

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
«КИЄВО-МОГИЛЯНСЬКА АКАДЕМІЯ»**

**Факультет соціальних наук і соціальних технологій**

**Кафедра соціології**

**КУРСОВА РОБОТА**  
галузі знань "Соціологія здоров'я"  
напряму підготовки "Соціологія"

з теми

**ЗНАННЯ, СТАВЛЕННЯ І ПОВЕДІНКОВІ ПРАКТИКИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ  
ДО ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ**

*Виконала студентка 3 р.н.:  
Бойко Софія Романівна*

*Наукова керівниця:  
Докторка філософії, доцентка  
Школи охорони здоров'я  
Степурко Т.Г.*

Київ – 2020

## **СПИСОК СКОРОЧЕНЬ**

**ВІЛ** – вірус імунодефіциту людини, що призводить до захворювання людини на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

**ВООЗ** – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я.

**ЗВО** – заклад вищої освіти.

**ЛЖВ** – людина, яка живе з вірусом імунодефіциту людини.

**СНІД** – синдром набутого імунодефіциту, сукупна назва уражень, що відбуваються на III—IV клінічних стадіях інфекції, яку спричинює вірус імунодефіциту людини (ВІЛ).

**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.

**ECDC** (European Centre for Disease Prevention and Control) – Європейський центр з контролю і профілактики захворюваності.

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

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. МОДЕЛЬ ЗНАНЬ, СТАВЛЕНЬ І ПОВЕДІНКИ (КАР) І ЇЇ ЗАСТОСУВАННЯ	9
1.1. Особливості КАР моделі.....	9
1.2. Методологічні підходи до вимірювання знань студентів медичних університетів стосовно ВІЛ.....	11
1.3. Вимірювання ставлення студентів медичних університетів до ЛЖВ .....	16
1.4. Вивчення практик і поведінки студентів медичних університетів до ЛЖВ.....	20
РОЗДІЛ 2. ЗНАННЯ, СТАВЛЕННЯ І ПОВЕДІНКА СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ СТОСОВНО ЛЖВ В УКРАЇНІ.....	24
2.1. Методологія дослідження щодо знань, ставлень та поведінки студентів медичних закладів вищої освіти стосовно ЛЖВ.....	24
2.2. Демографічні характеристики респондентів.....	26
2.3. Знання студентів медичних університетів стосовно ЛЖВ.....	27
2.4. Ставлення студентів медичних університетів до ЛЖВ.....	33
2.5. Практики і поведінка студентів медичних університетів до ЛЖВ.....	35
ВИСНОВКИ.....	39
Список використаних джерел.....	42
Додаток А. Інструмент дослідження.....	45

## ВСТУП

За даними Європейського центру з контролю і профілактики захворюваності (ECDC) і регіональним бюро Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), в Україні продовжується епідемія вірусу імунодефіциту людини/ синдрому набутого імунодефіциту (ВІЛ/СНІД). Зважаючи на доступність лікування, і відповідно продовження життя людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), ВІЛ стає хронічною хворобою у сучасному суспільстві. Це означає, що все більше медичних працівників зустрічатимуться з ЛЖВ під час професійної діяльності (Baytner-Zamir et al., 2014). Щорічно в Україні реєструється 12% нових випадків інфікування ВІЛ з-поміж східного регіону епіднадзора за випадками ВІЛ/СНІД, який включає в себе 15 країн. Цей відсоток є відсотком осіб з вперше в житті встановленим ВІЛ-позитивним статусом (Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» ВІЛ-інфекція в Україні Інформаційний бюлетень №50). На початок 2018 року в Україні проживало 244000 ВІЛ-позитивних громадян, за примірними оцінками кожен сотий громадянин України у віці від 15 до 49 років був інфікований ВІЛ (Статистика з ВІЛ/СНІДУ. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.04.2019). Станом на початок 2019 року в закладах охорони здоров'я під медичним наглядом перебувало 142 076 ВІЛ-інфікованих громадян України (показник 336,5 на 100 000 населення), зокрема 46 987 хворих з діагнозом «СНІД» (Статистика з ВІЛ/СНІДУ. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.04.2019).

