказано обратное. При этом одна информантка все же акцентировала внимание на том, что важно сообщать врачу о наличии каких-либо инфекций, так как «мне себя надо защитить, других пациентов».

Утверждение 2: «Держаться подальше, не вступать в близкий контакт»

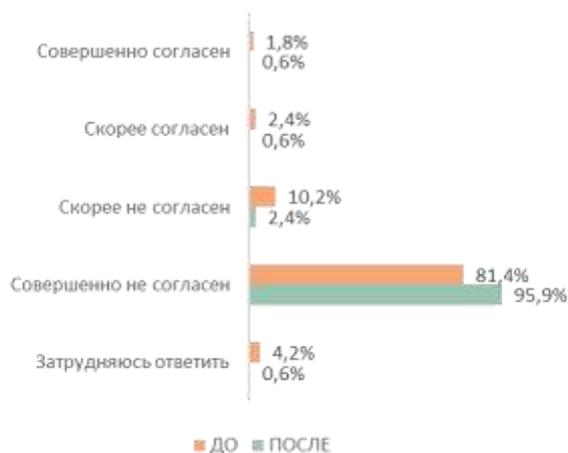


Рис.25.2. Распределение ответов на вопрос 25 о согласии: утверждение «Держаться подальше, не вступать в близкий контакт»

Позиция, что медработник должен «держаться подальше, не вступать в близкий контакт» с женщиной с ВИЧ, не была популярной ни до, ни после просветительской кампании (согласие выражали 4,2% и 1,2%, соответственно). Можно отметить, что после проведения мероприятий среди опрошенных укрепилось абсолютное неприятие данной позиции: до абсолютное несогласие выражали 81,4%, а после – 95,9%.

Утверждение 3: «Общаться так же, как с другими пациентками»

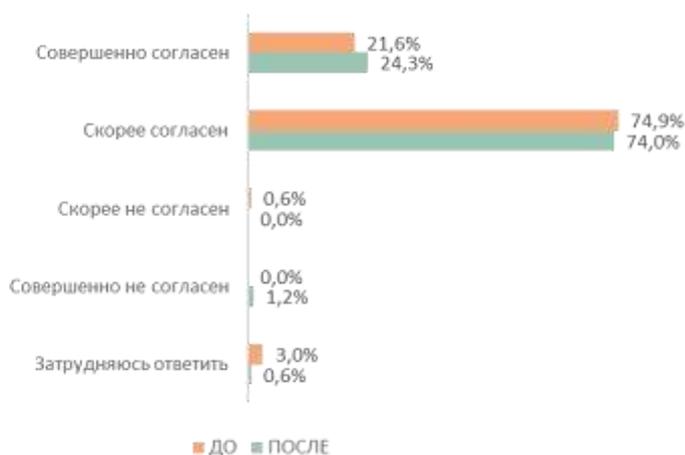


Рис.25.3. Распределение ответов на вопрос 25 о согласии: утверждение «Общаться так же, как с другими пациентками»

Опрошенные как до, так и после кампании в своем абсолютном большинстве придерживались позиции о том, что медработник должен общаться с женщиной с ВИЧ так же, как и с другими пациентками (96,4% и 98,2%, соответственно). В контрольной группе участников, с которыми проводились интервью, также в основном была

продемонстрирована позиция нейтрального отношения, стремление *«вести себя с ними как с обычными людьми»*.

Утверждение 4: «Оказать поддержку, отнестись с повышенным вниманием»

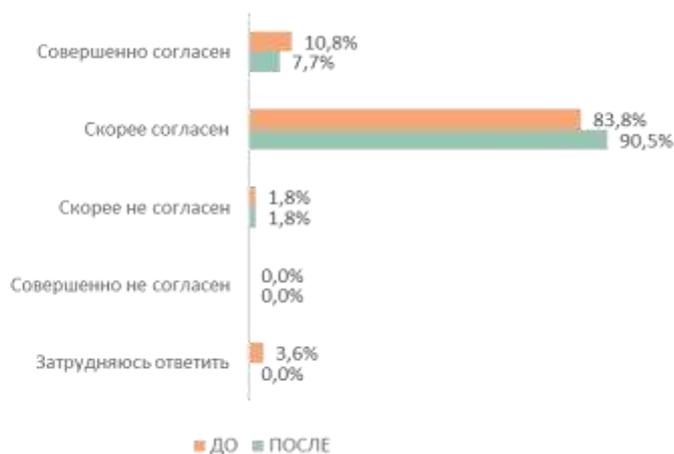


Рис.25.4. Распределение ответов на вопрос 25 о согласии: утверждение «Оказать поддержку, отнестись с повышенным вниманием»

