

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук та соціальних технологій
Кафедра соціології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітній ступінь – бакалавр

на тему: **«ЗНАННЯ, СТАВЛЕННЯ ТА ПРАКТИКИ СТУДЕНТІВ
МЕДИЧНИХ ЗВО ДО ЛЖВ: ДЕТЕРМІНАНТИ І КОНТЕКСТИ»**

Виконала: студентка 4-го року навчання

Спеціальності

054 Соціологія

Бойко Софія Романівна

Керівник: Степурко Т.Г.

докторка філософії, викладачка
кафедри соціології НаУКМА

Рецензент Ігнащук О.В.

Кваліфікаційна робота захищена

з оцінкою _____

Секретар ЕК _____

«_____» _____ 20__ р.

Київ – 2021

ЗМІСТ

Список умовних скорочень	4
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ДЕТЕРМІНАНТ І КОНТЕКСТІВ ЗДОБУТТЯ ЗНАНЬ, СТАВЛЕНЬ ТА ПРАКТИК СТУДЕНТАМИ МЕДИЧНИХ ЗВО ЩОДО ЛЖВ	10
1.1. Стигматизація ЛЖВ, причини та наслідки	10
1.2. Особливості формування компетенцій щодо ВІЛ/СНІД в медичних ЗВО 12	
1.3. Формування компетенцій студентів щодо надання допомоги ЛЖВ..	19
1.4. Інтервенції задля поліпшення процесу здобуття компетенцій студентів-медиків в наданні допомоги ЛЖВ	25
РОЗДІЛ 2. ЗНАННЯ, СТАВЛЕННЯ ТА ПРАКТИКИ СТУДЕНТІВ УКРАЇНСЬКИХ МЕДИЧНИХ ЗВО	29
2.1. Методологія дослідження	29
2.2. Знання, ставлення, практики студентів медичних ЗВО в Україні: описова статистика	36
2.3. Лінійний регресійний аналіз детермінантів знань, ставлення, гіпотетичних практик студентів-медиків	43
2.4. Експертна оцінка медичної освіти з акцентом на вивченні ВІЛ/СНІД та впровадження інтервенцій в навчальний процес	48
ВИСНОВКИ	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69

ДОДАТКИ.....	76
ДОДАТОК А. Підходи до інтервенцій задля зниження рівня ВІЛ/СНІД стигми за Браун (Brown et al., 2003).....	76
ДОДАТОК Б. ОПИСОВІ СТАТИСТИКИ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ	76
ДОДАТОК В. СТАНДАРТИЗОВАНІ ЗАЛИШКИ ТА P-P PLOT ЛІНІЙНОГО РЕГРЕСІЙНОГО АНАЛІЗУ	78
ДОДАТОК Г. ІНСТРУМЕНТ ДОСЛІДЖЕННЯ (АНКЕТА)	82
ДОДАТОК Д. ГАЙД ДЛЯ ЕКСПЕРТНИХ ІНТЕРВ'Ю	86

Список умовних скорочень

АРТ – антиретровірусна терапія;

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини;

ВООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я;

ЗВО – заклад вищої освіти;

ЗОЗ - закладах охорони здоров'я;

ЖКС - жінки комерційного сексу;

ЗПСШ – захворювання, які передаються статевим шляхом;

ЛЖВ – людина, яка живе з вірусом імунодефіциту людини;

МОЗ – міністерство охорони здоров'я;

НМАПО - Національна медична академія післядипломної освіти;

ПДО – післядипломна освіта;

СІН - споживачі ін'єкційних наркотиків;

СНІД – синдром імунодефіциту людини;

ЦГЗ – центр громадського здоров'я;

AAS – (AIDS Attitude Scale) – шкала ставлення до СНІД, використовується для оцінки ефективності навчальних програм, спрямованих на ставлення студентів-медиків до хворих на СНІД;

SPA - (Student Progress Assessment) - шкала оцінки успіху студентів;

(S-)EBPQ – ((student) evidence-based practice questionnaire) – інструмент для вимірювання знань, ставлення та навичок;

КАР – (Knowledge, Attitude, Practice) – модель знань, ставлення та практики, що використовується в охороні здоров'я для пояснення того, як поведінка (практики) визначається ставленням та знаннями людини;

KASE – questionnaire

PhD - (Philosophie Doctor) – доктор філософії, освітній і науковий ступінь.

UNAIDS - (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) - Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД;

USAID – (US Agency for International Development) - Агентство США з міжнародного розвитку.

ВСТУП

Україна, за поділом Європейського центру з контролю та профілактики захворюваності та Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), входить до регіону Східної Європи та Центральної Азії, який є єдиним в світі, де продовжує зростати кількість нових випадків Вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) та смертності від Синдрому набутого імунодефіциту людини (СНІД) (Центр громадського здоров'я, 2019а).

У 2014 році Спільна національна програма протидії ВІЛ / СНІДу (UNAIDS) встановила глобальні цілі «90-90-90». Метою яких є зростання показника діагностованості ВІЛ серед людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) у 2020 році до 90%; 90% діагностованих випадків мають отримувати антиретровірусну терапію (АРТ); 90% ЛЖВ, які отримують АРТ в результаті мають досягти показника невизначуваного рівня вірусу в організмі людини (UNAIDS, 2014). За даними державної установи «Центр громадського здоров'я», станом на 2019 рік рівень показників у світі становить 79%-78%-86%. Для України у 2018 році показники становили 71%-72%-93%, а в кінці 2018 року в Україні проживало 239 956 ВІЛ-позитивних людей (Центр громадського здоров'я, 2019b). За даними ЦГЗ станом на 2020 рік в Україні проживало 251 168 ВІЛ-позитивних людей. У 01.01.2020 в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) перебувало 135 902 ВІЛ-інфікованих громадян України і 228 іноземців. (Центр громадського здоров'я, 2020). ЦГЗ зазначає про на сьогодні 3 з 10 людей, інфікованих ВІЛ, не перебувають на обліку у ЗОЗ, а також про те, що ситуація на рівні регіонів відрізняється за кількістю відомих випадків і частотою випадків на 100 тис. населення (Центр громадського здоров'я (ЦГЗ), Інформаційний бюлетень №51, 2020).

Стигматизація і дискримінація ЛЖВ є бар'єром для закінчення епідемії ВІЛ/СНІД в світі. Прояви стигматизації та дискримінації ЛЖВ полягають в ірраціональному страху інфікуватися; вірі, що ВІЛ-позитивний статус є покаранням за аморальну поведінку; вірі, що ЛЖВ не переживають про те, чи вони інфікують інших людей; вірі в доцільність стерилізації жінок з ВІЛ-позитивним статусом виключаючи згоду ЛЖВ; випадках відмови лікарів надавати медичні послуги ЛЖВ в той час, як ці послуги доступні іншим людям (UNAIDS, 2018). Дискримінація ЛЖВ в медичній сфері є одним з основних бар'єрів припинення епідемії в світі і порушенням загального права доступу до медичної допомоги (UNAIDS, 2018).

Формування знань, ставлень та практик лікарів відбувається під час навчання в медичних ЗВО (Price et al., 1998). За результатами досліджень серед студентів медичних університетів, під час навчання відбувається зміна знань, ставлень і гіпотетичних практик стосовно ЛЖВ (Price et al., 1998; Feldmann et al., 1990). Базуючись на результатах попередніх досліджень в різних країнах світу (Balogun et al., 1998; Seacat and Inglehart, 2003), студенти показують високі результати знань про ВІЛ-інфекцію, однак продовжують демонструвати стигматизуюче ставлення і гіпотетичні дискримінуючі практики до ЛЖВ. Запровадження певних навчальних практик може змінювати ставлення та майбутні практики студентів до ЛЖВ (Uwakwe, 2000; Kent et al., 2005; Jaworsky et al., 2017; Bares et al., 2018; Rogers et al., 2011), як от, знайомство з ЛЖВ під час навчання (Uwakwe, 2000); лекції, де лектором виступає ЛЖВ (Jaworsky et al., 2017). Тож, розуміючи теперішній рівень знань і вектор ставлень, а також особливості освітніх практик, є можливість впливати на покращення процесу здобуття компетенцій, які б призводили до меншого рівня стигми до ЛЖВ серед надавачів медичної допомоги. За браком досліджень в галузі медичної освіти, як щодо рівня знань студентів з того чи

іншого питання, так і виявлення прогалин в освітньому процесі і середовищі, дане дослідження робить внесок у формування доказової бази медичної освіти України.

Метою дослідження є виявлення і опис детермінант знань, ставлення, практик студентів медичних ЗВО стосовно ЛЖВ і особливостей контексту здобуття таких компетенцій в Україні. **Об'єктом** дослідження є студенти медичних ЗВО Харкова, Тернополя і Чернівців. **Предметом** роботи є детермінанти знань, ставлення, практик до ЛЖВ і контекст, в якому вони здобуваються.

Для реалізації мети було поставлено такі **завдання**:

1. Визначити підходи до вивчення знань, ставлення, практик студентів стосовно ЛЖВ.
2. Виявити детермінанти знань, ставлення, практик студентів стосовно ЛЖВ.
3. З'ясувати контекст, в якому відбувається формування компетенцій майбутніх надавачів допомоги ЛЖВ.
4. З'ясувати потенційні інтервенції, які сприятимуть покращенню ставлень і практик студентів ЗВО стосовно ЛЖВ.

Дослідження ґрунтується на застосуванні кількісної та якісної методології. Для роботи було використано масив даних PhD студентки Маастрихтського університету з дозволу студентки та дослідницької команди Маастрихтського університету. Масив даних був зібраний з використанням стандартизованого і контекстуалізованого інструменту дослідження-анкети, в квітні 2019 року. Загалом, вибірка є кластерною, всього опитано більше 800 студентів. На додачу, застосування якісницької методології сприяє кращому

розумінню того, як здобуття компетенцій щодо допомоги ЛЖВ інтегроване в освітні програми, якими є особливості контексту формування компетенцій щодо медичної допомоги ЛЖВ та можливих інтервенцій для зменшення стигми майбутніх надавачів допомоги щодо ЛЖВ.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ДЕТЕРМІНАНТ І КОНТЕКСТІВ ЗДОБУТТЯ ЗНАНЬ, СТАВЛЕНЬ ТА ПРАКТИК СТУДЕНТАМИ МЕДИЧНИХ ЗВО ЩОДО ЛЖВ

1.1. Стигматизація ЛЖВ, причини та наслідки

Термін «стигма» використовується для позначення якості, що видає нехвалювану властивість індивіда; характер цієї якості визначається не нею самою, а ставленням до неї (Гофман, 2017). Стигма вважається загальною реакцією людини на хворобу і описується як процес, який включає ідентифікацію і використання відмінностей між групами людей, задля легітимації соціальної ієрархії і нерівності (Farotimi et al., 2015). В свою чергу дослідники визначили стигматизовані статуси базуючись на їхніх еволюційних і соціальних функціях, які включають уникнення соціальних інвестицій з високим ризиком, зміцнення власної групи при експлуатації інших груп та уникнення стигматизованої групи (задля наприклад уникнення хвороби). Стигма допомагає виправдовувати виражене упередження щодо одних або інших стигматизованих груп (Pachankis et al., 2018).

У своїй праці «Стигма: замітки про управління зіпсованою ідентичністю» Гоффман (Goffman) розрізняв тих стигматизованих людей, які дискредитуються, тобто, стигматизовані статуси, які видно, проти дискредитованих, тобто, чиї стигматизовані статуси можна приховати у щоденній соціальній взаємодії (2017). ЛЖВ не завжди можна віднести до другого типу стигматизованих, однак в обох випадках вони є стигматизованими. Серед ВІЛ-позитивних людей є ті, хто має видимі симптоми. За результатами опитувань, вони мали більше стигматизуючого досвіду та більший психологічний дистрес, ніж люди без видимих симптомів (Pachankis et al., 2018). Однак, також існують дані, що люди з прихованими

стигматизованими статусами отримують меншу соціальну підтримку, щоб впоратися зі стресорами, пов'язаними із стигмою, зазнають більшої соціальної ізоляції та повідомляють про більш несприятливі психологічні наслідки, такі як: більш негативний вплив та зниження самооцінки, ніж ті, що мають помітні стигматизовані статуси (Pachankis et al., 2018). Існують дані про позитивні наслідки невидимості хвороби для самих ЛЖВ, де ЛЖВ не відрізняються від нестигматизованого населення і можуть уникати упередження та дискримінації під час соціальної взаємодії. В праці Джонса (Jones) «Соціальна стигма: Психологія помічених відносин» описано аспекти ознак стигми, серед них тривалість стигми в часі, яка для ЛЖВ відбувається протягом усього життя (1984). Також присутній аспект ступеню небезпеки і особистої загрози інфікування, що підживлює стигматизацію (Jones et al., 1984).

Стигма, пов'язана з ВІЛ/СНІДом, - це упередження, зниження, дискредитація та дискримінація, спрямовані на людей з ВІЛ/СНІДом, їхніх близьких та груп людей з якими вони асоціюються, а також групи та громади, з якими вони пов'язані (Jaworsky et al., 2017). Вона пов'язана з реакцією на летальну природу хвороби, і з нехтувальною поведінкою членів групи до соціальних норм з погляду стигматизуючих, що призводить до упередженого ставлення до групи (All and Sullivan, 1997). За визначенням Макховської (MacHowska) і колег, стигма може бути описана як соціально спільне сприйняття знеціненого статусу ЛЖВ (2020). Така поведінка суспільства провокує депресію, низьку самооцінку, тривожність в ЛЖВ (Varas-Díaz et al., 2013). У дослідженні було виявлено, що ВІЛ перешкоджає соціальній взаємодії, оскільки ЛЖВ може відчувати остракізацію (загальна згода на виключення із загальних привілеїв або соціального визнання (Merriam-Webster dictionary, 2020), що призводить до значного зменшення або повного усунення соціальних мереж індивідів (Varas-Díaz et al., 2013). Серед ЛЖВ

стигматизація провокує відмову від лікування антиретровірусною терапією (АРТ), що спричиняє прогресування ВІЛ і подальше поширення хвороби (Varas-Díaz et al., 2013; Jaworsky et al., 2017; Білак–Лук’янчук і Брич, 2017).

Наслідки стигматизації ВІЛ погіршуються, коли стигматизуюча поведінка походить від людей, які мають важливе значення в житті ЛЖВ, таких як медики. Саме медики є важливим ресурсом підтримки ЛЖВ (Varas-Díaz et al., 2013). В медичній галузі стигма пов’язана з ВІЛ може проявлятися трьома різними способами: несвідомість у стигматизуючому ставленні та поведінці, що має вплив; уникання контактів з ЛЖВ через страх інфікуватися ВІЛ; асоціація ВІЛ з аморальною поведінкою (Jaworsky et al., 2017). Стигматизуюча поведінка надавачів допомоги потребує особливої уваги, оскільки це впливає на доступність і якість медичної допомоги. Медичні працівники не можуть уникнути контактів з ЛЖВ у сучасній системі охорони здоров’я, незалежно від клінічних умов, в яких вони мають практику (Froman and Owen, 1997). Проте зменшення стигматизуючої поведінки надавачів допомоги помітно, коли медичні працівники здобувають належні компетенції (знання, ставлення і навички) щодо стигми і безпечного надання допомоги ЛЖВ (Nyblade et al., 2009; Wu et al., 2002).

1.2. Особливості формування компетенцій щодо ВІЛ/СНІД в медичних ЗВО

Задля зменшення стигматизації ЛЖВ надавачами медичної допомоги, варто виявити прогалини в компетенціях, як от наприклад виявити як додипломна медична освіта формує знання, ставлення, а разом з тим сприяє зменшенню стигматизуючої поведінки. Також важливо виявляти гіпотетичні практики, які студенти вважають доцільно використовувати по відношенню до ЛЖВ під час їхньої професійної практики в майбутньому. Виявлення прогалин

в ранній професіоналізації і дизайн з подальшим впровадженням інтервенцій сприятимуть кращій доступності і якості медичної допомоги (Kinsler et al., 2007; Reis et al., 2005).

Існують різні компоненти, які використовують або рекомендують для оцінювання стигми пов'язаної зі здоров'ям, і їх можна згрупувати у п'ять категорій (Van Brakel, 2006). Такі три з наведених п'яти категорії можуть бути релевантними до студентів-медиків:

- опитування надавачів медичних послуг про ставлення до людей з різним станом здоров'я;
- департаменти охорони здоров'я перевіряють медичні заклади щодо лікарських практик, які можуть бути стигматизуючими;
- систематичний огляд використаних навчальних матеріалів у закладах освіти, що можуть бути пов'язані із стигматизованими умовами.

Для оцінювання компонентів стигми пов'язаної зі здоров'ям використовуються нижче наведені методи дослідження (Van Brakel, 2006):

- анкетування (закрите / відкрите / гайди інтерв'ю), які містять дані про знання, ставлення, практики (knowledge, attitude and practice model, (КАР));
- застосування якісницьких методів (інтерв'ю ключових інформантів, фокус-групи, глибинні інтерв'ю, спостереження за учасниками);
- індикатори, разом вони дають профіль стигматизації та дискримінації; шкали, вказують на ступінь або тяжкість вимірюваного явища.

Модель «Знання - Ставлення - Практики» (Knowledge, Attitude, Practice (КАР)) використовується в соціальних дослідженнях в охороні здоров'я для пояснення того, як поведінка (практики) визначається ставленням та знаннями людини (Houpis et al., 2015). Складова моделі **Знання** визначається як

здатність отримувати, зберігати та використовувати інформацію; суміш розуміння, досвіду, розважливості та майстерності. Складова **Ставлення** об'єкта до предмета стосується почуттів об'єкта до обраного предмета, а також до будь-яких заздалегідь задуманих ідей, які об'єкт може мати стосовно предмета. Складова **Практики** об'єкта стосуються способів, якими об'єкт демонструє свої знання та ставлення своїми діями до предмета дослідження (Kaliyaperumal, 2004). Інструментом КАР досліджень є стандартизована анкета, сформована відповідно до тематики дослідження, яка включає в себе частини питань про знання, ставлення і практики (Kaliyaperumal, 2004).

Прикладом шкали, яка застосовуються для вимірювання стигми студентів і медиків щодо ЛЖВ є «Ставлення до СНІД» (AIDS Attitude Scale / AAS). Основною задачею шкали є оцінювання ефективності навчальних програм, спрямованих на ставлення студентів-медиків до хворих на СНІД (Van Brakel, 2006). Приклади запитань є такими: «ВІЛ-позитивні пацієнти не мають перебувати в одній кімнаті з іншими пацієнтами», «я наляканий отримати ВІЛ під час соціальних контактів з кимось», «я вважаю, що ВІЛ-позитивні пацієнти мають право на таку ж якість обслуговування, як і інші пацієнти» (Froman and Owen, 1997).

Іншим прикладом інструменту є опитувальник про застосування практик на основі доказової медицини (evidence-based practice questionnaire / EBPQ), перша версія якого була розроблена Стрейнером (Streiner) та Норманом (Norman) у 1995 році (Upton and Upton, 2006). Анкета для студентів стосовно практик доказової медицини (Student Evidence-based Practice Questionnaire/ S-EBPQ) є психометрично надійним показником використання EBPQ для вимірювання знань, ставлення та навичок. Анкета включає в себе три суб-шкали: знання та навички в доказовій медицині, ставлення до доказової медицини, частота практики (Upton et al., 2016).

Інструмент «Знання, ставлення, доступ та впевненість» (Knowledge, Attitudes, Access and Confidence / KACE) розроблений задля вимірювання результатів навчання з застосування доказової медицини (EBPQ). Інструмент вимірює чотири параметри: розуміння концептів доказової медицини; ставлення до доказової медицини; способи доступу до доказової бази (evidence accessing methods) впевненість у критичній оцінці. Серед прикладів запитань є наступні: наскільки впевненими ви є стосовно надання оцінки, чи дизайн дослідження є правильно підібраним?; яке з наступних тверджень найкраще описує пацієнт-орієнтовані інтервенції, їхнє порівняння і наслідки? (Hendricson et al., 2011).