За Законом України про «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення», медичним працівникам заборонено відмовляти у наданні медичної допомоги пацієнтам на підставі їхнього ВІЛ-статусу (Демченко та ін., 2011).

Пацієнти не змушені повідомляти медичних працівників про свій ВІЛ-статусу, а також розголошення лікарями ВІЛ-статусу пацієнта є обмеженим згодою або незгодою пацієнта передавати інформацію стосовно свого статусу між лікарями (Демченко та ін., 2011).

Однак, не завжди відбувається дотримання норм нерозголошення статусу і обмеженого доступу ЛЖВ до медичних послуг; за даними дослідження «Індекс стигми Україна», яке проводилося Всеукраїнською Мережею ЛЖВ, кожен четвертий опитаний ЛЖВ принаймні раз протягом останнього року стикався з обмеженням у доступі до медичних послуг із причини ВІЛ-статусу. Прикладами обмежень є: відмова у наданні медичних послуг, ізоляція від інших хворих, відмова у наданні послуг з сексуального і репродуктивного здоров'я і планування сім'ї, відмова у наданні стоматологічних послуг (Демченко та ін., 2011). Стигматизація медичними працівниками ЛЖВ є бар'єром для ЛЖВ в отриманні медичних послуг. У дослідженні зазначається, що найпоширенішою формою стигматизації залишається відмова від надання послуг, хоч протягом останніх років відбувається покращення ситуації щодо проявів стигматизації (Демченко та ін., 2011).

Освіта медичних працівників в сфері надання медичних послуг ЛЖВ є потрібною для зменшення відмов пацієнтам з ВІЛ. Позитивне ставлення до ЛЖВ і бажання надавати послуги не з'являється у лікарів доти, доки вони не отримують достатньо знань стосовно практик надання медичної допомоги ЛЖВ і шляхів передачі ВІЛ (McCann and Sharkey, 1998). Опитування серед майбутніх лікарів стосовно ставлення, знань, практик надання медичної допомоги ЛЖВ і поведінки стосовно ЛЖВ в різних країнах і Україні зокрема, висвітлюють різні аспекти позитивного або негативного ставлення майбутніми лікарями до ЛЖВ (Testic et al, 2006; Колеснікова et al, 2015; Хрянін et al, 2019). Спокій і впевненість у власних діях медичними працівниками є важливими для професійного надання

медичних послуг і мінімізації відмов надання медичної допомоги ЛЖВ. Мало обізнані у питаннях передачі ВІЛ, студенти-медики вірять, що надання медичних послуг ЛЖВ є небезпечними для їхнього здоров'я (Koracz et al., 1999). Існує низка чинників впливу на ставлення медичних працівників: знання щодо ВІЛ/СНІД (Baytner-Zamiret al., 2014; Koracz et al., 1999), освіта з питань ВІЛ/СНІД (Baytner-Zamir et all 2014; Koracz et al., 1999), досвід персональних контактів з ВІЛ-позитивними людьми (Koracz et al., 1999), страх передачі вірусу (Baytner-Zamir et all 2014; Koracz et al., 1999), практики з розкриття статусу медичними працівниками (Baytner-Zamir et all 2014), сором (Baytner-Zamiret all 2014).

Науковці протягом декількох десятиліть досліджують питання ставлення студентів-медиків до ЛЖВ, вивчають чинники виникнення негативного ставлення як серед медичного персоналу, так і майбутніх лікарів, а також можливі шляхи зменшення стигматизації людей, які живуть з ВІЛ. Дослідження з цієї тематики проводилися у низці країн, де сфера медичного обслуговування знаходиться на різних рівнях розвитку. Опитування студентів-медиків показують, що в абсолютній більшості вивчення ВІЛ/СНІД в закладах вищої освіти (ЗВО) полягає у вивченні патогенезу вірусу (Baytner-Zamiret al., 2014) та його впливу на організм людини. Дослідження демонструють низьку обізнаність у питаннях шляхів передачі ВІЛ-інфекції і професійного надання медичної допомоги ЛЖВ (Baytner-Zamiret al., 2014; Koracz et al., 1999).