Оказание поддержки и повышенное внимание к женщине с ВИЧ – позиция, которая среди большинства опрошенных также встретила согласие как до, так и после кампании просвещения (94,6% и 98,2%, соответственно). При этом в контрольной группе Курска, где проводились интервью с представителями сферы стоматологии, подчеркивалось скорее то, что медработники предпочитают не акцентировать внимание на заболевании, а относиться как к *«обычным людям»*. В Орле в контрольной группе участники интервью в основном выражали желание поддержать и утешить пациента, но не только с ВИЧ-инфекцией, а и с другими заболеваниями тоже. В проектном регионе информанты говорили о том, что так как не они сообщают о диагнозе своим пациенткам (хотя и бывает, что в процессе лечения такая информация выявляется), ситуации, когда пациента нужно утешить и подбодрить, практически не возникают. Однако некоторые из своего опыта делились, что в ситуациях эмоционального проявления чувств, они реагировали соответственно: *«когда режут в кабинете, то конечно утешаем, что ж тут сделаешь, разное бывает»*, *«Если она расплакалась в кабинете. Как-то успокаиваем ее.»*, *«бывает, что мамы приходят после консультации у специалиста, плачут, жаль их конечно»*. Таким образом, опрошенные врачи, хотя и подчеркивают, что утешать не их работа, в ситуации необходимости могут оказать психологическую поддержку пациентке.

Утверждение 5: «Оказать консультацию, направив к нужным специалистам»

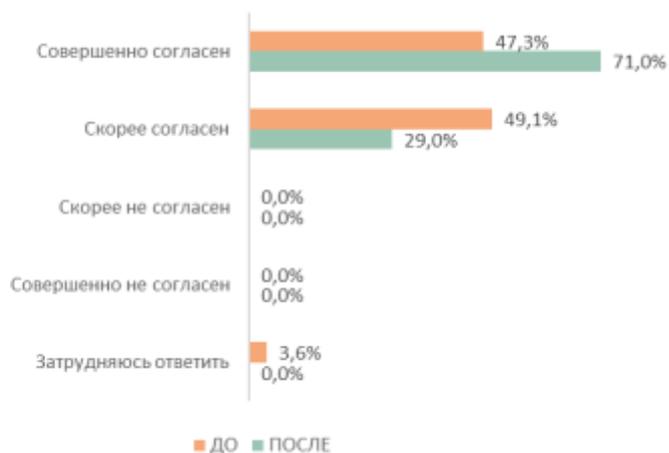


Рис.25.5. Распределение ответов на вопрос 25 о согласии: утверждение «Оказать консультацию, направив к нужным специалистам»

Абсолютное большинство респондентов как до, так и после кампании просвещения выражали согласие с тем, что медработник должен оказать консультацию женщине с ВИЧ, направив к нужным специалистам (96,4% и 100%, соответственно). Можно отметить изменения в структуре степени согласия с утверждением: если до мероприятий варианты ответа «совершенно согласен» и «скорее согласен» выбирали примерно по половине респондентов, то после абсолютное согласие стали выражать 71%, а умеренное – 29%.

В контрольной группе участников интервью многие говорили о том, что могут направить к специалисту в рекомендательной форме, но свои услуги все равно окажут, так как не всегда жалобы могут быть связаны именно с ВИЧ-инфекцией. Опыт тех информантов, которые состояли в экспериментальной группе (проектный регион), можно условно разделить на два типа: те, кто имел дело с пациентками, которые уже знали о своем статусе и проходили терапию, и те, кто имел дело с пациентками, которым результат о положительном статусе ВИЧ только пришел. В первом случае медработники в интервью рассказывали о том, что продолжают оказывать помощь, которая от них требуется, не акцентируя внимание на заболевании, но все же уточняют, *«стоит ли пациентка на учете и получает ли терапию»*, и при необходимости могут дать рекомендацию/направление в СПИД-центр. Во втором случае участники интервью тоже не отказывались от приема (некоторые подчеркивали, что не могут отказать по закону), однако признавались в том, что *«есть какая-то «опаска» внутри»* и *«одеваем если нужно по 2 перчатки и вперед»*.