Також відбувається використання формального тестування студентів-медиків стосовно професійного ставлення, цінностей, етики в контексті трьох комплексних перевірок результативності (Student Progress Assessment (SPA) в університеті Нью Мехіко, США впродовж чотирьох років навчання в медичному закладі. Тестування включають в себе перевірку клінічних і комунікаційних навичок, інтеграцію знань в практику, самостійне оцінювання власних знань та вмінь. За результатами таких тестувань приймаються рішення про надання можливості студентам вивчати нові курси, що унеможливорює незасвоєння матеріалів з курсів і отримання диплому без достатнього рівня знань (Roberts et al., 2003).

Отже, як було зазначено вище, Kaliyaperumal (2004) визначає знання як здатність отримувати, зберігати та використовувати інформацію; ставлення ж - стосуються почуттів об'єкта до обраного предмета; практики - способи, якими об'єкт демонструє свої знання та ставлення своїми діями до предмета дослідження.

Знання, ставлення і практики студентів-медиків можуть бути зумовлені різними чинниками, серед них: соціально-демографічні, релігійні, освітні. Мабуть, дослідження соціо-демографічних чинників реалізуються найбільш часто, а саме вивчається зв'язок між КАП (КАР) і статтю, віком, етнічною та расовою приналежністю, релігією студентів, сімейним станом (Balogun et al., 1998; Farotimi et al., 2015; Radecki et al., 1999). Так, надання медичної допомоги жінками-лікарками відрізняється від надання медичної допомоги чоловіками-лікарями: лікарки описують як більш уважних фахівчинь до міжособистісних та психосоціальних аспектів догляду за пацієнтами і пацієнтками в порівнянні з чоловіками-лікарями (Price et al., 1998). Такі відмінності можуть бути пояснені різною соціалізацією індивідів в ранньому дитинстві і дорослому віці (Price et al., 1998). Інший аналіз індивідуального ставлення показав, що студенти чоловічої статі мають значно негативніші настрої стосовно надання медичних послуг ЛЖВ, ніж жінки (Rogers et al., 2011). Існує думка, що жінки в порівнянні з чоловіками більш «турботливі», і це спричинено тим, що поняття «турбота» частіше зустрічається в сестринських, ніж у лікарських підручниках. В свою чергу часто ігнорується факт, що і чоловіки можуть бути медбратами, а жінки лікарями (Price et al., 1998). Деякі результати опитувань студентів виявляють те, що студентки-медики мають страх лікувати ЛЖВ під час власної вагітності, оскільки вважають це періодом підвищеного ризику інфікуватися ВІЛ на робочому місці (Calabro et al., 1998). Також у дослідженні Балогун (Balogun) та колег до початку навчань з тематики ВІЛ/СНІД студентки-медики мали нижчий рівень бажання надавати медичні послуги ЛЖВ (Balogun et al., 1998). У іншому дослідженні студентів-медиків з університету Каліфорнії, Ірвайн (Radecki et al., 1999) розподіл за статтю показав, що саме студентки-медики частіше погоджуються з твердженням в анкеті про рутинне тестування на ВІЛ-пацієнтів не з групи ризику інфікування.

Ставлення студентів медиків до ЛЖВ також має статистичний зв'язок з релігією, яку вони сповідують (Balogun et al., 1998): іудеї і католики мають нижчий рівень бажання лікувати ЛЖВ, ніж протестанти і невіруючі. Студенти азійського походження є більш авторитарними, упередженими, жорсткими і менш готовими до підтримки прав пацієнтів (Price et al., 1998). Однак, наявні дослідження демонструють небагато доказів для підтримки гіпотези стосовно расових і етнічних відмінностей студентів-медиків у ставленні до ЛЖВ (Price et al., 1998).

Знання, стать і сімейний стан асоціюються з підтримкою твердження, запропонованого в анкеті, про тестування пацієнтів на ВІЛ, не дивлячись на те, що це заборонено (Farotimi et al., 2015). Одружені респонденти мають більше знань про ВІЛ/СНІД, ніж ті, хто не перебуває у стосунках. Наявність ЛГБТ друзів і належність лікарів до ЛГБТ спільноти позитивно впливає на бажання лікувати ЛЖВ (Radecki et al., 1999). Також, студенти, які користуються презервативами, мають кращі знання з тематики ВІЛ, ніж ті, хто такого досвіду не мають (Durojaiye, 2011).

Існують докази того, що бакалаврська медична освіта може негативно вплинути на ставлення студентів-медиків до ЛЖВ. Було доведено, що досвід медичної освіти посилює цинічне ставлення та зменшує гуманістичні почуття (*humanitarian feelings*) (Price et al., 1998). Більше того, тим же автором висувається гіпотеза про вплив навчання, яке не сприяє заохоченню ліберального ставлення до соціальних проблем. Самі по собі знання про ВІЛ-інфекцію не впливають на бажання лікувати ЛЖВ, але ставлення до ЛЖВ і бажання надавати медичні послуги ЛЖВ мають позитивну кореляцію (Balogun et al., 1998).

Стосовно практик студентів-медиків, в опитуваннях є приклади відповідей студентів, які протирічать одні одним (Balogun et al., 1998).

Студенти мають знання стосовно прав ЛЖВ не розголошувати свій статус і самим вирішувати, хто знатиме про їхній статус. Однак, так само студенти схвально відповідають на твердження про право знати статус пацієнта лікарем і розголошувати статус пацієнта його родичам і сексуальним партнерам (Balogun et al., 1998). Подібні результати були описані в курсовій роботі (Бойко, 2019) стосовно ставлення студентів, де більшість студентів (54,5%) хотіли би надавати медичні послуги ЛЖВ. Однак, при зміні запитання від «хотіли» і «мали вибір надавати медичні послуги ЛЖВ» 64,5% респондентів не погодилися з твердженням про надання медичних послуг за наявності вибору. Тож цей результат є також суперечливим.

Додаткові курси або програми додаткового навчання з тематики ВІЛ для студентів найчастіше не є широко застосованими впродовж всіх років навчання студентів, а зазвичай додаткові заняття проходять в формі відкритих форумів для студентів, які не є обов'язковими для відвідування (All and Sullivan, 1997). За даними досліджень, час навчання та рівень освіти формують глибину знань, які мають вплив на страх студентів (All and Sullivan, 1997), на негативне ставлення до ЛЖВ (Seacat and Inglehart, 2003), на бажання надмірного використання захисних засобів при контакті з ЛЖВ (Radecki et al., 1999). Знання про стигму ЛЖВ корелюють з більш позитивним ставленням до ЛЖВ і комфортом надання медичної допомоги (Radecki et al., 1999; Platten et al., 2014; Хрянін та ін., 2019;).

Однак покращення знань має обмежений вплив на зменшення страху асоційованого з лікуванням інфекційних хворих і не має впливу на бажання лікувати таких пацієнтів (Seacat and Inglehart, 2003). В свою чергу попередній контакт з ЛЖВ має вплив на рівень знань (All and Sullivan, 1997) і здатен модифікувати поведінку студентів-медиків завдяки здобутій впевненості і збільшенню бажання лікувати ЛЖВ (Uwakwe, 2000). У випадку якщо

навчальні програми заохочують ранній контакт з пацієнтом, важливо, щоб студенти розвивали конструктивне ставлення до ЛЖВ, які підтримують відповідні клінічні взаємодії з лікарями (Kent et al., 2005). Такий метод змін поведінки задля зменшення рівня стигми застосовувався в дослідженнях (Jaworsky et al., 2017; Bares et al., 2018; Rogers et al., 2011; Uwakwe, 2000). Застосування інформації та інших методів зміни ставлення та поведінки в комплексі впливатиме на готовність студентів і їхнє бажання інтегрувати зміни в свою поведінку (MacHowska et al., 2020).

1.3. Формування компетенцій студентів щодо надання допомоги ЛЖВ

За наказом МОЗ України №585 про «Порядок організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД», медична допомога ЛЖВ може надаватися у центрах профілактики та боротьби зі СНІДом; у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), у складі яких функціонують кабінети «Довіра» або кабінети інфекційних захворювань; інфекційними лікарнями; багатoproфільними лікарнями; протитуберкульозними диспансерами, туберкульозними лікарнями, територіальними медичними об'єднаннями, які надають спеціалізовану медичну допомогу хворим на поєднану патологію ВІЛ/ТБ (2020). Наразі відбуваються пілотні проєкти з надання допомоги ЛЖВ на первинній ланці в декількох областях. Тож лікарі різних спеціальностей надають медичну допомогу ЛЖВ і саме тому навчання лікарів різних профілів вимагає вивчення тематики ВІЛ/СНІД.

Навчання майбутніх лікарів відбувається в кілька етапів - спершу отримання вищої освіти (магістр медицини), що триває 6 років. Після чого майбутні лікарі продовжують свою післядипломну освіту, що включає: інтернатуру (обов'язково для отримання диплому лікаря і початку медичної

практики), ординатуру, магістратуру, аспірантуру і докторантуру. Після інтернатури лікар отримує сертифікат і право самостійно працювати лікарем (Українська медична рада, 2020).

Навчання щодо ВІЛ/СНІД представлене в програмі додипломної освіти через такі курси: «інфекційні хвороби», «епідеміологія» «Інфекційні хвороби з ВІЛ-інфекцією», «Актуальні проблеми ВІЛ-інфекції» (СумДУ, ХНМУ, КМУ). Також від 2009 року в усіх медичних університетах України були впроваджені програми “Профілактика ВІЛ-інфікування, попередження ВІЛ від матері до дитини, діагностики, лікування ВІЛ-інфікованих та соціально-психологічної підтримки людей, що живуть з ВІЛ” (Копитов et al., 2013).

Під час навчання на інтернатурі різних спеціальностей, був введений суміжний цикл занять з теми «ВІЛ-інфекція/СНІД. Особливо небезпечні інфекції». Інтерни отримують знання з діагностики, профілактики, проведення протиепідеміологічних заходів, зменшення кількості госпіталізованих хворих (Чемич et al., 2012).

Все ж таки, формування ставлення та поведінки студентів стосовно ЛЖВ відбувається ще до початку вступу в медичний ЗВО, адже суспільство через процеси соціалізації впливає на подальше ставлення до ЛЖВ (Price et al., 1998). Із вступом в медичний ЗВО, формування компетенцій, а саме знань, ставлень та практик відбувається в результаті взаємодії з викладачами, одногрупниками, менторами, керівниками практики. За результатами дослідження Фельдмана (Feldmann) і колег проведеного в університеті Луїсвіллі (США), студенти-медики і їхні викладачі є подібними в ставленні і бажанні лікувати ЛЖВ (1990). Студенти і кафедри були опитані на теми передачі ВІЛ; почуттів про СНІД і гомосексуальність; право і етику з питань надання медичної допомоги ЛЖВ (Feldmann et al., 1990). У дослідженні Лейва-Морал (Leyva-Moral) та колег в Іспанії було виявлено, що студенти

медсестринської академії та викладачі в більшості мають позитивне ставлення до ЛЖВ (Leyva-Moral et al., 2016).

Працівники кафедр можуть упереджено ставитися до певних груп населення, що може впливати на їхню здатність вчити студентів надавати однаково якісну і доступну допомогу певним групам населення, - ставлення викладачів проявляється під час занять зі студентами (Seacat and Inglehart, 2003).

Студенти-медики вивчають курси з тематики ВІЛ/СНІД, етики, епідеміології та інфекційних хвороб. Загалом, базове навчання тематиці ВІЛ/СНІД включає природу патогену, способи передачі ВІЛ-інфекції, наслідки ВІЛ-інфекції, фактори ризику, запобіжні заходи під час професійної практики і приватного життя (Uwakwe, 2000). Також можливе вивчення психо-соціальних аспектів ВІЛ-інфекції серед дітей та дорослих, дотримання конфіденційності, паліативний догляд, вплив ВІЛ на психологічний стан ЛЖВ (Balogun et al., 1998). За результатами проведених опитувань студентів, питання етичних норм надання медичних послуг ЛЖВ залишається недостатньо розглянутим у медичних ЗВО (Baytner-Zamir et al., 2014). Проведені опитування серед студентів медичних університетів у низці країн висвітлюють бажання студентів отримувати достатньо інформації під час навчання задля безпечного надання медичних послуг ЛЖВ (Baytner-Zamir et al., 2014). Була виявлена потреба у використанні дидактичних способів покращення навчання з тематики ВІЛ; як приклад тема «що означає бути ВІЛ-інфікованим», що може проводитися ЛЖВ (Seacat and Inglehart, 2003). Курси за участі ЛЖВ і курси на тематику сенсibiлізації сприяють зменшенню стигми пов'язаної з ВІЛ/СНІДом. Найвищою тенденцією, пов'язаною з підвищенням кваліфікації студентів було зменшення відчутної потреби у рутинному

тестуванні на ВІЛ для осіб, які не є групою ризику. Щодо українських студентів даних бракує.

Методи викладання дисциплін можуть варіюватися від дидактичних, де основним принципом є когнітивна область навчання (Williams et al., 2006), до індуктивних, які активно використовують інтерактивні методи навчання (Поздняков et al., 2008).

Трансформація навчальних планів медичних університетів націлена на необхідність етичного навчання та практику з етики (Price et al., 1998). Було виявлено, що з часом (від першого до четвертого року навчання), кількість курсів, націлених на лікування різноманітних категорій пацієнтів знижується. Однак, варто зазначити, що збільшення/зменшення кількості курсів залежить від спеціальності студентів (Seacat and Inglehart, 2003).

Навчальні плани в медичних університетах можуть включати індуктивне навчання – інтерактивні методи навчання, які часто застосовуються в період ПДО (післядипломної освіти) (Поздняков et al., 2008; Шостакович-Корецька et al., 2014; Жураковська et al., 2016; Шостакович-Корецька et al., 2017). Інтерактивні форми навчання створюють додаткові можливості для отримання знань і навичок, відповідно лікарі краще засвоюють нові компетенції і отже в результаті підвищують рівень якості медичної допомоги, яка надається ними пацієнтам (Поздняков et al., 2008). Такі студенто-орієнтовані методи включають міждисциплінарні проекти, метод конкурентних груп, де викладачі виступають консультантами; може відбуватися залучення знань з інших предметів (Шостакович-Корецька et al., 2014; Bares et al., 2018); участі в дослідницьких проектах і case-study – аналіз конкретних ситуацій (Шостакович-Корецька et al., 2017; Жураковська et al., 2016); групові дискусії, “мозковий штурм”, методи кооперативного навчання (Жураковська et al., 2016), використання рольових ігор на курсах з

консультування ЛЖВ (Степановічус et al., 2017). За даними різних досліджень, опитування студентів стосовно очікувань і уподобань в процесі навчання, показали перевагу інтерактивних методів (Шостакович-Корецька et al., 2017). Також застосовуються комп'ютерні технології (Чемич et al., 2012) і інтерактивні методи навчання (Степанський et al., 2016; Шостакович-Корецька et al., 2017). Шостакович-Корецька і колеги розробили модель проведення занять з теми «ВІЛ-інфекція», що відповідає навчальній програмі медичних ЗВО (2017). Модель націлена для покращення вивчення тем етики і патогенезу інфекції, через роботу в малих групах, дискусіях, практичних заняттях, тренінгах із використанням рольової і ділової гри про стигму і дискримінацію підготовці і проходженні опитника з пацієнтами центру СНІДу, робота з нормативними документами, вивчення АРТ. За результатами дослідження проведеного серед лікарів-інтернів Дніпропетровської медичної академії, підвищується рівень зацікавленості інтернів темою і їхня практична підготовка. Звітується також про використання міжпрофесійного проекту є одним із способів обміну досвідом медиків різних спеціальностей з лікарями-інтернами. У такий спосіб відбувається формування міжпрофесійного плану ведення пацієнта, який інтегрує ролі, знання та досвід кожної спеціальності стосовно ВІЛ-інфекції (Шостакович-Корецька et al., 2017).

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (НМАПО) розробила навчальний посібник, навчальний план і програму циклу тематичного удосконалення для лікарів різних фахів. Всі матеріали стосуються добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію і тестування на ВІЛ із застосуванням швидких тестів (Дзюблик і Александріна, 2018). Описані три модулі навчання включаючи патоген, особливості епідемії, ризиковану поведінку, тестування, моделі консультування і законодавчі норми консультування, які є важливою

складовою уникнення стигматизуючого ставлення. Також формується навичка лікаря допомогти пацієнту самому прийняти рішення на підставі проведеної мотивації і формування безпечної поведінки пацієнта щодо інфікування ВІЛ. «Такий підхід дозволяє готувати більшу кількість фахівців, спроможних надавати якісні і доступні послуги консультування і тестування на ВІЛ, розширювати доступ медицини для ЛЖВ і подолати епідемію ВІЛ/СНІДу» (Дзюбик і Александріна, 2018).

Не зважаючи на наявність декількох публікацій про розроблені матеріали для студентів, системне і ретельне оцінювання того, чи такі спроби оновити освітні продукти є ефективними, відсутні. Так, в українському контексті відсутня інформація про ефективність використання як традиційних, так і інтерактивних методів навчання.

Інші можливі методи опанування компетенцій - це залучення студентів до спільних консультувань ЛЖВ (Поздняков et al., 2008; Rogers et al., 2011); можливе проходження практики в лікарні, яка орієнтована на надання послуг ЛЖВ (Bares et al., 2018). У випадку, коли навчальні програми заохочують ранній контакт з ЛЖВ, помічено розвиток більш конструктивного ставлення до ЛЖВ, які підтримують відповідні взаємодії (Kent et al., 2005). Також задля уможливлення контакту з ЛЖВ під час навчання запроваджуються заняття, в яких лекторами виступають ЛЖВ (Balogun et al., 1998; Jaworsky et al., 2017; Shah et al., 2014).

Зворотній зв'язок від викладачів є важливою складовою навчання (Шостакович-Корецька et al., 2017). При переході на старші роки навчання, метод програм клінічного наставництва розглядається як ефективний (Поздняков et al., 2008), оскільки наставництво розвиває професійні риси та сприяє професійній соціалізації (Kalén et al., 2010). Основними ролями

наставника є роль радника, зразка для наслідування, тренера, помічника при вирішенні проблем, вчителя, організатора та керівника (Kalén et al., 2010).

1.4. Інтервенції задля поліпшення процесу здобуття компетенцій студентів-медиків в наданні допомоги ЛЖВ

Існують різні підходи до інтервенцій задля зниження рівня ВІЛ/СНІД стигми, які включають інформування, побудову навичок, консультаційні підходи і контакт з ураженими групами (Brown et al., 2003). Більш детально інтервенції описані в Додатку А. При інтервенції, заснованій на інформуванні, застосовують письмову та усну комунікацію на основі інформації, заснованої на фактах. Використовують друковані матеріали, відео, групове навчання і дискусії. Тип побудови навичок базується на навчальній стратегії для вирішення негативного ставлення, навчають витривалості поведінки. В інтервенціях спрямованих на побудову навичок використовують рольові ігри, формування образів, десенсибілізація групи. При застосуванні консультаційних підходів надається підтримка позитивній поведінці. Консультування може бути індивідуальним і груповим. Застосовуючи контакт з ураженими групами відбувається отримання учасниками інтервенції відгуків про взаємодію, візуалізується буття ЛЖВ (Brown et al., 2003).

Тривалість інтервенцій не є визначальним фактором покращення знання і зміни ставлення (MacHowska et al., 2020). Езедіначі (Ezedinachi) та колеги здійснили інтервенцію засновану на інформуванні, а саме було проведено експертні лекції впродовж двох днів на тематику ВІЛ/СНІД і ЗПСШ, симптоматики, клінічного менеджменту, стигматизації, дискримінації асоційованої з ВІЛ/СНІД, наслідки для соціального та громадського здоров'я, лікування опортуністичних інфекцій, запобігання передачі ВІЛ (2002).

Навчання включало рольові ігри, воркшопи, семінари, групові дискусії і аудіовізуальні матеріали. Тестування знань відбувалося двічі, до і після інтервенції. В результаті тестування було виявлено покращення знань учасників (Ezedinachi et al., 2002). Подібним прикладом також є інтервенція описана Макховською (MacHowaska) та колегами, однак вона включала в себе навчання для студентів і лікарів, також відбувалося тестування обох груп на початку і в кінці (2020). Ставлення після інтервенцій змінилося в позитивний бік в обох групах, однак професійний досвід лікування ЛЖВ є провісником вищих показників позитивного ставлення. Також пропорція тих, хто бажає лікувати людей з гепатитом Б подібна до тих, хто бажає лікувати ЛЖВ, в такому разі важливо вивчати питання, чи проблема стигми стосується всіх інфекційних хвороб (MacHowaska et al., 2020).