Зниження стигматизації та дискримінації, пов'язаних з ВІЛ допоможе ЛЖВ отримувати якісну медичну допомогу (Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» ВІЛ-інфекція в Україні Інформаційний бюлетень №50). В Україні стигматизація щодо ЛЖВ досліджувалася як з точки зору самих ЛЖВ, так і з точки зору студентів-медиків і їхнього ставлення стосовно ЛЖВ. В дослідженнях, проведених медичними університетами в Україні, щодо ставлення

студентів-медиків до ЛЖВ використовувалися застарілі методи збору інформації, опитування містили загальні питання, які в недостатній мірі відображують реальне ставлення студентів до ЛЖВ, дослідження не були репрезентативними. Зважаючи на це, вивчення ставлення студентами-медиками до ЛЖВ є актуальною темою як з точки зору якості освіти, так і для забезпечення якісної медичної допомоги і доступу до послуг охорони здоров'я в Україні. Розуміння особливостей ставлення до ЛЖВ за допомогою методології «знання, ставлення і практики» (knowledge, attitude and practices - «КАР») допоможе розробити інтервенції щодо зниження рівня негативного ставлення до ЛЖВ медичними працівниками в майбутньому.

*Метою дослідження* є визначення рівня знань, ставлень до ЛЖВ і поведінкових практик серед студентів медичних ЗВО.

Для досягнення цієї мети було поставлено ряд *завдань*:

- описати теоретико-методичні засади вивчення знань та ставлення до ЛЖВ;
- оцінити рівень знань студентів медичних ЗВО щодо ВІЛ\СНІД;
- з'ясувати ставлення студентів медичних ЗВО до ЛЖВ;
- визначити, чи самооцінка знань студентів відповідає реальним знанням з тематики ВІЛ-інфекції.

Відтак, у даній роботі *об'єктом* дослідження виступають студенти медичних ЗВО Харкова, Тернополя і Чернівців.

*Предметом* дослідження є ставлення до ЛЖВ.

*Теоретико-методичний підхід* – модель знань, ставлення та практики (КАР) - що використовується в охороні здоров'я для пояснення того, як поведінка (практики) визначається ставленням та знаннями людини (Launiala, 2009). Каліяперумал (2004) визначав знання як здатність

отримувати, зберігати та використовувати інформацію; суміш розуміння, досвіду, розважливості та майстерності. Ставлення ж стосується схильності певним чином реагувати на певні ситуації; бачити та інтерпретувати події відповідно до певних схильностей; організувати думки узгоджено створювати взаємопов'язані структури. Практика означає застосування правил і знань, що призводять до дії. Ці три складові разом можуть пояснити, як здобута інформація про ВІЛ може призводити до позитивного (або негативного) ставлення, що, в свою чергу, призводить до певної (не)доступності та якості допомоги.

Дослідження ґрунтується на застосуванні кількісної методології, а саме PhD студентка Маастрихтського університету, використовуючи стандартизований контекстуалізований інструмент дослідження, провела анкетування в медичних ЗВО України в квітні 2019 року. Загалом, вибірка є кластерною, всього опитано більше 800 студентів. З дозволу дослідницької команди і Маастрихтського університету, використовуватиметься масив даних дослідження для вивчення ставлення студентів ЗВО України до ЛЖВ. Внесок авторки даної роботи в дослідження полягає в обробці анкет, внесенні їх в масив даних, первинній обробці й описовому аналізі. Є очікування, що дана курсова робота стане першою чернеткою статті PhD студентки щодо знань, ставлень і практик студентів, і далі аналіз буде поглиблений регресійним чи іншим аналізом.