Резюме динамики изменения мнения респондентов

Количественный анализ ответов респондентов до и после проведения просветительской кампании показал, что по некоторым аспектам произошли

существенные изменения в видении опрошенных, а по некоторым картина распределения ответов до и после сохранялась.

По каким позициям произошли заметные изменения?

- Механизм действия АРВТ и необходимость его назначения
- Прерывание АРВТ при ВИЧ-инфекции
- Причина возникновения резистентности
- Риски рождения ВИЧ-инфицированного ребенка
- Условия извещения сексуального партнера о ВИЧ-статусе клиента
- Стереотип об употреблении наркотиков внутривенно женщинами с ВИЧ
- Стереотип о частоте смены сексуальных партнеров среди женщин с ВИЧ
- Стереотип о вероятном заражении женщины ВИЧ инфекцией от своего партнера
- Суждение о виновности женщины в том, что она заразилась ВИЧ-инфекцией

Условно можно разделить вышеизложенные изменения на два направления: медицинские знания- (АРВТ, резистентность, риски рождения ребенка с ВИЧ, конфиденциальность) и стереотипное восприятие женщин с ВИЧ-инфекцией.

Надо отметить, что в определении того, как медработник должен вести себя по отношению к пациентке с ВИЧ, до и после просветительской кампании респонденты придерживались практически одинаковых позиций, выражающих уважение и поддержку.

Резюме о вопросах информирования на основе материалов интервью

В ходе серии интервью участникам задавался ряд вопросов об уровне информированности о ВИЧ среди медиков, об использовании методических материалов по работе с ВИЧ+ пациентами и о необходимости проходить дополнительное обучение и получать информационные материалы. Анализ ответов на данные вопросы показал, что необходимо уделить отдельное внимание этой части исследования, поскольку прослеживается выраженный запрос на получение информации о ВИЧ в различных форматах.

Врачи в своем большинстве подчеркивали, что считают недостаточным тот объем информации о ВИЧ-инфекции, который они получают в ходе обучения. Была продемонстрирована потребность в большем количестве знаний по этой теме, особенно среди тех, для кого инфекционные заболевания не являются основной специализацией. Как следует из слов некоторых информантов, при получении медицинского образования

даются общие знания о технике забора, мерах безопасности и дезинфекции, но более детальной и комплексной информации о работе с ВИЧ они не получали. Также некоторые говорили о том, что не только информации должно быть больше, но и сами занятия должны быть чаще. *«Пока человек учится, он на этом даже не концентрируется, думая, что его это никогда на практике не коснётся. Нет, конечно, не хватает. По факту такие пациенты встречаются гораздо чаще, чем этому уделяется время в высшем образовании.»*

В текущей практике опрошенным медикам также не хватает информации: хотя многие и говорят о том, что в их учреждениях есть какие-либо методические руководства, зачастую она не является исчерпывающими и не позволяют полноценно использовать их в процессе оказания помощи пациентам. Зачастую, по словам информантов, в их медицинском учреждении есть только некоторые стандартизированные документы и приказы, к которым на практике они не обращаются. В интервью с многими участниками можно зафиксировать потребность в более практичных и емких информационных материалах, которые можно использовать ежедневно. Более того, заметна готовность смотреть дополнительные материалы и видео о ВИЧ, в некоторых случаях – курсы, семинары, тренинги, хотя и с поправкой на тяжелый график медицинских работников.

Об информационных материалах по оказанию медицинских услуг женщинам с ВИЧ:

«Да, это было бы очень полезно. Если бы и мы могли предоставить больше информации (литература, видео материалы) и полезно самим мед. работникам.»

«Да, я заинтересован в этом. Если выбирать, то сейчас мы живём в эпоху информационных технологий, и удобнее было бы посмотреть в интернете какой-нибудь курс или онлайн уроки или ютуб канал, посвящённый этой теме.»

«Обязательно. Нужно больше информации, чтобы мы тоже знали, как мы можем помочь.»