В 1987 році, коли контекст і сприйняття ВІЛ/СНІД суттєво відрізнялися від теперішнього стану, Джонсоном (Johnson) та колегами було описана інтервенція, де 20 студентів-медиків були задіяні в пілотній програмі навчання про ВІЛ/СНІД для учнів старших шкіл. Студентів готували до проекту, вони набували знання з тематики ВІЛ через надані їм матеріали і лекції. Ця програма є прикладом того, що медична інституція може розвивати колаборативний проект навчання, який в свою чергу робить вклад в освіту студентів-медиків. Студенти-медики зазначали про отримання актуальної інформації і мали можливість нею ділитися з іншими (Johnson et al., 1988). Яворський (Jaworsky) та колеги ініціювали дослідження з інтервенцією, що була спрямована на поглиблення знань студентів-медиків, в цьому випадку інструкторами крім медиків були ЛЖВ (2017). Автор статті вважає, що для проходження такої програми студенти мають володіти наступними характеристиками, аби отримувати знання і досвід: бажання бути залученим, вміння рефлексувати, мати аналітичні здібності (Jaworsky et al., 2017). В

інтервенції Шах (Shah) та колег були задіяні студенти другого курсу, оскільки впродовж першого року навчання ними було пройдено курс з загальних засобів попередження хвороб (Shah, 2014). Основною метою інтервенції була подальша зміна навчальних планів за умови дієвості інтервенції. Основними темами було вивчення стигми, пов'язаної з охороною здоров'я, інструментальної та символічної стигми, групове обговорення без адміністрації ЗВО. Також запрошувалися гостьові лектори з ВІЛ-позитивним статусом, які ділилися зі студентами персональним досвідом отримання медичних послуг і можливими позитивним досвідом отримання медичних послуг і проводили «мозковий штурм» стратегій зменшення стигматизуючої поведінки в лікарні. Студенти могли задавати запитання ЛЖВ в приватному порядку, або будучи з групою (Shah et al., 2014).

SPACES (stigma-free spaces in medical scenarios) - це інтервенція, основною метою якої є пояснення наслідків стигми при наданні послуг ЛЖВ, роль негативних емоцій, розвиток навичок нестигматизуючого ставлення до ЛЖВ. Цей тип інтервенції є позакласним заходом, який додатково мав стипендію за кожен з модулів проходження. В результаті, після трьох замірів стигматизації ЛЖВ студентами, було виявлено, що кожне наступне значення було менше за попереднє (Varas-Díaz et al., 2013).

Підсумовуючи вищевикладене у Розділі 1, стигма у різних її проявах погіршує якість життя ЛЖВ, в свою чергу медичні працівники, які є життєво важливими для ЛЖВ, можуть стигматизувати цю групу і ускладнювати їм доступ до медицини. Навчання студентів-медиків є важливим у боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІД, адже їхнє подальше ставлення впливатиме на звернення або не звертання ЛЖВ в медичні заклади. Навчання в медичному ЗВО формує знання, ставлення і практики майбутніх медиків, проте різні способи взаємодії

викладача і студентів, представлення матеріалу визначають глибину засвоєних знань і навичок, а також сформованих ставлень. Окрім особливостей медичної освіти, визначають такі детермінанти ставлення і практик студентів, як: стать, вік, досвід спілкування/надання послуг ЛЖВ, релігія, культурні відмінності у вихованні і соціалізації майбутніх лікарів. Контекст здобуття знань в медичних ЗВО включає ставлення викладачів до ЛЖВ, сформовані навчальні плани і методи навчання. Існує досвід застосування інтервенцій в медичних ЗВО задля покращення рівня знань і зменшення рівня стигми серед студентів як от знайомство з ЛЖВ під час навчання, лекції від ЛЖВ тощо. Тривалість інтервенцій не є чинником успіху. Звітується, що в українських ЗВО існують різні програми і застосовуються методики для глибшого і якісного опрацювання матеріалів і інформації з тематики ВІЛ/СНІД.

РОЗДІЛ 2. ЗНАННЯ, СТАВЛЕННЯ ТА ПРАКТИКИ СТУДЕНТІВ УКРАЇНСЬКИХ МЕДИЧНИХ ЗВО

2.1. Методологія дослідження

Дана дипломна робота використовує як кількісний, так і якісницький дизайн дослідження. Кількісне дослідження використовує масив даних дослідження «Стигматизація ЛЖВ медичними працівниками» PhD студентки Маастрихтського університету (Нідерланди). З дозволу дослідницької команди Маастрихтського університету, та на основі результатів курсової роботи, в якій був вперше використаний цей масив, авторкою представленої бакалаврської роботи було проведено регресійний аналіз знань, ставлення і практик студентів медичних ЗВО України. Внеском авторки дипломної роботи в PhD дослідження стало впорядкування зібраних анкет, внесення їх в масив даних і підготовка таблиць з описовою статистикою, які були використані в курсовій роботі авторки, а також регресійний аналіз даних.

Дані до масиву були зібрані шляхом анкетування, що було проведено навесні 2019 року серед студентів медичних ЗВО Буковинського державного медичного університету, Тернопільського національного медичного університету і Харківського національного медичного університету. Вибірка є кластерною: з-поміж усіх студентів і років навчання обрано третій й шостий рік навчання і всього в даному під-дослідженні опитано 860 студентів. Стандартизований інструмент дослідження – анкета (Додаток Г), розроблена на основі типового опитника, який стосувався ВІЛ/СНІД програми стосовно знань, ставлень, практик (KAP). Інструмент був адаптований в рамках дослідження *Measuring the degree of HIV-related stigma and discrimination in health facilities and providers* (USAID, 2010). Анкета містить три частини: перша частина є демографічним блоком запитань до респондентів; друга

частина стосується знань студентів стосовно шляхів передачі ВІЛ інфекції; тематики, яку вивчали студенти стосовно ВІЛ і самооцінка власних знань з тематики ВІЛ інфекції; третя частина стосується ставлення студентів-медиків до ЛЖВ та гіпотетичних практик студентів-медиків стосовно ЛЖВ (Див. Додаток Г). Було також проведено пре-тест анкети і у ньому брали участь студенти НМУ ім. Богомольця. Для забезпечення конфіденційності, імена та прізвища респондентів були вказані в інформованій згоді, яка містила такий самий номер, як і номери інших анкет. Документ «Інформована згода» зберігається окремо від інших анкет.

Шкали змінних – це здебільшого дихотомічні питання, питання множинного вибору (використовувалася 4-бальна шкала), з можливістю відкритої відповіді. Аналіз даних, отриманих в процесі анкетування, проводився за допомогою програми статистичного аналізу SPSS. Побудовано три моделі на основі лінійного регресійного аналізу. Перша модель - з залежною змінною «Знання», друга - «Ставлення» та третя модель - «Практики».

Залежна змінна “знання” є сумою балів, набраних під час відповіді на три питання анкети з розділу “Знання” – «Які із рідин мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?» з списком запропонованих варіантів, «Які із рідин НЕ мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?» з списком запропонованих варіантів, та ще вісім питань щодо різних можливих способів інфікування ВІЛ. У блоці “знання” правильні відповіді кодувалися як 1, неправильні - 0. Таким чином мінімальне значення залежної змінної - 0, а максимальне 27.

Залежна змінна “ставлення” була створена на основі десяти запитань з анкети стосовно ставлення студентів-медиків до ЛЖВ - нова змінна також є сумою значень по кожному питанню. При кодуванні найбільш стигматизуюче

ставлення кодувалося як 4, найменш стигматизуюче ставлення кодувалося як 1 (див. табл. 2.1.).

Таблиця 2.1.

“Кодування залежної змінної ставлення для регресійного аналізу”

Залежна змінна ставлення	Кодування змінної в масиві
Я би хотів надавати допомогу хворим на ВІЛ	1 – повністю згоден; 2 – згоден; 3 – не згоден; 4 – категорично не згоден
На мою думку, найчастіший шлях інфікування ВІЛ серед медичних працівників – це інфікування під час виконання своїх професійних обов’язків	1 – категорично не згоден; 2 – не згоден; 3 – згоден; 4 – повністю згоден
На мою думку, більшість медичних працівників інфікуються на робочому місці	1 – категорично не згоден; 2 – не згоден; 3 – згоден; 4 – повністю згоден
Чоловіки, які мають безладні статеві стосунки, винні у розповсюдженні ВІЛ в нашій країні	1 – категорично не згоден; 2 – не згоден; 3 – згоден; 4 – повністю згоден
Жінки комерційного сексу винні у розповсюдженні ВІЛ в нашій країні	1 – категорично не згоден; 2 – не згоден; 3 – згоден; 4 – повністю згоден

Споживачі ін'єкційних наркотиків винні у розповсюдженні ВІЛ в нашій країні	1 – категорично не згоден; 2 – не згоден; 3 – згоден; 4 – повністю згоден
Я би соромився, якби мав ВІЛ-інфекцію	1 – категорично не згоден; 2 – не згоден; 3 – згоден; 4 – повністю згоден
Я би соромився, якби хто з моїх рідних був ВІЛ-позитивним	1 – категорично не згоден; 2 – не згоден; 3 – згоден; 4 – повністю згоден
ВІЛ-позитивні люди мають соромитися себе	1 – категорично не згоден; 2 – не згоден; 3 – згоден; 4 – повністю згоден
ВІЛ-позитивні лікарі та медичні сестри не повинні займатися медичною практикою	1 – категорично не згоден; 2 – не згоден; 3 – згоден; 4 – повністю згоден

Залежна змінна “практики” також є сумою п’яти змінних з анкети, що стосувалися гіпотетичних практик студентів стосовно ЛЖВ. При кодуванні найбільш дискримінуюча практика кодувалася як 4, найменш дискримінуюча практика кодувалася як 1 (див. табл. 2.2.).

Таблиця 2.2.

“Кодування залежної змінної практики для регресійного аналізу”

Залежна змінна практики	Кодування змінної в масиві
Я би почував себе спокійно, якби мені довелося користуватися одним душем із ВІЛ-позитивною колегою	1 – повністю згоден; 2 – згоден; 3 – не згоден; 4 – категорично не згоден
Я би уникав торкатися одягу пацієнта, знаючі чи підозрюючи, що він/вона має ВІЛ	1 – категорично не згоден; 2 – не згоден; 3 – згоден; 4 – повністю згоден
Я би почував себе в безпеці, асистуючи своєму ВІЛ-позитивному колезі або якби він асистував мені	1 – повністю згоден; 2 – згоден; 3 – не згоден; 4 – категорично не згоден
Якби я мав вибір, то я би працював з пацієнтами з ВІЛ	1 – повністю згоден; 2 – згоден; 3 – не згоден; 4 – категорично не згоден
Перед оглядом пацієнта з ВІЛ я би одягнув захисну маску	1 – категорично не згоден; 2 – не згоден; 3 – згоден; 4 – повністю згоден

Стосовно незалежних змінних, були використані дихотомічні змінні з анкети та одна метрична змінна «Вік», наведені в таблиці нижче (див. табл. 2.3.). Такий перелік незалежних змінних використовувався в усіх трьох моделях.

Таблиця 2.3.

“Кодування незалежних змінних для регресійного аналізу”

Незалежна змінна	Кодування змінної в масиві
Вік	кількість повних років
Стать	жінки – 0; чоловіки – 1

Місцевість проживання	місто – 0; село – 1
Сімейний стан	в стосунках – 0; не в стосунках - 1
Віра в Бога	невіруючі – 0; віруючі – 1
ВІЛ-позитивні знайомі, родичі, друзі	так – 0; ні – 1
Контактували з ЛЖВ	так – 0; ні – 1

На додачу, з огляду на завдання дослідження про з'ясування контексту, в якому відбувається формування компетенцій щодо медичної допомоги ЛЖВ в Україні, кількісне анкетування було доповнено експертними напівструктурованими інтерв'ю. Метою інтерв'ювання було оцінювання особливостей медичної освіти з акцентом на вивченні ВІЛ/СНІД на додипломному рівні і інтернатурі, з подальшим обговоренням можливого впровадження інтервенцій в навчальний процес з тематики ВІЛ/СНІД. Аналіз інтерв'ю було проведено шляхом пошуку смислових значень та ключових думок експертів у транскриптах інтерв'ю, відбувалося структурування ключових знахідок у таблиці і додавання у текст цитат.

Кількість проведених інтерв'ю була зумовлена фактом інформаційного насичення і склала 5 інтерв'ю. Формальними ознаками вибірки експертів були компетенції стосовно організації медичної освіти і особливостей надання допомоги ЛЖВ, і таких респондентів ми знайшли серед працівників міжнародних організацій, серед освітян і працівників громадських організацій (ГО), а також були опитані медики з різним стажем роботи, представники асоціацій студентів-медиків. Вибірка респондентів проводилася за принципом зручності і максимальної варіації. У таблиці нижче наведені характеристики респондентів-експертів (Див. Табл.2.4).

Таблиця 2.4.

“Характеристики респондентів-експертів, опитаних в якісницькій частині дослідження”

<i>Експерт</i>	Сфера зайнятості	Досвід корисний для інтерпретації	Тривалість роботи у галузі
1	Експерт з медичної освіти, лікар	Розуміння того, як створюються і розвиваються програми навчання з урахуванням вивчення ВІЛ	13 років
2	Експерт з медичної освіти, лікар	Оцінка підготовленості студентів до лікування ЛЖВ	6 років
3	Радник міжнародного проекту з питань медичної освіти, лікар	Проекти технічної допомоги і освіта з ВІЛ/СНІД	24 роки
4	Лікар, викладач	Розуміння нинішньої ситуації вивчення ВІЛ в медичних ЗВО	19 років
5	Викладач біоетики, лікар	Розуміння нинішньої ситуації вивчення ВІЛ в медичних ЗВО	10 років

Збір даних відбувався з 21 березня по 1 квітня 2021 року. Експертні інтерв'ю проводилися в режимі онлайн, із застосуванням платформи ZOOM. Середня тривалість інтерв'ю становила 35 хвилин у зручний для експертів час. Перед початком інтерв'ю всі респонденти дали згоду на проведення запису та згоду на використання сфери зайнятості при презентації даних. Тематика інтерв'ю була повідомлена завчасно. Аналіз інтерв'ю відбувався за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel.

Обмеженнями даного дослідження є можливе надання респондентами соціально схвалюваних відповідей, а також дизайн вибіркової сукупності – який не включає респондентів всіх років навчання.

2.2. Знання, ставлення, практики студентів медичних ЗВО в Україні: описова статистика

Всього в опитуванні взяли участь 858 студентів-медиків, з них 71,3% жінок і 28,7% чоловіків. Середній вік респондентів складав 24,7 років. Проживали до вступу в медичний ЗВО у міській місцевості 50,2%, а у сільській – 49,8% респондентів. Відсоток респондентів, які перебували у стосунках на момент опитування становив 26,3%. Більшість студентів є релігійними – 93,9%. Серед респондентів 2% мають ВІЛ-позитивних знайомих, родичів, друзів. Контактували з ЛЖВ 41,4% опитаних, включаючи тих, хто бачив ЛЖВ в медичних закладах, до тих, хто мав можливість оглядати ЛЖВ під наглядом лікаря. Детальна інформація надана в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

“Соціально-демографічні характеристики респондентів”

		N	%
Стать	Чоловіки	246	28,7
	Жінки	612	71,3
Місцевість проживання до вступу в ЗВО	Міська	429	50,2
	Сільська	426	49,8
Сімейний стан	В стосунках	225	26,3
	Не перебувають в стосунках	631	73,7
Віра в Бога	Віруючі	802	93,9
	Невіруючі	52	6,1
	так	17	2

ВІЛ-позитивні знайомі, родичі, друзі	Ні	838	98
Контактували з ЛЖВ	Так	353	41,4
	Ні	499	58,6

Оскільки студенти відповідали на блок запитань в анкеті, який перевіряв їхні знання станом на момент проходження опитування, варто звернути увагу на кожне запитання та відсоток правильних відповідей з нього (див. додаток Б). У таблиці нижче наведені дані по запитанням з блоку “Знання”, відповіді на які протирічили одна одній, або мали значний відсоток неправильних відповідей (див. табл. 2.6.).

Таблиця 2.6.

“Відповіді на запитання з блоку “Знання” студентами-медиками”

Запитання у анкеті опитування		N	%
<i>«Які із рідин мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»</i>	Так	544	63,5
	Ні	313	36,5
- грудне молоко			
<i>«Які із рідин мають НЕ достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»</i>	Так	167	19,5
	Ні	691	80,5
грудне молоко			
<i>«Які із рідин мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»</i>	Так	509	59,4
	Ні	348	40,6
- інші рідини організму, які містять кров			
<i>«Які із рідин мають НЕ достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»</i>	Так	22	2,6
	Ні	835	97,4
- інші рідини організму, які містять кров			
Чи може вірус ВІЛ жити поза людським організмом?	Так	135	15,8
	Ні	587	68,7
	Не знаю	132	15,5
	Так	314	36,6

Ризик передачі ВІЛ внаслідок уколу голкою є низьким і складає 1 до 300.	Ні	453	52,9
	Не	90	10,5
	знаю		
Ризик передачі ВІЛ внаслідок потрапляння крові на ушкоджену ділянку шкіри, чи слизову оболонку є дуже низьким і складає приблизно 1 до 100.	Так	227	26,5
	Ні	544	63,6
	Не	85	9,9
	знаю		

**таблиця з усіма відповідями на запитання з блоку «Знання» знаходиться у додатку Б*

Наведені дані свідчать, що у деяких випадках студенти пробують вгадувати відповіді на запитання, а в подальшому вже відповідають інакше. Прикладом можуть бути відповіді на дзеркальні питання “Грудне молоко має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?” і “Грудне молоко НЕ має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу”. Спочатку 36,5% студентів вказують “Ні” (неправильну відповідь) на запитання “Грудне молоко має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?”, 63,5% вказують правильну відповідь. Згодом, у дзеркальному твердженні “Грудне молоко НЕ має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу”, вже 80,5% вважає, що грудне молоко має достатню концентрацію вірусу ВІЛ, а 19,5% помилилися. Стосовно питання “Інші рідини організму, які містять кров, мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?”, трохи більше половини студентів відповіли правильно на це запитання (59,4%). На дзеркальне питання “Інші рідини організму, які містять кров, НЕ мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?” правильно відповіли 97,4% студентів. Ряд тверджень стосовно передачі вірусу ВІЛ до людини показав, що більшість студентів не знає правильної відповіді на твердження “Ризик передачі ВІЛ внаслідок потрапляння крові на ушкоджену ділянку шкіри, чи слизову оболонку є дуже низьким і складає приблизно 1 до 100” (36,6% відповіли правильно), а також,

“Ризик передачі ВІЛ внаслідок уколу голкою є низьким і складає 1 до 300” (26,5% відповіли правильно).

Стосовно ставлення студентів медиків, нижче наведена таблиця з даними з блоку запитань “Ставлення” (див. табл. 2.7.).

Таблиця 2.7.