## РОЗДІЛ 1. МОДЕЛЬ ЗНАНЬ, СТАВЛЕНЬ І ПОВЕДІНКИ (КАР) І ЇЇ ЗАСТОСУВАННЯ

### 1.1. Особливості КАР моделі

Модель «Знання Ставлення Практики» (Knowledge Attitudes (Behavior) Practices КАР/ КАВР) – це модель, яка використовується в соціальних дослідженнях в сфері охорони здоров'я для пояснення того, як поведінка (практики) визначається ставленням та знаннями людини (Houris et al., 2015). Дослідження з використанням КАР моделі застосовуються для виявлення особливостей поведінки лікарів по відношенню до пацієнтів з такими діагнозами: ВІЛ/СНІД, малярія, рак, анемія, психічні захворювання, діабет та інші (Morris et al., 2005; McCoy et al., 1991; M'Bra et al., 2013). КАР модель використовується задля виявлення комплексності та зв'язку почуттів, ставлень, знань і поведінки. Дослідження з використання моделі знання-ставлення-практики проводилося в низці країн, зокрема, у Хорватії (Testic et al., 2006), Ізраїлі (Baytner-Zamir et al., 2014), Росії (Хрянін та ін., 2019), ПАР (Gilbert et al., 2010), Лаосі (Thanavanh et al., 2013), Нігерії (Farotimi et al., 2015), Індії (Nagothu et al., 2018) Малайзії (Earnshaw et al., 2014), Камеруні (Iwoi et al., 2017) і Китаї (Lee et al., 2017).



Рис.1. Схематичне зображення моделі КАР, застосованої до різних тематик (Roelens et al., 2006)

Стосовно визначення ключових складових моделі – знань, ставлень та практик, - то Каліяперумал (Kaliyaperumal 2004) визначав **знання** як здатність отримувати, зберігати та використовувати інформацію; суміш розуміння, досвіду, розважливості та майстерності. **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. **Практики** об'єкта стосуються способів, якими об'єкт демонструє свої знання та ставлення своїми діями до предмета дослідження. В контексті дослідження ці три складові разом можуть пояснити, як здобута інформація про ВІЛ може призводити до позитивного (або негативного) ставлення до людей, які живуть з вірусом імунодефіциту людини, що, в свою чергу, призводить до певної (не)доступності та (браку) якості допомоги.

При оцінюванні знань-ставлення-практик в охороні здоров'я, в громадському здоров'ї найчастіше обираються респонденти з двох груп – медичні працівники і населення в цілому (громадяни) (Houris et al., 2015). До субкатегорії медичних працівників можуть відноситися (а) майбутні медичні працівники (студенти), (б) медичні сестри, парамедики, лікарі як надавачі медичних послуг і (в) освітяни (викладачі медичних університетів і коледжів), а також (г) фармацевти, провізори.

Інструментом КАР досліджень є стандартизована анкета, сформована відповідно до тематики дослідження, яка включає в себе частини питань про знання, ставлення і практики. Обов'язковими питаннями для лікарів і студентів в частині «Знання» є епідеміологія хвороби, патогенез, симптоми, діагностика та лікування. Зазвичай питання стосовно знань складаються з питань множинного і дихотомічного вибору,

можуть включати в себе неправильні варіанти відповідей для перевірки знань студентів медичних ЗВО і медиків. В частині анкети «Ставлення» надаються питання з тематики дослідження, які були розроблені для оцінювання переважаючого ставлення, переконань та помилкових суджень у медичних працівників і студентів медичних ЗВО щодо захворювань. Оцінка питань у частині «Ставлення» проводиться за шкалою від повної згоди з твердженням до повної незгоди з твердженням. Питання з частини анкети «Практики» стосуються надання медичної допомоги, втручання, консультаційних послуг та інших дотичних питань до практики надавання медичних послуг.

Застосування КАР моделі у даному дослідженні передбачає вивчення знань-ставлень-практик студентів медичних закладів вищої освіти. КАР модель допоможе визначити, якими є особливості знань студентів, які вони отримують, яким є ставлення студентів до тематики дослідження і якою є специфіка практик студентів по відношенню до ЛЖВ. Розуміння рівнів (а) знань, (б) ставлення та (в) практик також дасть змогу модифікувати освітні процеси в медичних закладах вищої освіти (ЗВО), оскільки дозволить програмі бути більш пристосованою до потреб майбутніх медиків і громадян (Houris et al., 2015).