«Мне кажется, были бы полезны, методички — вот точно - иметь рядом, чтобы было где уточнить интересующие вопросы.»

Об обучающих семинарах и тренингах:

«Это было бы полезно, потому что многие медицинские работники плохо осведомлены о вопросах ВИЧ-инфекции. И многие из мед. работников, врачей, мед. сестёр не знают о путях передачи ВИЧ.»

«Будет меньше дискриминации к людям, люди станут более открытые.»

«Это укрепило бы практику медиков.»

«Считаю, что это хорошая идея, обмен опытом среди коллег важен, если еще такие семинары будут аккредитованы в системе НМО, то я только за.»

Непосредственно для работы с пациентами информанты также отмечали недостаток в раздаточных материалах или материалах для ознакомления. Многие говорили о том, что в их медицинском учреждении есть плакаты или брошюры, но этого недостаточно для того, чтобы помочь пациенту получить доступ к исчерпывающей информации и оказать поддержку. Как описывали информанты, в их работе были бы полезны памятки, буклеты или брошюры, в которых содержится информация о том, куда необходимо обратиться за медицинской и психологической помощью, телефоны доверия, какие препараты лечения существуют, как проходит терапия, о возможности забеременеть и родить здорового ребенка. Некоторые отмечали, что такие материалы должны не только выполнять информационную функцию, но психологическую: пациенты должны знать, что они не одни, и что их диагноз не смертельный. Последнее, вероятно, обусловлено тем, что опрошенные врачи рассказывали о том, что в их практике многие пациенты, которые узнавали о своем ВИЧ статусе, подвергались шоку, панике и дезориентации.

Таким образом, интервью показали, что среди врачей разных специализаций существует понимание необходимости как в их личном повышении уровня информированности о ВИЧ, так и в информационной помощи пациентам посредством емких и лаконичных материалов с набором полезных сведений о лечении и поддержке.

Заключение

Исследование показало, что проведенная просветительская кампания однозначно оказала положительный эффект на уровень информированности медицинских работников о ВИЧ и о работе с пациентами, имеющими положительный диагноз. Также в динамике удалось проследить формирование положительных установок относительно ВИЧ+ женщин и заметное снятие стигматизации пациенток. Помимо этого, можно сделать вывод о том, что повысился и уровень медицинских знаний по теме ВИЧ: о понимании значения резистентности и ее причинах, о беременности и рисках рождения ребенка с положительным статусом ВИЧ, о механизмах действия АРВТ и особенностях его прерывания. Продуктивность просветительских мероприятий подтверждается полученными данными в ходе количественного опроса, а также выводами из анализа материалов интервью с различными группами участников исследования.

Качественная часть исследования позволила уточнить некоторые аспекты и расширить понимания тех или иных причин, по которым медицинские работники формулируют свои позиции относительно вопросов, сформулированных в ходе

исследования. Нельзя не отметить, что сохраняется некоторая неуверенность врачей относительно двух вопросов: виновности пациентки в своем диагнозе и необходимости сообщать о своем статусе врачу. Анализ материалов интервью показал, что многие медицинские работники (как из контрольной группы, так и из прошедшей обучение) имеют склонность устанавливать «вину» через выявление обстоятельств заражения, что, конечно, требует дополнительной проработки, как просветительской, так и исследовательской. Относительно вопроса о необходимости сообщения о своем статусе ВИЧ надо отметить, что среди врачей существует сомнение в том, что незнание о заболевании может негативно повлиять на проведение процедур и назначение лечения.

Благодаря качественному исследованию также удалось выявить среди врачей высокий запрос на улучшение качества информирования о ВИЧ как среди них самих, так и среди пациентов посредством специальных материалов (брошюр и буклетов). Многие врачи готовы посещать тренинги и семинары, что улучшать свою практику и обмениваться опытом с коллегами. В этом отношении, возможно, необходимо дополнительно исследовать вопрос о том, в какой именно информации нуждаются врачи, и что, по их мнению, должно быть указано в раздаточных материалах для пациентов. Хотя частично ответы на эти вопросы уже были найдены в данном исследовании, вероятно было бы актуально провести дополнительное исследование, сфокусированное на данном вопросе, для выявления более точечных направлений для дальнейшей просветительной деятельности.