“Відповіді на запитання з блоку “Ставлення” студентами-медиками”

		N	%
Я би хотів надавати допомогу хворим на ВІЛ	Повністю згоден	62	7,3
	Згоден	399	47,2
	Не згоден	327	38,7
	Категорично не згоден	58	6,9
На мою думку, найчастіший шлях інфікування ВІЛ серед медичних працівників – це інфікування під час виконання своїх професійних обов’язків	Повністю згоден	243	28,6
	Згоден	485	57
	Не згоден	110	12,9
	Категорично не згоден	13	1,5
На мою думку, більшість медичних працівників інфікуються на робочому місці	Повністю згоден	171	20,2
	Згоден	466	55
	Не згоден	197	23,2
	Категорично не згоден	14	1,7
Чоловіки, які мають безладні статеві стосунки, винні у розповсюдженні ВІЛ в нашій країні	Повністю згоден	160	18,8
	Згоден	456	53,6
	Не згоден	207	24,3
	Категорично не згоден	28	3,3
Жінки комерційного сексу винні у розповсюдженні ВІЛ в нашій країні	Повністю згоден	185	21,7
	Згоден	485	56,9
	Не згоден	165	19,4
	Категорично не згоден	17	2
Споживачі ін’єкційних наркотиків винні у	Повністю згоден	258	30,3
	Згоден	529	62,2

розповсюдженні ВІЛ в нашій країні	Не згоден	57	6,7
	Категорично не згоден	7	0,8
Я би соромився, якби мав ВІЛ-інфекцію	Повністю згоден	145	17,1
	Згоден	422	49,9
	Не згоден	260	30,7
	Категорично не згоден	19	2,2
Я би соромився, якби хто з моїх рідних був ВІЛ-позитивним	Повністю згоден	99	4,7
	Згоден	558	17,9
	Не згоден	152	65,7
	Категорично не згоден	40	11,7
ВІЛ-позитивні люди мають соромитися себе	Повністю згоден	13	1,5
	Згоден	21	2,5
	Не згоден	462	54,3
	Категорично не згоден	355	41,7
ВІЛ-позитивні лікарі та медичні сестри не повинні займатися медичною практикою	Повністю згоден	151	17,8
	Згоден	300	35,4
	Не згоден	320	37,7
	Категорично не згоден	77	9,1

З даних в таблиці ми можемо бачити, що трохи більше 50% респондентів хотіли би надавати допомогу ЛЖВ. В свою чергу 85,6% та 75,2% студентів вважають, що найчастіший шлях інфікування ВІЛ серед медичних працівників – це інфікування під час виконання своїх професійних обов’язків та більшість медичних працівників інфікуються на робочому місці. Більшість опитаних студентів вважає, що чоловіки з безладними статевими стосунками, ЖКС та СІНІ винні у розповсюдженні ВІЛ в нашій країні. Крім цього, 67% студентів згодні з тим, що вони би соромилися, якби мали ВІЛ інфекцію. Проте, 77,4% студентів не згодні з твердженням, що вони би соромилися, якби хтось з їхніх

рідних був ЛЖВ. 96% не погоджуються з твердженням, що ВІЛ-позитивні люди мають соромитися себе.

Відповіді студентів-медиків стосовно гіпотетичних практик до ЛЖВ наведено у таблиці нижче (див. табл. 2.8.)

Таблиця 2.8.

“Відповіді на запитання з блоку “Практики” студентами-медиками”

		N	%
Я би почував себе спокійно, якби мені довелося користуватися одним душем із ВІЛ-позитивною колегою	Повністю згоден	107	12,5
	Згоден	426	49,9
	Не згоден	258	30,2
	Категорично не згоден	62	7,3
Я би уникав торкатися одягу пацієнта, знаючі чи підозрюючи, що він/вона має ВІЛ	Повністю згоден	37	4,4
	Згоден	179	21,1
	Не згоден	515	60,7
	Категорично не згоден	118	13,9
Я би почував себе в безпеці, асистуючи своєму ВІЛ-позитивному колезі або якби він асистував мені	Повністю згоден	99	11,6
	Згоден	474	55,7
	Не згоден	248	29,1
	Категорично не згоден	30	3,5
Якби я мав вибір, то я би працював з пацієнтами з ВІЛ	Повністю згоден	132	15,5
	Згоден	548	64,5
	Не згоден	158	18,6
	Категорично не згоден	12	1,4
Перед оглядом пацієнта з ВІЛ я би одягнув захисну маску	Повністю згоден	87	10,2
	Згоден	231	27,1
	Не згоден	436	51,2
	Категорично не згоден	97	11,4

З огляду на отримані дані, які можна бачити в таблиці 2.8. “Відповіді на запитання з блоку “Практики” студентами-медиками”, можна сказати, що більшість студентів почувалися би комфортно при користуванні одним душем із ВІЛ-позитивною колегою (62,4%), однак 37,7% не погодилися з твердженням. 67,3% почували би себе в безпеці, асистуючи своєму ВІЛ-позитивному колезі або якби він асистував їм. Однак, 74,6% уникали би торкатися одягу пацієнта, знаючі чи підозрюючи, що він/вона має ВІЛ. 62,6% перед оглядом пацієнта з ВІЛ одягнули би захисну маску.

Задля загальної оцінки знань студентів, всі правильні відповіді на запитання сумувалися, кожна правильна відповідь дорівнює одному балу, максимальною оцінкою є 24 бали. Стосовно ставлення до ЛЖВ, анкета містила блок з десяти тверджень, які студенти оцінювали за шкалою від «категорично не згоден - 1» до «повністю згоден - 4». У цьому випадку бали зараховувалися за принципом від 10 до 40 балів, найбільш стигматизуючі студенти отримували найбільший бал. Стосовно гіпотетичних практик студентів-медиків, анкета містила блок з п'яти тверджень, які студенти оцінювали за шкалою від «категорично не згоден - 1» до «повністю згоден - 4». Так само як і найбільш стигматизуюче ставлення, найбільш дискримінуючі гіпотетичні практики студентів в набирають максимальний бал – 20, найменш дискримінуючі в сумі набирають 5 балів.

Таблиця 2.9.

“Бали за блоки питань «Знання», «Ставлення», «Практики»”

N студен тів	Мінімальний зароблений бал	Максимальни й зароблений бал	Середні й бал	Std. Deviation
-----------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------

Знання бали	838	10	24	19,9	2,21
Ставлення бали	819	17	38	26,9	3,33
Практики бали	853	5	20	12,9	2,37

Середній бал за блок питань «Знання» є 19.9 балів, що говорить про доволі хорошу обізнаність студентів з тематики ВІЛ-інфекції, однак в середньому майже одна п'ята запитань не є достатньо вивченими студентами. Середній результат з блоку «Ставлення» становить 26.9, що говорить про доволі високий рівень стигматизуючого ставлення до ЛЖВ студентами. Щодо середнього результату «Практик» студентів, наявний бал 12,9 свідчить про доволі високий рівень гіпотетичних дискримінуючих практик серед студентів.

2.3. Лінійний регресійний аналіз детермінантів знань, ставлення, гіпотетичних практик студентів-медиків

Як було зазначено вище, лінійний регресійний аналіз був застосований для того, щоб виявити детермінанти знань, ставлень, гіпотетичних практик студентів-медиків. За результатами регресійного аналізу знань студентів з тематики ВІЛ-інфекції, загальна значущість моделі 0,172, що говорить про її статистичну незначущість, коефіцієнт детермінації (R^2) дорівнює 0,013. Загалом можна зробити висновок, що вибрані для аналізу незалежні змінні не описують залежну змінну “знання” в цьому дослідженні.

За допомогою лінійного регресійного аналізу, використаного задля визначення детермінантів ставлення студентів-медиків до ЛЖВ, було виявлено низку предикторів стигматизуючого ставлення стосовно ЛЖВ.

Загальна значущість моделі 0,024, що говорить про її статистичну значущість, коефіцієнт детермінації (R^2) дорівнює 0.020.

Таблиця № 2.10.

“Лінійний регресійний аналіз ставлення студентів до ЛЖВ”

Незалежні змінні	Unstandardized B	Sig.	95,0% довірчий інтервал	
			Нижня межа	Верхня межа
Вік	-.019	.737	-.132	.093
Стать [жінки – 0; чоловіки – 1]	-.557	.038	-1.084	-.030
Місцевість проживання [місто – 0; село – 1]	.489	.040	.023	.950
Сімейний стан [в стосунках – 0; не в стосунках - 1]	.056	.843	-.505	.618
Віра в Бога [невіруючі – 0; віруючі – 1]	.292	.569	-.713	1.297
ВІЛ-позитивні знайомі, родичі, друзі [так – 0; ні – 1]	1.654	.050	-.002	3.310
Контактували з ЛЖВ [так – 0; ні – 1]	.081	.766	-.450	.612

Виявлено негативний статистично значущий зв’язок між стигматизуючим ставленням до ЛЖВ і чоловічою статтю, що може означати,

що респонденти чоловіки меншою мірою можуть стигматизувати ЛЖВ, а ніж респондентки. Сільська місцевість проживання до вступу до ЗВО є предиктором більш стигматизуючого ставлення до ЛЖВ, а ніж міська. В той самий час наявність родичів, знайомих та друзів ЛЖВ є предиктором зниження стигматизуючого ставлення. Подібні результати стосовно місцевості проживання та наявності родичів, знайомих, друзів ЛЖВ, були зафіксовані дослідженнями описаними в огляді літератури, що свідчить про певні закономірності, на які варто зважати. Стандартизовані залишки та P-P Plot мають рівномірний розподіл (див. Додаток В).

За допомогою лінійного регресійного аналізу також було виявлено низку предикторів гіпотетичних практик студентів-медиків стосовно ЛЖВ. Загальна значущість моделі є 0.001, що говорить про значущість моделі, коефіцієнт детермінації (R^2) дорівнює .030, що є одним з найкращих показників опису моделей лінійної регресії проведених в рамках цієї роботи.

Таблиця № 2.11.

“Лінійний регресійний аналіз практик студентів до ЛЖВ”

Незалежні змінні	Unstandardized B	Sig.	95,0% довірчий інтервал	
			Нижня межа	Верхня межа
Вік	-.039	.326	-.118	.039
Стать [жінки – 0; чоловіки – 1]	-.438	.019	-.804	-.071
Місцевість проживання [місто – 0; село – 1]	.269	.105	-.056	.594

Сімейний стан [в стосунках – 0; не в стосунках - 1]	.163	.410	-.225	.552
Віра в Бога [невіруючі – 0; віруючі – 1]	1.000	.005	.305	1.696
ВІЛ-позитивні знайомі, родичі, друзі [так – 0; ні – 1]	.540	.368	-.636	1.716
Контактували з ЛЖВ [так – 0; ні – 1]	-.058	.759	-.429	.313

Стать студентів-медиків є предиктором дискримінуючих гіпотетичних практик. Зв'язок між респондентами чоловічої статі та гіпотетичними дискримінуючими практиками є негативним, це говорить про те, що чоловіки студенти рідше дискримінуватимуть ЛЖВ, ніж студентки медики. Деякі вищезгадані у огляді літератури дослідження описують низку чинників дискримінуючої поведінки студентками-медиками серед яких страх інфікування, зокрема підкріплений ризиками для жінок-лікарів під час їхньої вагітності (Calabro et al., 1998). Віра в Бога є предиктором дискримінуючої поведінки, що також була описана іншими дослідниками. Віруючі студенти, зокрема християни, частіше будуть вдаватися до дискримінуючої поведінки, а ніж невіруючі. Стандартизовані залишки та P-P Plot мають рівномірний розподіл (див. Додаток В).

Інструмент дослідження також дає змогу перевірити як практики визначаються ставленням та знаннями опитаних студентів. Була змодельована лінійна регресія, де залежною змінною виступають практики, незалежними

знання та ставлення студентів. Статистична значущість моделі є .000, що свідчить про статистичну значущість, коефіцієнт детермінації (R^2) дорівнює .096.

Таблиця № 2.12.

“Лінійний регресійний аналіз практик визначених ставленням студентів до ЛЖВ”

Незалежні змінні	Unstandardized B	Sig.	95,0% довірчий інтервал	
			Нижня межа	Верхня межа
Знання	-.066	.071	-.137	.006
Ставлення	.215	.000	.168	.262

За результатами регресії, знання не є вирішальними для відсутності дискримінуючої поведінки. Однак, незважаючи на те, що значущість цього показника не є достатньою, зв'язок між знаннями та дискримінуючими практиками в цьому дослідженні є негативним. Стосовно незалежної змінної стигматизуючого ставлення, вона є предиктором дискримінуючої поведінки. Стандартизовані залишки та P-P Plot мають рівномірний розподіл (див. Додаток В).

Дані опитування свідчать про прогалини у знаннях студентів-медиків. Трохи більше 50% респондентів хотіли би надавати допомогу ЛЖВ. Більшість студентів вважають, що найчастіший шлях інфікування ВІЛ серед медичних працівників – це інфікування під час виконання своїх професійних обов'язків та більшість медичних працівників інфікуються на робочому місці. Більшість студентів згодні з тим, що вони би соромилися, якби мали ВІЛ інфекцію. Проте, також більшість не згодні з твердженням, що вони би соромилися, якби хтось з їхніх рідних був ЛЖВ або, що ВІЛ-позитивні люди мають соромитися

себе. Стосовно практик, більшість би уникала торкатися одягу пацієнта, знаючі чи підозрюючи, що він/вона має ВІЛ і перед оглядом пацієнта з ВІЛ одягли би захисну маску. Знання студентів не можуть характеризуватися соціально-демографічними характеристиками. За результатами лінійного регресійного аналізу можна стверджувати, що знання студентів, опитаних в межах цього дослідження, не можуть детермінуватися соціально-демографічними характеристиками. Причинами цьому може бути курс навчання студентів, адже участь брали старші курси, третій і шостий рік навчання, відповідно рівень знань в опитаних студентів міг досягти приблизно однакового рівня за час навчання. Ставлення студентів може мати різні чинники, зокрема місцевість проживання, що була статистично-значущою змінною в моделі «Ставлення». Практики студентів можуть бути детермінованими віросповіданням, що було підтверджено під час аналізу даних. Також є не виключеною можливість отримання соціально-схвалюваних в ході опитування студентів, зокрема вони можуть пояснювати отримані зв'язки між статтю і залежними змінними. В ході лінійного регресійного аналізу було частково підтверджено, що практики визначаються ставленням та знаннями опитаних студентів.

2.4. Експертна оцінка медичної освіти з акцентом на вивченні ВІЛ/СНІД та впровадження інтервенцій в навчальний процес

За браком публікацій щодо організації медичної освіти, її сучасних досягнень і прогалин, розуміння експертами процесу формування компетенцій майбутніх лікарів стало важливим аспектом дослідження. Зрушення в медичній освіті, на думку опитаних експертів, відбуваються завдяки зовнішнім чинникам, що пов'язані з (а) впровадженням закону України про

компетентнісний підхід і відповідно змін до навчальних програм, а також (б) медичною реформою. Додатково, серед позитивних зрушень виділяють практичний підхід до навчання, що проявляється в практично орієнтованих іспитах, створенні симуляційних центрів. Детальніше щодо позитивних зрушень в медичній освіті див. Таблиця 2.13. «Загальний огляд і оцінка медичної освіти експертами».

«ЗВО розширюють можливості студентів практикувати клінічні навички, створюють симуляційні центри і вводять практично орієнтовані іспити не тільки наприкінці навчання, а й наприкінці вивчення дисциплін.»

(Експерт 1)

Таблиця 2.13.

«Загальний огляд і оцінка медичної освіти експертами»

Позитивні зрушення в медичній освіті	Зовнішні фактори, що мають вплив на медичну освіту	Детермінанти потенціалу медичної освіти до подальших змін
іспит клінічних навичок в кінці навчання	Закон України про вищу освіту 2014-го року про компетентнісний підхід і зміну навчальних програм	навчання студентів комунікації
створення симуляційних центрів	державна політика виявлення, діагностики, лікування ВІЛ-інфекції	зміна підходів надання медичної допомоги ЛЖВ
практично орієнтовані іспити після кожного курсу	децентралізація лікування ЛЖВ	реформування медичної освіти

впровадження компетентнісного підходу	епідемічний перелом, лідуючим шляхом передачі є статевий гетеросексуальний	впровадження безперервного професійного розвитку лікарів (БПР)
медична реформа		

Медичні ЗВО змушені еволюціонувати з різних причин, проте експерти зазначають про часте небажання змінювати закладений роками устрій у більшості ЗВО. Також проблемним питанням є створення додаткових курсів для навчання тематиці ВІЛ/СНІД та інших.

«Медичні заклади вищої освіти, за моїми спостереженнями, не дуже люблять зміни і не дуже люблять слідувати за тенденціями в освіті, тобто ці зміни сприйнялися негативно і зміни робляться через те, що треба, а не через те, що хочеться, але звичайно є і виключення.»

(Експерт 1)

«Я мала досвід спроб запровадження на післядипломній освіті, зробити інтерактивний курс по туберкульозу, де би підіймалися питання стигматизації питання стигми людей з ТБ, в тому числі ЛЖВ. Мені сказали, що я одна можу провести цей курс, але розмови про те, щоб залучити інших викладачів не було. На жаль, ЗВО не готові до інтеграції навчальних курсів з іншими, їм це важко по бухгалтерії, по рахуванню годин.»

Стосовно потенціалу до змін медичної освіти у наступні роки, експерти є доволі скептичними. Серед можливих впроваджень є зміна підходів надання медичної допомоги включаючи ЛЖВ, тобто сімейна медицина буде включати ведення пацієнтів з ВІЛ/СНІД. Зміна підходів до надання медичної допомоги

в першу чергу буде провокувати подальші зміни у післядипломній освіті. Також, на думку експертів, додипломна освіта потребує перегляду усього навчання студентів, що є критичним для подальшої відповідності епідемічним умовам та вимогам до компетенцій лікарів. Експерти додають, що українська медична освіта все ще не відповідає медичній освіті в ЄС.

«Досвід показав, що зміни робити дуже важко (в медичних ЗВО), якщо немає якогось заохочення і для них нема вигоди. Навіть, якщо є вигода з ними важко співпрацювати»
(Експерт 2)

«Медична освіта настільки має потребу змінитися, в реформі, в перегляді організаційних принципів від клінічних баз до наповненості програм, їм просто нема куди дітися і доведеться переробити.»
(Експерт 3)

Також експерти зазначають про позитивні зрушення в медичній освіті з тематики ВІЛ/СНІД. Найбільший прогрес помітний на післядипломному рівні навчання. Там важливу роль відіграють міжнародні організації та громадські організації (ГО), які проводять навчання поза стандартною програмою ЗВО. Крім цього за свідченнями експертів, деякі з університетів запровадили вибіркового курс на шостому році навчання «Актуальні проблеми ВІЛ-інфекції». Зрушення відбуваються на етапі інтернатури завдяки практичному навчанню, що включає рутинне контактування з пацієнтами. Так само зазначають про створення державної політики з питань виявлення, діагностики, лікування ВІЛ-інфекції. Ця політика еволюціонувала від створення окремої інфраструктури для діагностики і лікування ВІЛ, до

усвідомлення останніх років в державній політиці, що проблематика має бути інтегрована абсолютно в будь-яку спеціальність і все, що пов'язано з виявленням і лікуванням ВІЛ/СНІД треба децентралізувати. Крім двох вищезазначених чинників змін в медичній освіті з тематики ВІЛ/СНІД, важливим є згаданий експертом епідемічний перехід, був принципово змінений основний шлях передачі вірусу, до статевого гетеросексуального з 2007 року.

«Багато уваги приділяється навчанню фахівців у цій галузі (ВІЛ/СНІД), у це залучена велика кількість міжнародних організацій.»
(Експерт 1)

Зміни на післядипломному рівні можуть провокувати, на думку експертів, зміни в освітньому процесі впродовж додипломної освіти. На додипломному рівні навчання тематика ВІЛ/СНІД вивчається на п'ятому і шостому курсах в рамках предмету «Інфекційні хвороби», для цієї тематики не створено окремого курсу. Деякі експерти зазначають про потребу більшого вивчення цієї тематики, коли інші не бачать потреби у виокремленні ВІЛ/СНІД в окремий предмет.

«Я вважаю, що окремого предмету не буде. Це якраз зумовлене прийняттям компетентнісного підходу, з багатьох предметів дуже багато відводиться на самостійне вивчення і відводити години на це з точки зору патології не будуть.»
(Експерт 5)

Питання часу, коли студенти мають почати вчити тематику ВІЛ/СНІД обґрунтовується однією з експерток як вивчення теоретичних дисциплін, що є

вивченням функціонування організму, а вже після вивчаються патології до яких входять інфекційні хвороби. Однак, є думки про те, що студенти формують своє ставлення до ЛЖВ ще до 3-4 курсу. Тому експерти зазначають, що вивчати цю тематику можна навіть з першого курсу і ознайомити студентів з ЛЖВ для зменшення ризику формування стигматизуючого ставлення.

Студентів вчать з практичної медичної точки зору поводитися (назначати лікування, ставити діагноз), а на рахунок ставлення, я не впевнена, що це є взагалі.»