## **1.2. Вимірювання знань студентів медичних університетів стосовно ВІЛ**

Все більше медичних працівників надаватимуть медичні послуги людям, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), оскільки вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) стає хронічною хворобою (люди, що живуть з ВІЛ, мають можливість мати триваліше життя завдяки підтримуючій терапії, і тому тривалість життя від моменту постановки діагнозу до смерті стає довшою) (Baytner-Zamir et al., 2014).

Основною метою освіти з теми ВІЛ/СНІД в медичній галузі є забезпечення медичних працівників потрібним знанням, навичками і ставленням (компетенціями) задля ефективного надання медичних послуг, дотримуючись відповідних культурних норм (Paraniala et al., 2014). В стратегії подолання епідемій включені: отримання знань студентами-медиками щодо інфекцій і вірусів, застосування заходів безпеки на основі отриманих знань, а також догляд, підтримка і лікування конкретних хвороб, незалежно від характеристик пацієнтів (Farotimi et al., 2015). У частині анкети про «Знання», визначається рівень знань студентів використовуючи питання стосовно шляхів передачі вірусу; внутрішніх речовин в організмі людини, які потенційно можуть слугувати способами передачі вірусу; шансів інфікування за різних обставин; резистентності вірусу та ін.

Однак, з досвіду попередньо проведених досліджень, можна стверджувати про недостатність вивчення тематики ВІЛ інфекції серед студентів-медиків. Медичні заклади вищої освіти фокусуються на вивченні студентами патогенезу ВІЛ і його симптомів, в свою чергу знання про шляхи передачі ВІЛ інфекції, внутрішніх речовин в організмі людини, які потенційно можуть слугувати способами передачі вірусу; шансів інфікування за різних обставин; резистентності вірусу студентами визначаються як «недостатні» (Baytner-Zamir et al., 2014).

Крім базових знань студентів стосовно шляхів передачі ВІЛ інфекції вивчається питання етики і стосовно особливостей надання медичних послуг ЛЖВ. За результатами проведених опитувань студентів, питання етичних норм надання медичних послуг ЛЖВ залишається недостатньо розглянутим у медичних ЗВО (Baytner-Zamir et al., 2014). Заповнення прогалин у знаннях з теми ВІЛ-інфекції у студентів-медиків впливає на їхнє подальше ставлення і практики надання медичної допомоги ЛЖВ (Baytner-Zamir et al., 2014; Tesic et al., 2006; Iwoi et al 2017). За результатами проведеного опитування Earl and Penny (2003) виявлено, що знання

студентів впливають на їхнє бажання в майбутньому надавати медичні послуги ЛЖВ (Pickles et al., 2009). Також, на думку А. Фаротімі, надання достатньої кількості інформації стосовно шляхів передачі вірусу є способом швидкого призупинення епідемії ВІЛ/СНІД у найближчі роки (Farotimi et al., 2015). Стратегії подолання епідемії ВІЛ включають в себе отримання ґрунтовних знань про всі можливі аспекти ВІЛ/СНІДу, зокрема застосування загальних заходів безпеки під час надання медичної допомоги, діагностування і лікування конкретних клінічних хвороб (Farotimi et al., 2015).

Проведені опитування серед студентів медичних університетів у низці країн висвітлюють бажання студентів отримувати достатньо інформації під час професійного навчання задля подальшого безпечного надання медичних послуг ЛЖВ (Baytner-Zamir et al., 2014). Низька обізнаність студентів з теми ВІЛ інфекції призводить до негативного ставлення до ЛЖВ. За результатами досліджень, недостатність знань у студентів стає результатом хибних уявлень про ВІЛ-інфекцію. У дослідженні «Оцінка знань та позицій щодо ВІЛ / СНІДу серед доклінічних студентів-медиків Ізраїлю» Байтнер-Замір з колегами (Baytner-Zamir et al., 2014) зазначають, що половина студентів є впевненими у тому, що надання медичних послуг ЛЖВ є небезпечним для їхнього здоров'я. Більше третини студентів не знають про можливість запобігання ВІЛ-інфекції після незахищеного статевого акту або уколу інфікованої голки; не знають про запобігання передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини під час вагітності і пологів (Baytner-Zamir et al., 2014); вірять у передачу ВІЛ через укуси комах (Lui et al., 2014).

Вищий рівень знань у студентів асоціюється з толерантним ставленням до ЛЖВ і нижчим рівнем гомофобії (Testic et al., 2006). Отримання якісних знань з тематики ВІЛ-інфекції і шляхів передачі в

університеті призводить до зниження стигматизації ЛЖВ майбутніми медиками (Хрянін та ін., 2019).

Залежно від віку студентів і року навчання спостерігається різниця у знаннях передачі вірусу (Baytner-Zamir et al., 2014). Для успішного початку навчання на інтернатурі від студентів не вимагаються знання з теми ВІЛ-інфекції, не відбувається перевірка, чи інтерни можуть надавати медичні послуги ЛЖВ, не ставлячи під ризик власне здоров'я. Такі умови провокують страх у студентів стосовно надання медичних послуг, не будучи впевненими у своїй безпеці (Baytner-Zamir et al., 2014; Koracz et al., 1999).

Небезпека власного зараження, яка викликає страх у студентів і є основним чинником небажання лікувати ЛЖВ у майбутньому (Tesic et al., 2006). Студенти-медики неохоче готові надавати медичні послуги через власні страхи бути зараженими, що в кінцевому результаті призведе до погіршення якості наданої медичної допомоги (Pickles et al., 2009). На думку Хряніна, страх інфікування є соціально сконструйованим (Хрянін et al., 2019). Ідею соціально сконструйованого страху перед ЛЖВ також зазначає Л. Гілберт з колегами (Gilbert et al., 2010). Студенти, які вирости в певному культурному середовищі, мали певні практики і вірування продовжують боятися інфікування ВІЛ під час майбутнього надання медичних послуг, хоч і мають медичну освіту і знання стосовно передачі ВІЛ-інфекції.

Стигматизація ЛЖВ студентами-медиками є реакцією на страхи і міфи, які присутні серед населення загалом (Gilbert et al., 2010). Також крім незнання студентами шляхів передачі ВІЛ, як вони самі зазначають, існує недостатність знань з консультування пацієнтів, які мають ВІЛ позитивний статус (Хрянін et al., 2019). Загалом населення країн, в яких проводилися опитування має низький рівень розуміння процесів передачі ВІЛ-інфекції від людини до людини, що ускладнює взаємодію лікаря з пацієнтом.

Однак, з огляду на сучасні можливості знаходження інформації і розвиток медіа, ситуація з інформуванням студентів з теми ВІЛ-інфекції змінюється. У порівняльних дослідженнях стосовно знань студентів з теми ВІЛ-інфекції у 2003 і 1993, було виявлено, що рівень знань сучасних студентів-медиків значно вищий, а ніж рівень знань студентів на такому ж році навчання у 1993 році (Testic et al., 2006). Популярні медіа відіграють значну роль в поінформованості в багатьох питаннях, що стосуються здоров'я людини. Інформаційні джерела стосовно ВІЛ-інфекції для студентів-медиків не обмежуються науковими статтями. Саме популярні медіа, а не наукові статті є основним джерелом інформації для пересічних громадян і студентів медичних закладів вищої освіти (Baytner-Zamir et al., 2014). Інтернет є основним ресурсом знань з питань ВІЛ-інфекції, він доступний як студентам, так і населенню загалом (Baytner-Zamir et al., 2014; Хрянін et al., 2019).

Другим, найбільш звичним після популярних медіа джерелом інформації стосовно ВІЛ інфекції для студентів-медиків, є інші лікарі, які на практиці і під час навчання в університеті діляться знаннями та досвідом (Testic et al., 2006). Також студенти зазначають про отримання знань про ВІЛ- інфекцію ще в школі (Testic et al., 2006). Тим не менш, є наукові статті та конференції присвячені тематиці ВІЛ/СНІД, які також є важливим ресурсом для отримання знань (Хрянін et al., 2019).