(експерт 5)

Щодо викладання курсів з тематики стигми та дискримінації, загально в програмі існує курс «Біоетика», де викладаються принципи медичної етики, там висвітлюють загальні питання стигми та комунікації з пацієнтами. Курс «Біоетика» викладається на першому році навчання і є коротким курсом. Одна з експертів зазначає, що його потрібно викладати пізніше через невідповідність студентів. Така думка протирічить ідеї швидшого ознайомлення студентів з ЛЖВ і формуванням нестигматизуючого ставлення за рахунок раннього ознайомлення. Відповідно питання часу вивчення студентами стигми ЛЖВ потребує подальшого розгляду і обговорення. Також зазначають про формування університетом програм курсу самостійно, що є актуальним і для курсу «Біоетика», тому варто пам'ятати про можливість різного рівня підготовки студентів з тематики стигматизації та дискримінації.

«Цей предмет (біоетика) можна викладати дуже нудно, починаючи з клятви Гіппократа, кодексу Гіппократа і, переходячи в кодекс лікаря України. Коли я вчилася, це було жахливо, ні про яку стигму і дискримінацію мови йти не могло, це було з 2000 по 2006 роки.»

(експерт 1)

«Упереджене ставлення до ЛЖВ студентами є і я не думаю, що 15 хвилин лекції з біоетики про стигму ЛЖВ щось змінять, плюс ставлення викладачів.»

(Експерт 5)

Інший експерт наголошує на зрушеннях у вивченні стигми та дискримінації на сторінках навчальних планів, однак на практиці цього не відбувається. Можна припускати, що у такому випадку питання формування навчальних планів і певна децентралізація цих процесів має бути переглянута.

«В нашому ЗВО таких курсів немає і питання стигматизації настільки виражено, це питання «горить». Програми, які я бачу, не містять тематики толерантності, пацієнторієнтованості, на жаль.»

(експерт 4)

Також одна з експертів зазначає про інтеграцію тематики стигми і дискримінації для студентів і медичних працівників через громадські організації, як програма боротьби з СНІД Глобального фонду і програми превенції США.

Стосовно методів викладання тематики ВІЛ/СНІД, експерти зазначають про потрібність практичності процесу викладання матеріалу, як на додипломному, так і на післядипломному рівні навчання. Серед прикладів практичних методів викладання найбільш популярними є демонстрація кейсів з (не)етичною поведінкою лікарів, рольові ігри, де один студент представляє ЛЖВ, а інший – лікаря, задля практики етичного проведення консультації пацієнта. Також зазначають про можливість передачі досвіду про комунікацію і оволодіння цією практичною навичкою, запрошуючи соціальних працівників.

«Дуже важливо навчити студентів-медиків комунікувати, вміти правильно формулювати меседжі і вміти етично ставитися до пацієнтів, що стосується абсолютно будь-якої патології.»

(Експерт 1)

Повний перелік методів див. таблиця 2.13. «Методи викладання тематики ВІЛ/СНІД та роль викладача». Так само акцентують увагу на тому, що не потрібно виділяти ЛЖВ і вчити окремої поведінки з ними під час надання медичних послуг. Не повинно бути особливого ставлення до певних захворювань і майбутні лікарі не акцентуватимуть на статусі пацієнта.

Експерти вважають, що не повинно бути різниці у методах викладання студентам на додипломному та післядипломному етапі освіти, однак об'єм має різнитися, для післядипломної освіти він має бути більшим.

«Вона має бути і вона є (про різницю у методах викладання), бо рівень підготовки спочатку націлений на загальні знання, для початку теоретичне навчання, що насичує знаннями. Післядипломна освіта має бути з кейсами, практикою і розбором клінічних випадків, тобто суто практичний нахил.»

(Експерт 3)

Таблиця № 2.14.

«Методи викладання тематики ВІЛ/СНІД та роль викладача»

Методи викладання тематики ВІЛ/СНІД мають бути задіяні	Роль викладача у формуванні знань, ставлення, практик студентів-медиків до ЛЖВ
демонстрація практичних кейсів (не)етичної поведінки медиків	мають навчити студентів комунікувати з пацієнтами

використання формату рольової гри, спілкування студентів, де один представляє ЛЖВ, а інший - лікаря	є рольовими моделями, чия проактивність важлива для змін ставлення студентів до ЛЖВ
запрошування акторів грати ЛЖВ для практики студентів консультувати + відео запис для розбору	Не тільки знання, а й емоційний аспект буде засвоєний студентом від викладачів
проглядання відео кейсів прикладів для розбору поведінки лікаря	групи проактивних викладачів, які би розвивали толерантність у студентів у регіонах є важливими
приклади спілкування від соціальних працівників з ЛЖВ і запрошення соціальних працівників для лекції	Вчать студентів повазі до всіх пацієнтів
тренінги з комунікації	викладач має навчити не показувати ставлення до хвороб медиками
тренінги з профілактики ВІЛ	

Роль викладачів у формуванні знань, ставлення, практик студентів є дуже важливою і вони мають розуміти свою роль і вплив на компетенції студентів. Студенти спостерігають за викладачами, які спілкуються з пацієнтами, якщо навчання відбувається в клінічних умовах. Якщо цього не відбувається, вони можуть бачити як викладачі між собою комунікують про ЛЖВ. Дуже важливо, щоб слова і дії викладачів були конгруентними. Викладачі мають мати відповідні навички і практику лікування і спілкування з ЛЖВ. Загалом весь процес заняття залежить від викладачів, які можуть бути пасивними, а можуть брати активну участь, як приклад у розборі кейсів. Викладачі здатні актуалізовувати викладення матеріалу, що є важливим. Навіть, якщо в загальній масі байдужих викладачів є декілька активних, вони здатні суттєво змінити ставлення студентів.

*«Можна методичку дати прочитати, а можна вести діалог про відео для розбору»
(Експерт 1)*

*«Як би нам не говорили, що так не можна, ми бачили, що викладачі поводитися інакше, між собою обговорювали пацієнтів.»
(Експерт 2)*

*«Не тільки знання, а й певний емоційний аспект буде засвоєний студентом. Як викладач ставиться, як в нього це все «розфарбовано» і який рівень емпатії він має, це передається потім студентам.»
(Експерт 3)*

Декілька експертів наголошують на тому, що студенти мають бути насторожені під час контакту з пацієнтами, оскільки вони можуть бути інфіковані ВІЛ/СНІД. Студентів вчать бути обережними під час контакту з хворими, зокрема це зумовлено пошуком причин захворювань, які можуть бути викликані ВІЛ/СНІД. Однак, одна з експертів зазначала, що викладачі можуть акцентувати на шляхах передачі ВІЛ, до прикладу на пацієнтах, які були споживачами наркотиків і формувати негативне ставлення до всіх ЛЖВ.

*«У студентів мають бути навички, знання і настороженість про можливість у пацієнта ВІЛ, щоб зрозуміти, чи якісь захворювання спровоковані опортуністичною хворобою.»
(експерт 3)*

«При контакті з пацієнтом, ми маємо вважати людину умовно інфікованою і відповідно себе поводити. Нас навчали правилам особистої безпеки і показували кейси, де були ускладнення від ВІЛ. Більшість цих пацієнтів були

споживачами наркотиків і, відповідно, одразу транслювалося негативне відношення до ЛЖВ.»
(Експерт 5)

Додаткові позакласні лекції для студентів-медиків є доволі поширеним явищем в Україні. Деякі ініціативи виростають до національного рівня. Позакласні активності часто є ініціативою самих студентів і вони активно вишукують тих самих проактивних викладачів і спікерів. Основною перевагою для позакласних занять є їхня необов'язковість, що є нетиповим для медичних ЗВО, такий аспект подобається студентам. Іншою перевагою є створення сприятливого до розвитку середовища з можливістю поспілкуватися з зацікавленими людьми. Стосовно формату позакласних активностей, одна з експерток наголошує на презентації цих навчальних зустрічей без називання їх «лекціями» та «семінарами». Також експерти радять запрошувати соціальних працівників, представників міжнародних і пацієнтських організацій і говорити про методи профілактики ВІЛ. Тривалість занять і їхня періодичність є важливими. Заняття мають тривати годину-півтори, їхня частота має бути помірною, не нав'язливою. Стосовно інших форматів проведення позакласних занять див. таблиця 2.15. «Формат позакласних занять до впровадження».

«Я би не називала це словами, які типово характеризують навчальний процес, бо студенти травмовані цими словами. Я би називала це майстер класом, тренінгом. Для студентів ще важливо, щоб назва була чіпляюча і формат був нетиповий, як розбір клінічних кейсів.»
(Експерт 1)

«Ці заняття мають бути зроблені по типу тренінгу, тобто бути інтерактивними, мають включати практичні кейси, бо це завжди краще за просто академічну начитку.»

(Експерт 3)

«Конференція – це можливість себе проявити, поспілкуватися з лідерами думки, спитати важливе для себе.»

(Експерт 4)

Таблиця 2.15.

«Формат позакласних занять до впровадження»

Майстер-класи
Тренінги
Додатковий розбір клінічних кейсів
Вийзні заняття до СНІД-центрів
Тренінги з лідерами думок
Лекція в малій аудиторії для дискусії
Тривалість заняття година-півтори, частота лекції має бути помірною

Щодо заохочення студентів ходити на позакласні заходи, такі активності мають бути інформативними. Одна з експертів зазначає про можливість студентами моніторити свою успішність після цих лекцій, можливо, показувати, як лекції можуть впливати на рейтинг студентів. Університет може створювати умови, в яких ці лекції можуть відбуватися. З точки зору експертів, студенти зацікавлені у можливості здобувати інформацію і метод позакласних активностей для покращення знань залишатиметься актуальним. Також зазначають про важливість розповсюдження інформації по

університету про такі можливості, зазначаючи про практичні компоненти застосування почутої на лекції інформації.

«Якщо вони підуть на заняття і воно їм не сподобається, вони розкажуть всім своїм колегам і ця схема зламається. Якщо це буде зроблено якісно, то студенти будуть ходити.»

(Експерт 2)

Можливості впровадження лекцій, де лекторами виступають ЛЖВ, була сприйнята експертами схвально. Вони зазначали про цікавість такого формату, однак варто, щоб такі заняття проходили у більш камерному вигляді, не робити їх потоковими, де збирають великі аудиторії. Варіант з невеликою кількістю студентів на парі буде більш неформальним, студенти матимуть змогу співпереживати досвіду ЛЖВ. Запрошені ЛЖВ мають бути комунікативно підготованими, щоб цей досвід не був травмуючим для них і корисним для студентів. Такий формат навчання може бути емоційним потрясінням для студентів, які почують розповідь про ВІЛ/СНІД від ЛЖВ, як зазначає одна з експертів – це може вплинути на ставлення студентів. Також експерти зазначають, що подібний формат навчання використовується при вивченні туберкульозу студентами-медиками. Крім пацієнтів-ЛЖВ, експерти виділяють відомих представників ЛЖВ по містах, лекція з якими вперше може проходити краще як для ЛЖВ, так і для студентів.

«На курсі з інфекційних хвороб цілком можливо виділити 1-2 години для такого заняття, щоб прийшов працівник (ГО, міжнародної або пацієнтської організації), може і з пацієнтом, якщо пацієнт захоче, щоб студенти побачили на живо, або самі спробували проводити консультації.»

(Експерт 2)

«Перепоною може бути те, що кількість пацієнтів з ВІЛ, які будуть готові розповісти про свій статус аудиторії, нехай і професійній в майбутньому, буде невеликою. Це буде серйозним обмеженням, але сама ідея є дуже хорошою.»

(Експерт 3)

«Якщо буде можливість поспілкуватися, де ЛЖВ зможуть відкрито говорити про статус, які ведуть певну соціальну діяльність, для багатьох ЛЖВ це як місія, то це тільки в плюс.»

(Експерт 3)

Експерти зазначають про низку перешкод до проведення лекцій з запрошеними лекторами ЛЖВ, серед яких завантаженість навчальних планів, що не дозволяє провести заняття з теми ВІЛ більше, ніж 2-3 години, яке ще гіпотетично би включало лекцію від запрошеного спікера. Також одною з перешкод є небажання ЗВО, або кафедри/викладача предмету з інфекційних хвороб або біоетики. Детальніше про всі перешкоди див. таблицю 2.16. «Експертна думка щодо впровадження інтервенцій в навчальний процес з тематики ВІЛ/СНІД».

«Перешкодою може бути резистентність з боку викладачів і адміністрації університету, вони вважатимуть, що це не є так актуально говорити про стигму, дискримінацію, ЛЖВ. Думаю, що більшість скаже, що це далеке і непотрібне.»

(Експерт 2)

Серед альтернатив впровадження лекцій з лекторами ЛЖВ є формат позакласних занять, описаний вище. Студентські організації, професійні комітети, наукові товариства і студентський парламент у цьому випадку є доволі активними організаторами заходів.

«Для початку можна піти цим шляхом і в позаурочний час розповідати студентам. Потім, думаю, виділити час на лекції буде можливо, хоч ключовим буде бажання кафедри розповідати про ЛЖВ.»

(Експерт 2)

Таблиця 2.16.

«Експертна думка щодо впровадження інтервенцій в навчальний процес з тематики ВІЛ/СНІД»

Перешкоди до впровадження лекцій з лекторами ЛЖВ	Способи впровадження раннього контакту студентів і ЛЖВ	Перешкоди до раннього знайомства студентів з ЛЖВ
неготовність ЛЖВ розповідати про свій статус аудиторії	на базі курсу "Біоетика"	ставлення викладачів
студенти мають прослухати курс з комунікації	використання ресурсів студентських організацій	ЛЖВ нема в медичному загальному стаціонарі
насиченість навчального плану	проводити його через лекції з ЛЖВ-лідерами спільноти	небажання ЗВО впроваджувати практику
небажання викладачів і кафедр	проводити навчання на базі навчальних госпіталів (teaching hospitals)	проходження практики студентами в місцевості, що не забезпечить проходження практики раннього контакту

небажання адміністрації ЗВО	відвідання ГО
етичний компонент	
перший контакт студентів і ЛЖВ може бути стигматизуючий	

Раннє знайомство з ЛЖВ під час надання медичних послуг студентами є частою практикою закордоном. В Україні про загальну практику спілкування з пацієнтами експерти зазначають в межах курсу «Догляд за пацієнтами», її метою є навчання студентів формалізовано комунікувати з пацієнтами. Про контакт ЛЖВ під час навчання в ЗВО зазначає одна експертка. Якщо впроваджувати активність з раннім контактом, один з експертів вважає, що така практика повинна бути на базі курсу «Біоетики», частково через перевантаженість курсу «Інфекційні хвороби». Крім цього більшість експертів вважають, що проходити таку практику повинні всі студенти-медики, адже всі вони у майбутньому не раз будуть зустрічатися з ЛЖВ в їхній клінічній практиці. При гіпотетичному впровадженні такої практики, існує можливість, що перший контакт з ЛЖВ виглядав би стигматизовано, крім цього університет може не мати бажання підтримувати цю практику на постійній основі. У такому випадку заняття з комунікації, що можуть бути організовані на базі студентського самоврядування, є виходом з ситуації підготовки студентів. Практика раннього контакту може відбуватися в містах і обласних центрах, на практику студенти-медики не завжди потрапляють в міста, де є навчальні госпіталі (teaching hospitals). У такому випадку така практика для всіх може перерости у приведення великих груп студентів у СНІД-центри на практиці, що дуже відрізняється від першопочаткового способу навчати студентів.

«Тут ми вивчаємо загальний догляд за пацієнтами, а тут ми, щоб поспілкуватися з пацієнтами ЛЖВ, ми проводимо заняття, щоб їх побачити.»
(Експерт 1)

«Є серйозний етичний компонент. Пацієнти, які потрапляють з якимись серйозними захворюваннями, мають повне право не відкривати свій статус.»
(Експерт 3)

Варто зазначити, що декілька експертів зазначали про можливість впровадження перших інтервенцій в регіонах України, в яких кількість ЛЖВ є більшою. Зростання захворюваності може мотивувати ЗВО готувати студентів до епідемічної ситуації. Також одна з експертів зазначала про важливість формування на Сході України груп проактивних викладачів, які би розвивали толерантність у студентів через курси про стигматизацію та дискримінацію.

«Важливо зробити наголос на тих областях, де проблема ВІЛ є актуальнішою, регіони, які більше вражені ВІЛ. Зайти з боку, що це їх торкається навіть більше, тому давайте щось робити, щоб студенти були більше про це обізнані.»
(Експерт 3)

«Схід України є дуже враженим і там можна приділити увагу до формування групи викладачів, які би розповідали про ЛЖВ без стигми і дискримінації.»

(Експерт 4)

Отже, знання, ставлення до ЛЖВ майбутніх лікарів є актуальним аспектом як медичної освіти, так і системи охорони здоров'я. Спостерігаються перепони до покращення медичної освіти, і саме бажання змінюватися, покращувати як освітнє середовище, так і зміст і формат програм - є найбільш рідкісним аспектом. Додипломна освіта поки розвивається меншими темпами, ніж післядипломна. Основними відмінностями вивчення тематики ВІЛ/СНІД на післядипломній освіті і на додипломній - є глибина занурення в тематику і практичне навчання. Програма медичної освіти, за свідченнями експертів, є перевантаженою і потребує переосмислення. Роль викладачів у формуванні компетенцій студентів і ставлень є важливою і часто проблемною. Експерти зазначають про можливість впровадження вищеописаних інтервенцій різними способами, включаючи ЗВО та студентські організації. Перешкодами до впровадження інтервенцій також виступають самі ЗВО та часткове небажання/відсутність ЛЖВ ставати лекторами, учасниками навчання студентів.

ВИСНОВКИ

Освіта медичних працівників є одним з способів боротьби зі стигматизацією та дискримінацією ЛЖВ. Боротьба зі стигмою допоможе уникнути бар'єру отримання медичної допомоги ЛЖВ, яка в той самий час доступна іншій частині населення.

Детермінантами знань, ставлення і практик студентів-медиків стосовно ЛЖВ можуть бути соціально-демографічні, релігійні, освітні. Соціально-демографічні включають стать, вік, етнічну та расову приналежність, релігію студентів, сімейний стан. Релігійність і стигматизація є недостатньо вивченою тематикою, яка потребує подальшого дослідження. Бакалаврська медична освіта має негативний вплив на ставлення студентів до ЛЖВ. Знання з тематики ВІЛ/СНІД має обмежений потенціал в сенсі зміни ставлення та практик студентів. Знання впливають на рівень страху студентів, він знижується. Водночас знання студентів про стигму ЛЖВ мають кореляцію з позитивним ставленням до ЛЖВ. Попередній контакт з ЛЖВ, до вступу в медичне ЗВО, збільшує бажання студентів-медиків надавати медичну допомогу ЛЖВ.

Ставлення та поведінка студентів-медиків стосовно ЛЖВ починає формуватися до вступу в ЗВО. Після вступу на ставлення та практики впливають викладачі, одногрупники, ментори, керівники практики. Під час викладацької практики викладачі транслиують своє ставлення до ЛЖВ у різний спосіб, студенти цю інформацію запам'ятовують. Метод клінічного наставництва є ефективним для соціалізації студентів-медиків в медичній сфері. У цьому випадку наставник є зразком для наслідування, важливо, щоб він не стигматизував ЛЖВ.

Навчальні плани в медичних ЗВО включають різні дисципліни, де вивчається тематика ВІЛ/СНІД. Методи викладання предметів можуть різнитися, від дидактичних до індуктивних. Інтерактивні (індуктивні) методи створюють можливість практично застосувати пройдений матеріал. Серед них: міждисциплінарні проекти, метод конкурентних груп, дослідницькі проекти, case-study, групові дискусії, використання рольових ігор на курсах з консультування ЛЖВ, залучення студентів до спільних консультувань ЛЖВ.

Інтервенції в навчальний процес, задля зниження стигматизації ЛЖВ, включають інформування (лекції), побудову навичок студентів, підтримку позитивної поведінки студентів, контакт з ураженими групами (ЛЖВ). Тривалість інтервенції не є визначальною. Застосовується контроль знань студентів до і після нової навчальної практики. Лекції пропонують проводитися для викладачів і студентів, також можуть бути запрошеними лекторами ЛЖВ.

Опитані в межах роботи студенти-медики показали доволі високі знання з тематики ВІЛ/СНІД, проте, частина запитань не є достатньо вивченими студентами. Не дивлячись на високі знання в загальному, оцінка стигматизуючого ставлення студентами-медиками ЛЖВ є високою, подібні дані було отримано і за блок запитань про гіпотетичні практики. Трохи більше половини респондентів хотіли би надавати медичну допомогу ЛЖВ. Більшість студентів вважають, що найчастіший шлях інфікування ВІЛ серед медичних працівників – це інфікування під час виконання своїх професійних обов'язків та більшість медичних працівників інфікуються на робочому місці. Більшість студентів згодні з тим, що вони би соромилися, якби мали ВІЛ інфекцію. Проте, також більшість не згодні з твердженням, що вони би соромилися, якби хтось з їхніх рідних був ЛЖВ або, що ВІЛ-позитивні люди мають соромитися себе. Стосовно практик, більшість би уникала торкатися одягу пацієнта,

знаючи чи підозрюючи, що він/вона має ВІЛ і перед оглядом пацієнта з ВІЛ одягли би захисну маску. Регресійний аналіз показав, що у вибраній першій моделі знань студентів-медиків стосовно ВІЛ-інфекції немає незалежних змінних, які би передбачали залежну змінну «знання». Було виявлено низку предикторів стигматизуючого ставлення стосовно ЛЖВ. Серед цих предикторів: статтю, місце проживання до вступу в ЗВО, наявність знайомих/друзів/родичів ЛЖВ. Також було виявлено низку предикторів гіпотетичних практик студентів-медиків стосовно ЛЖВ. Серед цих предикторів: стать, релігія. В межах роботи було виявлено, що стигматизуюче ставлення є предиктором дискримінуючої поведінки.

За результатами проведених експертних інтерв'ю, було визначено, що основними чинниками змін в медичній освіті в Україні є медична реформа та зміни в медичній системі, що спровокували зміни в медичних ЗВО. Відбулися позитивні зрушення, однак експерти зазначають про опір медичних ЗВО до змін. Найактивніше позитивні зміни відбуваються на післядипломному рівні освіти. Серед зрушень в навчання з тематики ВІЛ/СНІД – надання сучасної інформації під час навчання, залученість міжнародних організацій в освітній процес. Роль викладачів залишається провідною. Було запропоновано ряд можливих методів до впровадження на курсах пов'язаних з ВІЛ/СНІД, стигмою та дискримінацією. Стосовно інтервенції, запропоновано ряд можливих навчальних форматів; можливих способів впровадження раннього контакту студентів з ЛЖВ (ранній контакт, спікери на лекціях ЛЖВ). Також описані можливі перешкоди до впровадження інтервенцій задля розуміння можливостей їхнього впровадження в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Білак–Лук'янчук, В. Й., Брич, В. В. (2017). Подолання стигми та дискримінації щодо ВІЛ-позитивних пацієнтів в закладах охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації* № 3, (303-304).
- Бойко, С. (2020). Знання, ставлення і поведінкові практики студентів-медиків до людей, які живуть з вірусом імунодефіциту людини. *Національний університет Києво-Могилянська Академія*.
<http://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/17444>
- Гофман, И. (2017). Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью.- Ч. 1. Стигма и социальная идентичность /пер. МС Добряковой. *Высшая школа экономики*, Режим доступу URL:https://www.hse.ru/data/2011/11/15/1272895702/Goffman_stigma.pdf
- Дзюблик, І. В., & Александріна, Т. А. (2018). Удосконалення навчальних програм післядипломної освіти лікарів з питань консультування і тестування на ВІЛ як важливий компонент на шляху подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. *Здоров'я суспільства*, (7, № 2), 91-95.
- Жураковська, Н. О., Майстренко, О.М., Павленко, О. В. (2016). Досвід впровадження інтерактивних методів викладання дисципліни «інфекційні хвороби». *Медична освіта*, (1).
- Копитов, С. М., Вороненко, В. В., Волосовець, О. П., П'ятницький, Ю. С., Вітенко, І. С., & Мельник, І. В. (2013, July). Актуалізація методичного забезпечення додипломної підготовки лікарів та провізорів як складова ефективної кадрової політики в галузі охорони здоров'я. 7–11. *Медична освіта*.
<https://doi.org/10.11603/me.v0i2.844>
- Поздняков, С. В., Ніколаєвська, О. В., & Недужко, О. О. (2008). Актуальні питання післядипломної освіти медичних працівників: клінічні аспекти віл-інфекції. *Одеський медичний журнал*, (1), 57-60.
- Порядок організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1903 від 17.08.2020. (2020, August 17). *Офіційний вебпортал парламенту України*.
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/z1256-13>
- Степанський, Д. О., Башкірова, Н. С., Дараган, Г. М., & Сладкова, Л. М. (2016). профілактика ВІЛ-інфекції. Можливості використання нових методів викладання. *Матеріали XIII Всеукраїнської науково-практичної*

конференції з міжнародною участю «Актуальні питання якості медичної освіти», 2, 172-173.

Українська медична рада. (n.d.). Медична освіта в Україні| УМС. *Medical council Ukraine*. <https://mcu.org.ua/medicinskoe-obrazovanie-v-ukraine?lang=uk>

Хрянин, А. А., Решетников, О. В., Бочарова, В. К., Шпикс, Т. А., Русских, М. В., Евстропов, А. Н., & Маринкин, И. О. (2019). Стигма и дискриминация в отношении людей, живущих с ВИЧ: взгляд студентов-медиков. *Journal of Siberian Medical Sciences*, (1).

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. (2019, April 1). *Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.04.2019а*. <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu>

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. (2019b). *Інформаційний бюлетень (№50)*. Центр громадського здоров'я МОЗ України. https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_50_2019.pdf

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. (2020). *Інформаційний бюлетень (№51)*. Центр громадського здоров'я МОЗ України. https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_51_2020.pdf

Чемич М.Д., Ільїна Н.І., Захлебаєва В.В. Післядипломна підготовка фахівця з інфекційних хвороб в: Шляхи позааудиторної роботи студентів. *Матеріали VI Міжвузівської обласної методичної конференції* / Відповідальний редактор: Однодворець Л.В. - Суми: Сумський державний університет, 2012.- 71 с.

Шостакович-Корецька, Л. Р., Литвин, К. Ю., Шевченко, О. П., Волікова, О. А., & Кушнірова, О. А. (2014). Використання методу міждисциплінарного проекту в конкурентних групах при вивченні теми ВІЛ-інфекція” для студентів VI курсу медичного факультету. *Медична освіта*, 198-200.

Шостакович-Корецька, Л. Р., Литвин, К. Ю., Шевельова, О. В., Сурменко, М. С., Волікова, О. О., Дядик, В. П., ... & Чергінець, А. В. (2017). Методологія проведення занять лікарів-інтернів за тематикою ВІЛ-інфекція на основі інтерактивних методів навчання. *Медична освіта*, (2), 83-88. DOI 10.11603/me.2414-5998.2017.2.7830

- All, A. C., & Sullivan, L. (1997). The effects of an HIV/AIDS educational programme on the anxiety level of nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 798-803. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00377.x>
- Balogun, J. A., Kaplan, M. T., & Miller, T. M. (1998). The effect of professional education on the knowledge and attitudes of physical therapist and occupational therapist students about acquired immunodeficiency syndrome. *Physical therapy*, 78(10), 1073–1082. <https://doi.org/10.1093/ptj/78.10.1073>
- Bares, S. H., Swindells, S., Havens, J. P., Fitzgerald, A., Grant, B. K., & Nickol, D. R. (2018). Implementation of an HIV clinic-based interprofessional education curriculum for nursing, medical and pharmacy students. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 11, 37-42. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.02.002>
- Baytner-Zamir, R., Lorber, M., & Hermoni, D. (2014). Assessment of the knowledge and attitudes regarding HIV/AIDS among pre-clinical medical students in Israel. *BMC research notes*, 7(1), 168. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-168>
- Brown, L., Macintyre, K., & Trujillo, L. (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned?. *AIDS education and prevention*, 15(1), 49-69. <https://doi.org/10.1521/aeap.15.1.49.23844>
- Calabro, K., Weltge, A., Parnell, S., Kouzekanani, K., & Ramirez, E. (1998). Intervention for medical students: effective infection control. *American journal of infection control*, 26(4), 431-436. [https://doi.org/10.1016/s0196-6553\(98\)70041-0](https://doi.org/10.1016/s0196-6553(98)70041-0)
- Durojaiye, O. C. (2011). Knowledge, attitude and practice of HIV/AIDS: Behavior change among tertiary education students in Lagos, Nigeria. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 4(1), 18. <https://doi.org/10.4103/1755-6783.80516>
- Ezedinachi, E. N. U., Ross, M. W., Meremiku, M., Essien, E. J., Edem, C. B., Ekure, E., & Ita, O. (2002). The impact of an intervention to change health workers' HIV/AIDS attitudes and knowledge in Nigeria: a controlled trial. *Public health*, 116(2), 106-112. [https://doi.org/10.1016/s0033-3506\(02\)00512-7](https://doi.org/10.1016/s0033-3506(02)00512-7)
- Farotimi, A. A., Nwozichi, C. U., & Ojediran, T. D. (2015). Knowledge, attitude, and practice of HIV/AIDS-related stigma and discrimination reduction among nursing students in southwest Nigeria. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(6), 705. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.170011>
- Feldmann, T. B., Bell, R. A., Stephenson, J. J., & Purifoy, F. E. (1990). Attitudes of medical school faculty and students toward acquired immunodeficiency

syndrome. *Academic Medicine*, 65(7), 464-466.
<https://doi.org/10.1097/00001888-199007000-00012>

- Froman, Robin & Owen, Steven. (1997). Further validation of the AIDS Attitude Scale. *Research in nursing & health*. 20. 161-7. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199704\)20:2%3C161::aid-nur8%3E3.0.co;2-i](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199704)20:2%3C161::aid-nur8%3E3.0.co;2-i)
- Hendricson, W. D., Rugh, J. D., Hatch, J. P., Stark, D. L., Deahl, T., & Wallmann, E. R. (2011). Validation of an instrument to assess evidence-based practice knowledge, attitudes, access, and confidence in the dental environment. *Journal of Dental Education*, 75(2), 131-144. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2011.75.2.tb05031.x>
- Houpis, G., Rodríguez, J. M., & Strobel, C. (2014). Welfare Impact of Changes in the Scope of the USO. *Postal and Delivery Innovation in the Digital Economy*, 131–142. doi:10.1007/978-3-319-12874-0_10
- Jaworsky, D., Gardner, S., Thorne, J. G., Sharma, M., McNaughton, N., Paddock, S., Rachlis, A. (2017). The role of people living with HIV as patient instructors—reducing stigma and improving interest around HIV care among medical students. *AIDS care*, 29(4), 524-531. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1224314>
- Johnson, J. A., Sellew, J. F., Campbell, A. E., Haskell, J. E., Gay, J. A., & Bell, B. J. (1988). A program using medical students to teach high school students about AIDS. *Journal of medical education*, 63(7), 522-530. <https://doi.org/10.1097/00001888-198807000-00003>
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H. Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York: W. H. Freeman.
- Kalén, S., Stenfors-Hayes, T., Hylin, U., Larm, M. F., Hindbeck, H., & Ponzer, S. (2010). Mentoring medical students during clinical courses: a way to enhance professional development. *Medical teacher*, 32(8), e315-e321. <https://doi.org/10.3109/01421591003695295>
- Kaliyaperumal, K. I. E. C. (2004). Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *AECS illumination*, 4(1), 7-9. http://v2020eresource.org/content/files/guideline_kap_Jan_mar04.pdf
- Kent, A., Myer, L., Flisher, A. J., Mathews, C., & Lombard, C. (2005). Introducing HIV/AIDS to South African health sciences students. *Medical teacher*, 27(7), 647-649. <https://doi.org/10.1080/01421590500312995>
- Kinsler, J. J., Wong, M. D., Sayles, J. N., Davis, C., & Cunningham, W. E. (2007). The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a

- low-income HIV-positive population. *AIDS patient care and STDs*, 21(8), 584-592. <https://doi.org/10.1089/apc.2006.0202>
- Leyva-Moral, J. M., Terradas-Robledo, R., Feijoo-Cid, M., de Dios-Sánchez, R., Mestres-Camps, L., Lluva-Castaño, A., & Comas-Serrano, M. (2017). Attitudes to HIV and AIDS among students and faculty in a School of Nursing in Barcelona (Spain): a cross-sectional survey: a cross-sectional survey. *Collegian*, 24(6), 593-601., <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.10.006>
- Machowska, A., Bamboria, B. L., Bercan, C., & Sharma, M. (2020). Impact of ‘HIV-related stigma-reduction workshops’ on knowledge and attitude of healthcare providers and students in Central India: a pre-test and post-test intervention study. *BMJ open*, 10(4), e033612. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033612>
- Merriam-Webster. (n.d.). Ostracism. In *Merriam-Webster.com dictionary*. Retrieved August 31, 2020, from <https://www.merriamwebster.com/dictionary/ostracism>
- Nyblade, L., Stangl, A., Weiss, E., & Ashburn, K. (2009). Combating HIV stigma in health care settings: what works?. *Journal of the international AIDS Society*, 12(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-12-15>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Wang, K., Burton, C. L., Crawford, F. W., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2018). The burden of stigma on health and well-being: A taxonomy of concealment, course, disruptiveness, aesthetics, origin, and peril across 93 stigmas. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 44(4), 451-474. <https://doi.org/10.1177/0146167217741313>
- Platten, M., Pham, H. N., & Nguyen, H. V. (2014). Knowledge of HIV and factors associated with attitudes towards HIV among final-year medical students at Hanoi medical university in Vietnam. *BMC public health*, 14(1), 265. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-576>
- Price, J., Price, D., Williams, G., & Hoffenberg, R. (1998). Changes in medical student attitudes as they progress through a medical course. *Journal of Medical Ethics*, 24(2), 110-117. <https://doi.org/10.1136/jme.24.2.110>
- Radecki, S., Shapiro, J., Thrupp, L. D., Gandhi, S. M., Sangha, S. S., & Miller, R. B. (1999). Willingness to treat HIV-positive patients at different stages of medical education and experience. *AIDS patient care and STDs*, 13(7), 403-414. <https://doi.org/10.1089/apc.1999.13.403>
- Reis, C., Heisler, M., Amowitz, L. L., Moreland, R. S., Mafeni, J. O., Anyamele, C., & Iacopino, V. (2005). Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLoS Med*, 2(8), e246. doi:10.1371/journal.pmed.0020246

- Roberts, L. W., Geppert, C., McCarty, T., & Obenshain, S. S. (2003). Evaluating medical students' skills in obtaining informed consent for HIV testing. *Journal of general internal medicine*, 18(2), 112-119. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.10835.x>
- Rogers, T. C., Zaninovic, P., Urankar, Y. R., Natto, Z. S., Turner, R. L., Toledo, G. A., ... & Trott, J. R. (2011). An innovative HIV training program for dental students. *Journal of dental education*, 75(11), 1426-1433. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2011.75.11.tb05199.x>
- Seacat, J. P., & Inglehart, M. R. (2003). Education about treating patients with HIV infections/AIDS: the student perspective. *Journal of Dental Education*, 67(6), 630-640. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2003.67.6.tb03663.x>
- Shah, S. M., Heylen, E., Srinivasan, K., Perumpil, S., & Ekstrand, M. L. (2014). Reducing HIV stigma among nursing students: a brief intervention. *Western journal of nursing research*, 36(10), 1323-1337. <https://doi.org/10.1177/0193945914523685>
- Stepanovichus, O. M., Rozhkovska, N. M., & Golubenko, M. Y. (2017). Using role-playing game in medical students clinical skills mastering during study the theme: " Counseling HIV infected patients". *Journal of Education, Health and Sport*, 7(1), 346-349. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.267979>
- UNAIDS. (2014, October). 90-90-90 an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf
- UNAIDS. (2018). Global partnership for action to eliminate all forms of HIV-related stigma and discrimination. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-partnership-hiv-stigma-discrimination_en.pdf
- USAID. (2010, September). Measuring the degree of HIV-Related stigma and discrimination in health facilities and providers: Working report. *Health Policy Initiative*. <https://www.hrhresourcecenter.org/node/2888.html>
- Upton, D., & Upton, P. (2006). Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of advanced nursing*, 53(4), 454-458. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x>
- Upton, P., Scurlock-Evans, L., & Upton, D. (2016). Development of the student evidence-based practice questionnaire (S-EBPQ). *Nurse education today*, 37, 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.010>

- Uwakwe, C. B. (2000). Systematized HIV/AIDS education for student nurses at the University of Ibadan, Nigeria: impact on knowledge, attitudes and compliance with universal precautions. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 416-424. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01492.x>
- Van Brakel, W. H. (2006). Measuring health-related stigma—a literature review. *Psychology, health & medicine*, 11(3), 307-334. <https://doi.org/10.1080/13548500600595160>
- Varas-Díaz, N., Neilands, T. B., Cintrón-Bou, F., Marzán-Rodríguez, M., Santos-Figueroa, A., Santiago-Negrón, S., ... & Rodríguez-Madera, S. (2013). Testing the efficacy of an HIV stigma reduction intervention with medical students in Puerto Rico: the SPACES project. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 18670. <https://doi.org/10.7448/ias.16.3.18670>
- Williams A.B., Wang H., Burgess J., Wu C., Gong Y. & Li Y. (2006). Effectiveness of an HIV/AIDS educational programme for Chinese nurses. *Journal of Advanced Nursing* 53(6), 710–720. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03777.x>
- Wu, Z., Detels, R., Ji, G., Xu, C., Rou, K., Ding, H., & Li, V. (2002). Diffusion of HIV/AIDS knowledge, positive attitudes, and behaviors through training of health professionals in China. *AIDS Education and Prevention*, 14(5), 379-390. <https://doi.org/10.1521/aeap.14.6.379.24074>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А. Підходи до інтервенцій задля зниження рівня ВІЛ/СНІД стигми за Браун (Brown et al., 2003)

Таблиця 1. Підходи до інтервенцій задля зниження рівня ВІЛ/СНІД стигми

Тип	дефініція	Приклади
Заснований на інформуванні	Письмова та / або усна комунікація на основі інформації, заснованої на фактах	- Надруковані матеріали - Відео - Презентації - Медіа реклама - Групове навчання - Групові дискусії
Побудова навичок	Навчальні стратегії для вирішення негативного ставлення. Навчання витривалої поведінки	- Рольові ігри - Формування образів - Техніка рефреймінгу та розслаблення - Десенсибілізація групи
Консультаційні підходи	Надання підтримки позитивній поведінці	- Індивідуальне консультування - Групи підтримки
Контакт з ураженими групами	Інтерації з ураженими групами і громадськістю	- Відгуки Взаємодія з - ЛЖВ - Візуалізація буття ЛЖВ (емпатія)

ДОДАТОК Б. ОПИСОВІ СТАТИСТИКИ ЗНАНЬ СТУДЕНТІВ

Таблиця 1. «Відповіді на запитання з блоку «Знання» в анкеті»

Запитання у анкеті опитування		N	%
«Які із рідин мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?» - грудне молоко	Так	544	63,5
	Ні	313	36,5
«Які із рідин мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?» - кров	Так	845	98,6
	Ні	11	1,3
«Які із рідин мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?» - слина	Так	71	8,3
	Ні	786	91,7
«Які із рідин мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?» - сперма	Так	794	92,6
	Ні	63	7,4
«Які із рідин мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?» - піт	Так	16	1,9
	Ні	841	98,1