Навчання в медичному університеті має вагомий вплив на рівень толерантності студентів до ЛЖВ (Testic et al., 2006). Однак, спираючись на попередні дослідження, можна стверджувати, що серед студентів, як в Україні, так і в інших країнах (Paraniala, 2017), існує недостатність знань з етики, але зберігається толерантне ставлення до ЛЖВ і бажання надавати медичну допомогу (Шостакевич-Корецька, Ревенко 2017; Paraniala et al., 2014). Не зважаючи на існування інших чинників толерантного ставлення до ЛЖВ, знання, отримані студентами під час навчання (самостійного, чи в

ході навчального процесу в ЗВО), є найвагомішим чинником толерантного ставлення студентами-медиками до ЛЖВ (Paraniala et al., 2014).

Таким чином, майбутній медичний персонал, який піклуватиметься про хворих, зокрема тих, хто має ВІЛ позитивний статус, повинен набути достатніх знань, які будуть придатними для застосування у сучасному світі. Знання майбутніх медичних працівників мають бути засвоєні у достатньому обсязі, що впливатиме на навички та ставлення до ЛЖВ. На думку деяких дослідників саме знання студентів і їхнє кваліфіковане застосування на практиці, допоможе зменшити темпи епідемії ВІЛ-інфекції в світі.

### **1.3. Вимірювання ставлення студентів медичних університетів до ЛЖВ**

Саме медичний персонал і студенти-медики грають важливу роль у запобіганні і зменшенні негативного ставлення до ЛЖВ у суспільстві, підтримці і піклуванні про ЛЖВ (Farotimi et al., 2015). Високий рівень стигматизації та дискримінації у зв'язку з ВІЛ позитивним статусом пацієнтів, які звертаються до медичних закладів, є одним з факторів поширення епідемії ВІЛ-інфекції (Білак-Лук'янчук, 2016). Знання, засвоєні під час навчання студентами стосовно різних захворювань, тісно пов'язані з майбутнім ставленням медиків до пацієнтів, що мають ті, чи інші захворювання. Крім знань, існують й інші чинники, що можуть визначати ставлення медиків до пацієнтів. Такими чинниками є: культура, соціально-економічний статус, раса, етнічність, духовність, релігія (Nagothu, 2018).

В свою чергу, знання стосовно ВІЛ-інфекції тісно пов'язані зі ставленням студентів-медиків до ЛЖВ (Farotimi et al., 2015), хоча вищезазначені чинники, також знатні визначати ставлення студентів-медиків до ЛЖВ. Культура і середовище проживання мають вплив на ставлення студентів-медиків до ЛЖВ. Для ширшого пояснення впливу



культури на ставлення до ЛЖВ дослідниками (Nagothu, 2018) був запропонований кейс табу на соціальний дискурс про секс. Через табуйованість питання сексу з'являються прогалини у знаннях про ВІЛ-інфекцію. Релігія також виступає чинником ставлення до ЛЖВ. Стигматизуюча поведінка стосовно ЛЖВ є більш вираженою в ісламській культурі, через релігійні санкції, що пов'язані з незаконною сексуальною поведінкою та вживанням наркотичних речовин (Earnshaw et al., 2014).

З огляду на мету дослідження, ми здебільшого зацікавлені у вивченні ставлення до ЛЖВ саме студентів-медиків. Результати попередньо проведених досліджень в різних країнах, демонструють різницю в ставленні студентів-медиків до ЛЖВ й релігія має значний вплив на ставлення студентів-медиків до ЛЖВ (Earnshaw et al., 2014).

На додачу опитування студентів у Нігерії вказує на те, що негативне ставлення медиків до ЛЖВ має вплив на подальше бажання ЛЖВ звертатися по медичну допомогу в заклади медичної допомоги (Farotimi et al., 2015). Дослідження стосовно знань-ставлення-практик студентів-медиків стоматологічного факультету у 2017 році, було виявлено, що студенти з регіонів, де ВІЛ-інфекція є більш розповсюдженою, мають краще ставлення до ЛЖВ, ніж ті студенти, які проживають у регіонах, де ВІЛ не є розповсюдженим (Lee et al., 2017).