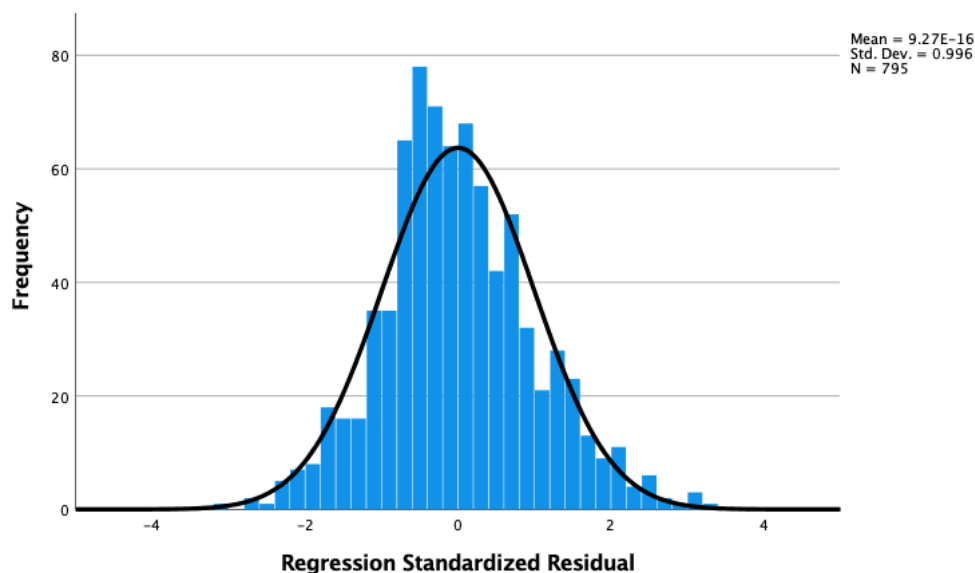
«Які із рідин мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»	Так	13	1,5
- сльози	Ні	844	98,5
«Які із рідин мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»	Так	711	83
- вагінальні рідини	Ні	146	17
«Які із рідин мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»	Так	509	59,4
- інші рідини організму, які містять кров	Ні	348	40,6
«Які із рідин мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»	Так	3	0,4
- не знаю	Ні	854	99,6
«Які із рідин мають НЕ достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»	Так	167	19,5
- грудне молоко	Ні	691	80,5
«Які із рідин мають НЕ достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»	Так	9	1
- кров	Ні	849	99
«Які із рідин мають НЕ достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»	Так	737	85,9
- слина	Ні	121	14,1
«Які із рідин мають НЕ достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»	Так	30	3,5
- сперма	Ні	828	96,5
«Які із рідин мають НЕ достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»	Так	798	93
- піт	Ні	60	7
«Які із рідин мають НЕ достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»	Так	783	91,4
сльози	Ні	74	8,6
«Які із рідин мають НЕ достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»	Так	45	5,2
- вагінальні рідини	Ні	813	94,8
«Які із рідин мають НЕ достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»	Так	22	2,6
- інші рідини організму, які містять кров	Ні	835	97,4
«Які із рідин мають НЕ достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?»	Так	10	1,2
- не знаю	Ні	848	98,8
Чи можуть люди зменшити свої шанси інфікуватися ВІЛ, маючи статеві стосунки з постійним партнером, який не має ВІЛ-інфекції?	Так	767	89,9
	Ні	62	7,3
	Не знаю	24	2,8
Чи можна інфікуватися ВІЛ через укус комара?	Так	117	13,6
	Ні	668	77,9
	Не знаю	73	8,5
Чи можуть люди зменшити свої шанси інфікуватися ВІЛ, постійно використовуючи презерватив під час статевих стосунків?	Так	770	89,8
	Ні	75	8,8
	Не знаю	12	1,4
Чи можуть люди отримати ВІЛ, вживаючи разом їжу з людиною, яка має ВІЛ?	Так	48	5,6
	Ні	796	93
	Не знаю	12	1,4
	Так	747	87,3

Чи можливо, щоб здорова на вигляд людина передала вірус іншій людині?	Ні	73	8,5
	Не знаю	36	4,2
Чи може вірус ВІЛ жити поза людським організмом?	Так	135	15,8
	Ні	587	68,7
	Не знаю	132	15,5
Ризик передачі ВІЛ внаслідок уколу голкою є низьким і складає 1 до 300.	Так	314	36,6
	Ні	453	52,9
	Не знаю	90	10,5
Ризик передачі ВІЛ внаслідок потрапляння крові на ушкоджену ділянку шкіри, чи слизову оболонку є дуже низьким і складає приблизно 1 до 100.	Так	227	26,5
	Ні	544	63,6
	Не знаю	85	9,9

ДОДАТОК В. СТАНДАРТИЗОВАНІ ЗАЛИШКИ ТА P-P PLOT ЛІНІЙНОГО РЕГРЕСІЙНОГО АНАЛІЗУ

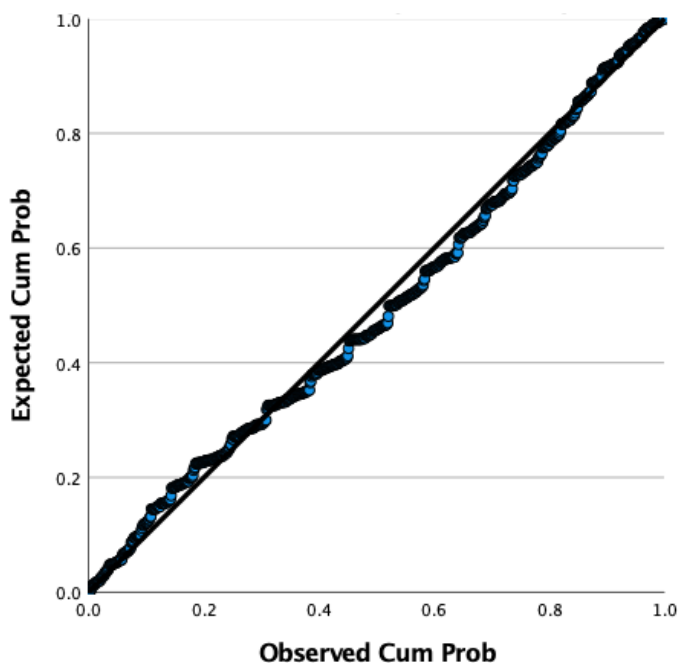
Графік 1

«Стандартизовані залишки лінійного регресійного аналізу ставлення студентів до ЛЖВ»

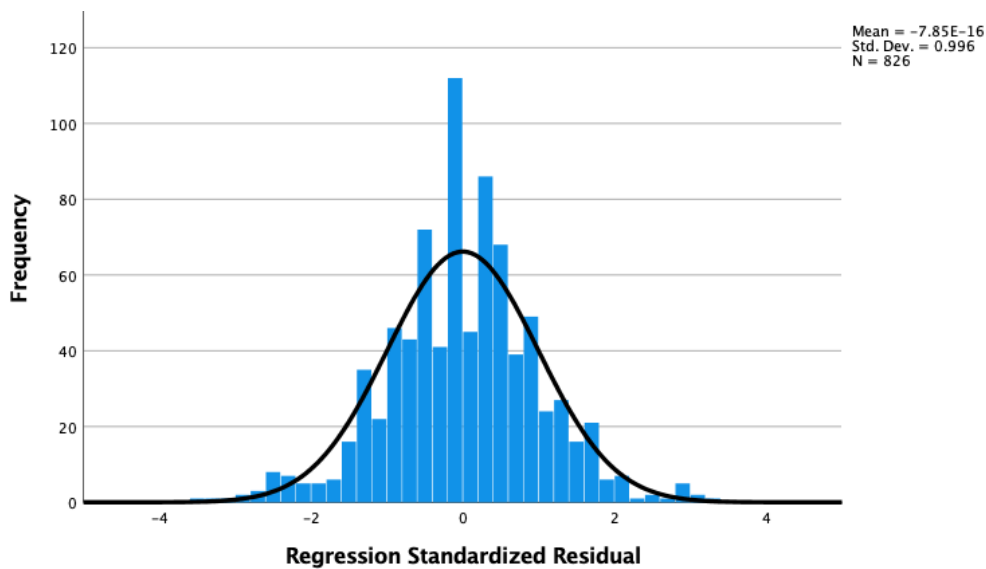


Графік 2

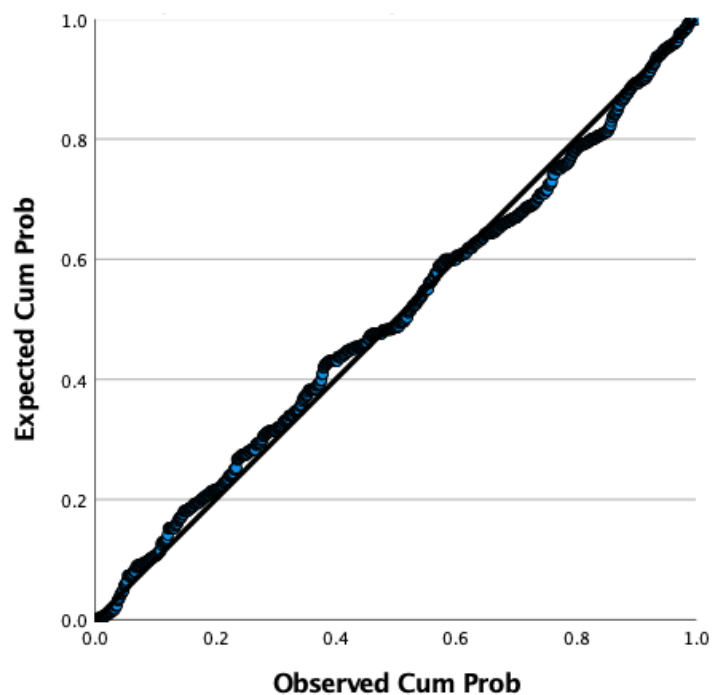
«P-P Plot лінійного регресійного аналізу ставлення студентів стосовно ВІЛ-інфекції»



Графік 3
«Стандартизовані залишки лінійного регресійного аналізу практик студентів стосовно ВІЛ-інфекції»

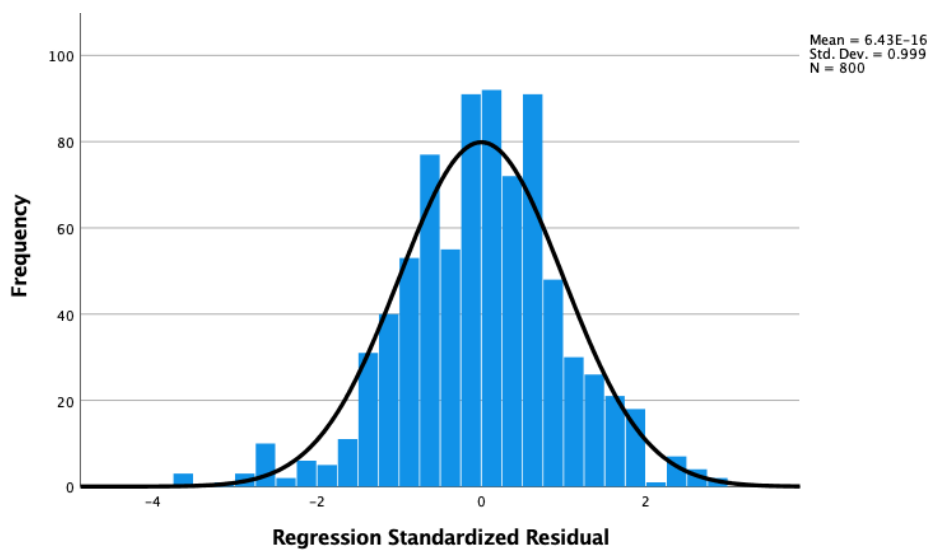


Графік 4
«P-P Plot лінійного регресійного аналізу практик студентів стосовно ВІЛ-інфекції»



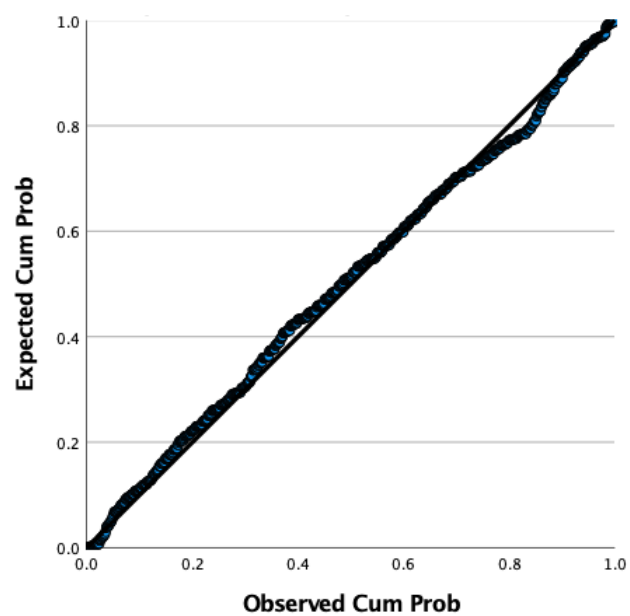
Графік 5

«Стандартизовані залишки лінійного регресійного аналізу практик визначених ставленням студентів до ЛЖВ»



Графік 6

«P-P Plot лінійного регресійного аналізу практик визначених ставленням студентів до ЛЖВ»



ДОДАТОК Г. ІНСТРУМЕНТ ДОСЛІДЖЕННЯ (АНКЕТА)

Знання та ставлення студентів закладів медичної освіти до людей, які живуть з ВІЛ

Метою цього опитування є вивчення знань щодо ВІЛ (вірусу імунодефіциту людини), а також ставлення до людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). Дослідження проводиться з дотриманням конфіденційності. Отримані дані будуть використовуватися лише в узагальненому вигляді. Ваша думка та Ваш досвід є дуже важливими, тому просимо Вас відповідати на питання анкети якомога відвертіше.

Будь ласка, уважно прочитайте кожне питання та дайте на нього відповідь, обравши один із варіантів або надавши власну відповідь. Більшість запитань містять запропоновані відповіді. Якщо Ви вагаєтесь при виборі відповіді, оберіть, будь ласка, варіант, який Вам ближчий. Коли Ви не знаєте відповідь, або вважаєте, що це є за межами Вашої компетенції, то позначте ту відповідь, яка максимально відображує Ваш погляд.

Заздалегідь вдячні за співпрацю!

1. Вкажіть рік Вашого народження
2. Стать
 - a. Чоловік
 - b. Жінка
3. В якій місцевості Ви проживали до вступу в заклад медичної освіти?
 - a. Сільська
 - b. Міська
4. Яким є ваш сімейний стан?
 - a. Одружений/заміжня
 - b. Розлучений/розлучена
 - c. Вдівець/вдова
 - d. Неодружений/незаміжня
 - e. Проживаю з партнером/партнеркою
5. Якою є ваша релігія?
 - a. Християнство
 - b. Іслам
 - c. Юдаїзм
 - d. Інше (вказіть)
 - e. Я не сповідаю жодної релігії
6. Чи є ВІЛ-позитивні люди серед ваших знайомих, родичів чи друзів?
 - a. Так
 - b. Ні
 - c. Не знаю

7. Яке з наступних тверджень найкраще описує ваш досвід надання медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ? (оберіть одну відповідь)
- Я ніколи не бачив пацієнтів з ВІЛ
 - Я бачив пацієнтів з ВІЛ під час навчальної практики у медичних закладах
 - Я мав можливість спостерігати за веденням пацієнтів з ВІЛ під час практики у медичних закладах
 - Я мав можливість огляди пацієнтів з ВІЛ під наглядом досвідченого лікаря
 - Інше, вкажіть _____
8. Чи мали ви навчання з таких тем? (оберіть стільки варіантів, скільки вам підходить)
- Стигма
 - Лікування ВІЛ
 - Інфекційний контроль
 - Консультації та тестування на ВІЛ
 - Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
 - Прихильність до лікування
 - Інше навчання, пов'язане з ВІЛ
9. Як би ви оцінили рівень ваших знань щодо ВІЛ-інфекції?
- Глибокий рівень
 - Посередній
 - Мінімальний
 - Знання відсутні
10. Які із цих рідин організму мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу? (ви можете обрати стільки відповідей, скільки вважаєте за потрібне)
- | | |
|------------------|--|
| a. Грудне молоко | f. Сльози |
| b. Кров | g. Вагінальні рідини |
| c. Слина | h. Інші рідини організму, які містять кров |
| d. Сперма | i. Не знаю |
| e. Піт | |
11. Які із цих рідин організму мають НЕ достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу? (ви можете обрати стільки відповідей, скільки вважаєте за потрібне)
- | | |
|------------------|--|
| a. Грудне молоко | f. Сльози |
| b. Кров | g. Вагінальні рідини |
| c. Слина | h. Інші рідини організму, які містять кров |
| d. Сперма | i. Не знаю |
| e. Піт | |
12. Чи можуть люди зменшити свої шанси інфікуватися ВІЛ, маючи статеві стосунки з постійним партнером, який не має ВІЛ-інфекції?
- Так
 - Ні
 - Не знаю
13. Чи можна інфікуватися ВІЛ через укуси комара?

- a. Так
- b. Ні
- c. Не знаю

14. Чи можуть люди зменшити свої шанси інфікуватися ВІЛ, постійно використовуючи презерватив під час статевих стосунків?

- a. Так
- b. Ні
- c. Не знаю

15. Чи можуть люди отримали ВІЛ, вживаючи разом їжу з людиною, яка має ВІЛ-інфекцію?

- a. Так
- b. Ні
- c. Не знаю

16. Чи можливо, щоб здорова на вигляд людина передала вірус іншій людині?

- a. Так
- b. Ні
- c. Не знаю

17. Чи може вірус ВІЛ жити поза людським організмом?

- a. Так
- b. Ні
- c. Не знаю

18. Ризик передачі ВІЛ внаслідок уколу голкою є низьким і складає приблизно 1 до 300.

- a. Так
- b. Ні
- c. Не знаю

19. Ризик передачі ВІЛ внаслідок потрапляння крові на ушкоджену ділянку шкіри чи слизову оболонку є дуже низьким і складає приблизно 1 до 100?

- a. Так
- b. Ні
- c. Не знаю

20. Наскільки Ви можете погодитися з наступними твердженнями? Будь ласка, оберіть лише один варіант відповіді для кожного твердження. Якщо Ви вагаєтесь, то оберіть той, до якого більше схиляєтесь.

Твердження	Повністю згоден	Згоден	Не згоден	Категорично не згоден
------------	-----------------	--------	-----------	-----------------------

Я би почував себе спокійно, якби мені довелося користуватися одним душем із ВІЛ-позитивним колегою.				
Я би уникав торкатися одягу пацієнта, знаючи чи підозрюючи, що він/вона має ВІЛ.				
Я би хотів надавати допомогу хворим на ВІЛ та СНІД.				
Я би почував себе в безпеці, асистуючи своєму ВІЛ-позитивному колезі або якби він асистував мені.				
Якби я мав вибір, то я би працював з пацієнтами з ВІЛ.				
На мою думку, найчастіший шлях інфікування ВІЛ серед медичних працівників – це інфікування під час виконання своїх професійних обов’язків.				
На мою думку, більшість медичних працівників інфікуються на робочому місці.				
Перед оглядом пацієнта з ВІЛ я би одягнув захисну маску.				
Чоловіки, які мають безладні статеві стосунки, винні у розповсюдженні ВІЛ в нашій країні.				
Жінки комерційного сексу винні у розповсюдженні ВІЛ в нашій країні.				
Споживачі ін’єкційних наркотиків винні у розповсюдженні ВІЛ в нашій країні.				
Я би соромився, якби мав ВІЛ-інфекцію.				
Я би соромився, якби хтось із моїх рідних був ВІЛ-позитивним.				
ВІЛ-позитивні люди, мають соромитися себе.				
ВІЛ-позитивні лікарі та медичні сестри не повинні не повинні займатися медичною практикою.				

Дякуємо вам за відповіді!

ДОДАТОК Д. ГАЙД ДЛЯ ЕКСПЕРТНИХ ІНТЕРВ'Ю

Вітаю! Мене звати Бойко Софія, я студентка бакалаврської програми “Соціологія” Національного університету «Києво-Могилянська Академія». Дякую, що погодилися зустрітися і поговорити.

У рамках своєї бакалаврської роботи я вивчаю знання, ставлення, практики студентів медичних ЗВО до ЛЖВ: детермінанти і їхній контекст. Результати дослідження будуть представлені в узагальненому вигляді включаючи сферу вашої діяльності, без згадування вашого імені та прізвища. Також під час нашої розмови буде відбуватися аудіо запис для подальшого аналізу інтерв'ю.

А. Огляд і оцінка медичної освіти з акцентом на вивченні ВІЛ/СНІД на додипломному рівні та інтернатурі

1. Які на вашу думку ключові позитивні зрушення в медичній освіті в здобутті компетенцій мед студентами протягом останніх років?

2. Як ви вважаєте, що є чинниками таких змін?

3. Якщо говорити про знання з тематики ВІЛ/СНІД, чи відбуваються зміни в освіті з цієї тематики? В яких дисциплінах помітний прогрес? На скільки матеріал який викладається є сучасним і відповідає практичній роботі лікарів?

4. Давайте поговоримо про програму дисциплін пов'язаних з тематикою ВІЛ/СНІД.

4.1. Хто розробляє програму дисциплін?

4.2. Де викладаються теми щодо ВІЛ/СНІД?

4.3. Розкажіть, будь ласка, яким чином формується кількість і тривалість курсів з тематики ВІЛ/СНІД?

4.4. Чи викладаються курси з тематики стигматизації та дискримінації ЛЖВ? Як на вашу думку можна покращити викладання цих курсів?

5. Розкажіть, будь ласка, які на вашу думку методи викладання тематики ВІЛ/СНІД мають бути задіяні при навчанні студентів? Якщо говорити про додипломний і післядипломний рівень освіти, чи має бути різниця у методах викладання матеріалу?

6. Розкажіть, будь ласка, про роль викладачів і кафедри у формуванні знань, ставлення, практик студентів? (уточнююче: як ви вважаєте, ставлення викладачів до ЛЖВ є суттєвим фактором формування ставлення і практик майбутніх лікарів?)

В. Експертна думка щодо впровадження інтервенцій в навчальний процес з тематики ВІЛ/СНІД

1. Поділіться, будь ласка, своєю думкою щодо додаткових (позакласних) навчальних сесій/лекцій/семінарів з тематики ВІЛ/СНІД для студентів-медиків? Як ви вважаєте, такі методики покращення знань студентів є дієвими на додипломному рівні навчання і на післядипломному? Де краще такі методи впроваджувати (додиплом, після)

2. У якому форматі краще проводити додаткові навчальні лекції для студентів? Також, як ви вважаєте, чи потрібно проваджувати заохочення для відвідування додаткових занять (які, якщо потрібно?)

3. Деякі інтервенційні методики пропонуються впровадження короткого курсу лекцій для студентів, де лекторами виступають ЛЖВ. Вони діляться своїм досвідом отримання медичної допомоги від медичних працівників, допомагають розробляти «карти запобігання стигматизації медиками». Розкажіть, будь ласка, на вашу думку, такі інтервенційні стратегії можливі для

виконання в реаліях українських ЗВО? Які можуть бути перешкоди до впровадження такого методу боротьби зі стигмою в ЗВО?

4.Ранній контакт з ЛЖВ під час надання медичних послуг студентами описується в деяких закордонних дослідницьких роботах. Розкажіть, будь ласка, про український контекст, чи відбувається така практика для студентів-медиків в Україні?

(якщо так: то для яких саме студентів-медиків вона доступна? скільки часу вона займає? у яких закладах відбувається така практика?)

(якщо ні: для яких саме студентів-медиків вона повинна бути доступна, чи варто всім проходити таку практику? скільки часу вона повинна займати, на вашу думку? у яких закладах повинна відбуватися така практика?)

5.Як ви оцінюєте потенціал медичної освіти до подальших змін? Які зміни ви б назвали найбільш тектонічними? Важливими? Влучними?

С. Демографічний блок

1. Як довго ви працюєте в цій сфері?

Дякую, що знайшли для мене час!

Якщо згадаєте щось важливо, що Ви хотіли б додати до розмови - можете мені писати і телефонувати. Мої контакти у Вас є.

Якщо Вам цікаво буде побачити результати аналізу, то прошу мені лишити Вашу електронну адресу, на яку я зможу надіслати роботу.

ДОДАТОК І. ТРАНСКРИПТ ЕКСПЕРТНОГО ІНТЕРВ'Ю

Респондент 1

Діяльність: експерт міжнародного проекту з питань медичної освіти, лікар

Запис: Еекспертне1/5.mp3

Спосіб проведення інтерв'ю: Zoom-дзвінок

Дата та час запису: 21.04.2021 о 12.00

Тривалість інтерв'ю: 38:45

Мова інтерв'ю: українська

Інтерв'ю брала і транскрибувала: Бойко Софія Романівна

Текст інтерв'ю

І: Доброго дня! Дякую, що погодилися поговорити. Перш ніж почати наше інтерв'ю маю нагадати, що я буду проводити аудіо запис для подальшого аналізу.

Р: Добре, почнімо!

І: Почнемо з освіти, Які на вашу думку ключові позитивні зрушення в медичній освіті в здобутті компетенцій медичних студентами протягом останніх років?

Р: Ви маєте на увазі загальні компетенції?

І: Так

Р: Перше зрушення – це те, що був впроваджений перший іспит клінічних навичок наприкінці навчання, що змінило акценти з теорії на практику і багато закладів вищої освіти стурбовані цим питанням. Вони розширюють можливості студентів практикувати клінічні навички, створюють симуляційні центри і вводять практично орієнтовані іспити не тільки наприкінці навчання, а й наприкінці вивчення дисциплін. Якщо ви винесемо за лапки ковід, який перешкоджає цьому, то в загальному тенденція

така, що розширений акцент на клінічні навички, що значно допомагає отримати компетентного випускника. Друга річ, яка змінилася – закон України про вищу освіту 2014го року, який регламентує перехід на компетентнісний підхід і зміни навчальних програм, які були. Тобто це і більша автономія закладів вищої освіти в побудові їхніх навчальних програм і в тому, як закладаються компетенції. В цьому, як не дивно, допомагає відсутність єдиного стандарту, тому що, якщо був стандарт, вони всі його скопіювали і не замислювалися над тим, як їм зробити свою унікальну програму. Так як стандарту немає, вони змушені робити свої, чи підглядати у колег, але в принципі тут вже видно більше вклад і погляди власне закладу. Хоча, з недоліків, тут можна сказати те, що не завжди є розуміння того, що таке компетентнісний підхід і як воно повинно виглядати на практиці і відчуваєш, коли читаєш навчальні програми. Відчувається ще відголосок того, з якої позиції раніше будувалися ці навчальні програми. Менше прослідковується розуміння того, як формуються ці компетенції, але я думаю, що це перехідний період, який потребує уваги навчання представниками ЗВО і більшого усвідомлення своєї автономності.

І: Як ви вважаєте, що є чинниками таких змін?

Р: В нас в країні законодавство змінилося і вони мали змінюватися. Медичні заклади вищої освіти, за моїми спостереженнями, не дуже люблять зміни і не дуже люблять слідкувати за тенденціями в освіті, тобто ці зміни сприймалися негативно і зміни робляться через те, що треба, а не через те, що хочеться, але звичайно є і виключення.

І: Якщо говорити про знання з тематики ВІЛ/СНІД, чи відбуваються зміни в освіті з цієї тематики? В яких дисциплінах помітний прогрес? На скільки матеріал який викладається є сучасним і відповідає практичній роботі лікарів?

Р: Я не є тут достовірним джерелом інформації, можу лише порівняти роки мого навчання і того, що я зараз дуже опосередковано бачу, тобто я не бачила цих начальних програм. Що я зараз бачу – створені СНІД- центри, багато уваги приділяється навчанню фахівців у цій галузі, у це залучена велика кількість міжнародних організацій. В освіту фахівців інвестується багато. Це вплинуло на студентську освіту, інформація подається сучасна, але я не впевнена на 100%, бо це так повинно бути, роблячи висновки з того, які тренінги проводяться для фахівців. Заняття відбуваються у СНІД-центрі, але окремого предмету досі нема, тобто це частина курсу з інфекційних хвороб.

І: Зрозуміла, Давайте поговоримо про програму дисциплін пов'язаних з тематикою ВІЛ/СНІД. Хто розробляє програму дисциплін?

Р: Це кафедра інфекційних хвороб, цей курс викладається на 5 курсі, він вивчається цілий рік і в них ще є цикл на 6 курсі. В структурі цієї дисципліни є такі теми, я не знаю точно скільки їх

І: Зазвичай тема ВІЛ/СНІД викладається на кафедрі інфекційних хвороб, так?

Р: Так, за моє життя так було.

І: А яким чином формується кількість і тривалість курсів з тематики ВІЛ/СНІД? Чому саме на 5-6 році навчання викладаються ці курси?

Р: Чому на якомусь курсі вивчаються дисципліни – це дуже велика таємниця, так історично склалося. Ще як мої батьки вчилися в медичному університеті, в них інфекційні хвороби були на 5 курсі. А взагалі курікула медична ведеться так, що спочатку теоретичні дисципліни ідуть, для того, щоб вивчати клінічні предмети, під час яких вивчають патологію, треба дуже добре вивчити анатомію, фізіологію, ітд. Треба добре розуміти як функціонує організм, це перших три роки вчать. Потім інші три роки вчиться патологія, вона йде на ускладнення, якщо на четвертому курсі вчать мінімальний

стандарт, найпоширеніші хвороби – педіатрія, хірургія, терапія. Вже на п'ятому курсі вчать більш складні нозологічні одиниці – інфекційні хвороби підпадають туди. Логічно, що ВІЛ/СНІД вивчається в курсі інфекційних хвороб, бо це інфекційна хвороба, але я не бачу сенсу вивчати її окремим курсом. Думаю, що в якості вибіркового, для тих, хто зацікавлені, університети так роблять.

І: Чи викладаються курси з тематики стигматизації та дискримінації ЛЖВ? Як на вашу думку можна покращити викладання цих курсів?

Р: Є такий предмет «Біоетика», де викладаються принципи медичної етики, там висвітлюють це питання, комунікації з пацієнтами. Але в кожному університеті це відбувається на різному рівні. Тому що це залежить від викладача і його зацікавленості. Цей предмет можна викладати дуже нудно, починаючи з клятви Гіппократа, кодексу Гіппократа і, переходячи в кодекс лікаря України. А можна викладати як ви кажете. Коли я вчилася, це було жахливо, ні про яку стигму і дискримінацію мови йти не могло, це було з 2000 по 2006 роки. В структурі теми інфекційний хвороб такого теж не було, зараз треба дивитися курікули (навчальні плани). Можливо, зараз є якість предмети, які стосуються емпатії і людяності в роботі лікаря.

І: Розкажіть, будь ласка, які на вашу думку методи викладання тематики ВІЛ/СНІД мають бути задіяні при навчанні студентів? Якщо говорити про додипломний і післядипломний рівень освіти, чи має бути різниця у методах викладання матеріалу?

Р: Тут дуже важливо продемонструвати кейси, коли розповідають випадки неетичної поведінки, як це впливає на психологічний стан пацієнтів, або навпаки показувати гарні приклади, звичайно зберігаючи конфіденційність пацієнтів. Ще дуже важливо навчити студентів-медиків комунікувати, вміти правильно формулювати меседжі і вміти етично

ставитися до пацієнтів, що стосується абсолютно будь-якої патології. Ще може бути формат рольової гри, коли студенти спілкуються один з одним і вчать формулювати свої думки. Або ще може бути формат, в Україні я ще на практиці не бачила, коли акторів запрошують, які грають пацієнтів. Це записують на відео і потім розбирається зі студентами, чи правильно вони комунікували. Або відео кейси можуть проглядати, де не вони гравці, але вони можуть проаналізувати. Просто сказати, що ви повинні етично ставитися до ЛЖВ – цього недостатньо.

I: Розкажіть, будь ласка, про роль викладачів і кафедри у формуванні знань, ставлення, практик студентів?

P: Роль викладачів дуже важлива, якщо не ключова. Викладачі – це рольові моделі. Студенти завжди спостерігають як їхні викладачі спілкуються з пацієнтами, а такі випадки неодноразові, тому що навчання, знову ж таки, виносимо ковід за межі навчального процесу, відбуваються in clinical settings, в клініці і не можна відділити викладача від пацієнтів. Студенти таким чином спостерігають його на практиці. Якщо лікар-викладач постійно доносить меседжі про людяність і емпатію, а сам зверхній і неемпатичний по відношенню до пацієнтів, то відбувається відчуття, що щось не конгруентне з того, що говорять і як це виглядає, студенти розчаровуються. По друге все заняття залежить від того, як його побудує викладач. Одна справа як воно написано в навчальному плані, а інша – як воно на практиці. Тобто можна дати студентам кейс прочитати і обговорювати між собою, а самому вийти займатися пацієнтами, а можна залишитися і стати учасником розбору; можна методичку дати прочитати, а можна вести діалог про відео для розбору. Важливо, щоб викладач розумів власну роль і вплив на компетенції студентів. В загальній масі байдужості до того, що студент знає і вміє, один/два викладачі можуть дуже суттєво змінити ставлення студентів. Я не один раз чула від

студентів, що вони багато навчилися і зрозуміли як власне треба і тепер хочуть так само.

І: Поділіться, будь ласка, своєю думкою щодо додаткових (позакласних) навчальних сесій/лекцій/семінарів з тематики ВІЛ/СНІД для студентів-медиків? Як ви вважаєте, такі методики покращення знань студентів є дієвими на додипломному рівні навчання і на післядипломному?

Р: Взагалі все, що відбувається поза навчальною аудиторією, є дуже дієвим. Бо курікула це обов'язкове і студент приходить і слухає хоче від, чи не хоче. Коли поза аудиторне навчання, вони приходять зацікавлені. Є такий момент в медичній освіті – все, що відбувається є обов'язковим, це не могилянка, не можна не прийти на пару і тобі за це не буде. Якщо не прийти на лекцію, то ти маєш прийти і показати переписаний вручну конспект викладачу. Легше прийти на лекцію. Останнім часом я спостерігаю тенденцію, що поза аудиторні заняття дуже різноманітні за форматами і тематиками. Раніше вони виглядали як гуртки, це так і називалося. Кожною дисципліною займався викладач інтузіаст бо той, кого заставили проводити ці заняття. Зараз студенти дуже активні і дуже зацікавлені в сучасних доказових знаннях. Осередки цих студентів можуть бути на національному рівні, або в окремих ЗВО. Ці паростки проростають, вишуковують серед викладачів, які вміють зацікавити і запрошують на ці заняття. Зараз месенджери працюють добре, інформація про зібрання поширюється активно і студенти приходять. Створюється атмосфера, це не є заняттям, спілкуються з такими ж зацікавленими людьми, задають питання, включаються в процес. Ці спільноти переростають в дуже глобальні речі, вони проводять платні семінари. Викладачі задоволені з ними спілкуватися, бо приємно мати справу з зацікавленими людьми. комунікація є дуже болючою темою, я проводила тренінг, були присутні понад 150 людей. Це був поза навчальний процес, для

студентів це важливо і це те, що не дає їм університет. Формати можуть бути абсолютно різні і воно ефективно.

І: Якщо говорити про формати, то у якому форматі краще проводити додаткові навчальні лекції для студентів?

Р: Я би не називала це словами, які типово характеризують навчальний процес, бо студенти травмовані цими словами. Я би називала це майстер класом, тренінгом. Для студентів ще важливо, щоб назва була чіпляюча і формат був нетиповий, як розбір клінічних кейсів.

І: Деякі інтервенційні методики пропонуються впровадження короткого курсу лекцій для студентів, де лекторами виступають ЛЖВ. Вони діляться своїм досвідом отримання медичної допомоги від медичних працівників, допомагають розробляти «карти запобігання стигматизації медиками». Розкажіть, будь ласка, на вашу думку, такі інтервенційні стратегії можливі для виконання в реаліях українських ЗВО? Які можуть бути перешкоди до впровадження такого методу боротьби зі стигмою в ЗВО?

Р: Таких випадків я не чула, в нас є такий формат як робота з пацієнтами. Кафедри є у клініках, якщо потрібно було, то лікарі домовлялися з пацієнтом, щоб студенти з ними поспілкувалися. Формат цікавий і я чула, що закордоном від важливий і гарно сприймається. В Україні а мед університетах не чула, також потрібно знайти ЛЖВ, хто готовий спілкуватися, я не знаю наскільки вони готові цим займатися. По друге формат лекції, я би запропонувала більш неформальне спілкування, коли це менша аудиторія і є можливість більш вільно поспілкуватися, 20-30 людей, бо лекція це 150 людей і це дуже формально. Щоб у студентів була можливість проинятися. Також думаю, що це має бути у студентів після якогось курсу про комунікацію, бо з емпатією погано як в лікарів, так і в студентів-медиків. А таке спілкування, коли людина з ВІЛ, їй і так не просто про негативний досвід говорити, а вміння слухати і

емпатія зі сторони студентів-медиків дуже важлива, щоб це було не травмуюче для ЛЖВ і корисно для студентів.

І: Ранній контакт з ЛЖВ під час надання медичних послуг студентами описується в деяких закордонних дослідницьких роботах. Розкажіть, будь ласка, про український контекст, чи відбувається така практика для студентів-медиків в Україні?

Р: Перша зустріч медиків з пацієнтами відбувається в другій половині навчального року другого курсу. В цей момент вони починають вивчати предмет «Догляд за пацієнтами», тут же вони вчать основи комунікації з пацієнтами, що є число формалізованими. Не по формі, а про те, які питання ставити. Це відбувається на трьох локаціях: терапевтична, хірургічна і педіатрична. Це вже відбувається в клініці і вони вже бачать пацієнтів. До ЛЖВ їх не водять, бо це складно. Я не знаю, чи це зберіглося таке, що у ЛЖВ на історії хвороби не пишеться прізвище, а просто номер. Тобто, це, ніби, захист приватності пацієнта, щоб не стигматизували пацієнтів. Можете собі уявити, що є 50 пацієнтів і в одного немає прізвища на історії хвороби, важко не здогадатися, що це ЛЖВ. А ще від ставлення викладачів залежить ставлення, викладач не поведе до ЛЖВ. Звісно, такий контакт був би корисний, але не робиться. По-перше ВІЛ пацієнтів нема часто в практиці медичного загального стаціонару, бо в них є СНІД-центри.

І: А якщо уявити, що студенти мають таку практику, то кому вона би була доступна, або кому варто було би проходити таку практику, всім, чи окремим спеціальностям? І скільки часу мала би тривати практика? В яких медичних закладах?

Р: Просто цей ранній контакт все одно виглядав би стигматизовано. Тут ми вивчаємо загальний догляд за пацієнтами, а тут ми, щоб поспілкуватися з пацієнтами ЛЖВ, ми проводимо заняття, щоб їх побачити. Виглядатиме

трошки як зоопарк, тут мені більше імпонує формат з лекціями з ЛЖВ. лектори ЛЖВ – це вже якимось чином комунікативно підготовлені люди. Таке спілкування буде складно уявити в форматі СНІД-центру, бо для них така зайва увага студентів не є чимось приємним, вони не відчують своєї місії в тому, щоб комунікувати. Уявіть собі ситуацію, потік студентів за 2 тижні проходять курс, на курсі 500 людей. Поділіть на 10 днів, це 50 студентів в день приходять в палату поговорити про стигму. Формат з лекцією можна провести і на першому курсі, просто підготувати студентів.

I: Як ви оцінюєте потенціал медичної освіти до подальших змін у навчанні ВІЛ/СНІД?

P: Цей потенціал зашитий в загальні зміни, які повинні відбуватися в тому, як студентів вчать комунікації і як вони це починають практикувати. Насправді неважливо чим хворіє пацієнт, не потрібно їм знати про ВІЛ, щоб з ним комунікувати поважаючи і проявляючи емпатію. Зміни мають відбуватися у загальній комунікації, тому в нас не буде проблем у комунікації з ЛЖВ. Я би не зашивала в окремий курс спілкування з ЛЖВ, бо це теж стигма.

I: В цілому це все, в мене є декілька загальних запитань до вас, як довго ви працюєте в сфері освіти?

P: З 2008 по сьогодні.

I: Дякую, що знайшли для мене час! Якщо згадаєте щось важливо, що ви хотіли б додати до розмови - можете мені написати. Мої контакти у вас є. Якщо вам цікаво буде побачити результати аналізу, я зможу надіслати роботу.

P: Дякую вам, так надсилайте, мені буде цікаво подивитися.