Виявлено стигматизуюче і дискримінаційне ставлення майбутнього медичного персоналу до ЛЖВ (Farotimi et al., 2015, Хрянін et al., 2019; Paraniata et al., 2014; Gilbert et al., 2010; Pickles et al., 2009). Основними емоціями студентів щодо можливого надання медичних послуг ЛЖВ є: страх, занепокоєння, сором, жах, асоціації зі смертю і покаранням (Gilbert et al., 2010; Baytner-Zamir et al., 2014). За результатами опитування студентів-медиків в Пуерто Ріко і проведених інтервенцій стосовно надання медичних послуг ЛЖВ, було виявлено ряд емоцій, які відчувають студенти-

медики при обговоренні надання послуг ЛЖВ: солідарність, втрата ілюзій стосовно ВІЛ (Varas-Díaz et al., 2016).

Також студенти зазначають про психологічний дискомфорт від можливості зараження при наданні медичних послуг ЛЖВ (Колеснікова, Петрушевич та ін., 2016). Однак, не всі дослідження мали однакові результати досліджень стосовно ставлення студентів-медиків до ЛЖВ: в одному з досліджень було виявлено зв'язок між ставленням студентів і курсом їхнього навчання; також зменшується кількість гіпотетичних стигматизуючих практик стосовно ЛЖВ під час надання медичних послуг.

Стигматизація надавачами медичної допомоги обмежує доступ ЛЖВ до медичних послуг і ускладнює профілактику розповсюдження ВІЛ та виявлення нових випадків інфікування (Колеснікова, Петрушевич et al., 2016 ). Саме студенти-медики можуть бути позитивними моделями ролей для своїх ровесників та своїх громад у ставленні до ВІЛ позитивного населення (Paraniala et al., 2014). Викладачі в медичних ЗВО своїм досвідом і показовим ставленням до надання медичних послуг ЛЖВ мають змогу змінити ставлення студентів до ЛЖВ. Зокрема, перевірка достатності часу, наділеного на надання послуг ЛЖВ, з боку викладачів і керівників медичної практики. Викладачі мають знати, що вони мають змінювати ставлення до ЛЖВ у студентів не тільки через надання фактичних знань (Testic et al., 2006). За результатами проведених опитувань, у яких студенти зазначали про зміну свого ставлення до ЛЖВ після консультування з викладачами, можна стверджувати про позитивний вплив консультування викладачами студентів з питання ставлення до ЛЖВ (Varas-Díaz et al., 2016). Також спостереження студентами медичних факультетів під час практики за інструкторами, які надавали медичну допомогу пацієнтам , змінювало ставлення студентів до ЛЖВ (Nagothu, 2018).

Фобії студентів стосовно ЛЖВ також асоціювалися з гомофобією. При збільшенні показника гомофобії, ставав негативнішим показник

ставлення до ЛЖВ (Korasz et al., 1999). Також, ЛЖВ сприймаються студентами-медиками як "забруднені", і пов'язуються з стереотипами про розбещеність, споживання наркотиків і гомосексуальність (Baytner-Zamir et al., 2014). Негативне ставлення до ЛЖВ студентів-медиків проявляється у бажанні ізолювати ВІЛ позитивних пацієнтів, у порушенні конфіденційності ЛЖВ, у відмові надання медичних послуг ЛЖВ та тестуванню на ВІЛ без дозволу пацієнта (Хрянін et al., 2019; Колеснікова, Петрушевич et al., 2016).

Стосовно соціо-демографічних особливостей, низка досліджень виявляє статистично значущу різницю у відповідях чоловіків студентів-медиків і жінок студенток-медиків. У дослідженні Lui et al. (2014) 7,8% респондентів чоловічої статі вважали, що ЛЖВ не мають лікуватися у державних лікарнях, через те, що вони ймовірно вели ризиковану поведінку, в свою чергу 4,0% респонденток жіночої статі погодилися з цим твердженням (Lui et al., 2014). Респонденти також можуть зазначати, що ЛЖВ мають лікуватися окремо (Колеснікова, Петрушевич et al., 2016). Білак-Лук'янчук (2016) зазначає, що студентки-медики жіночої статі є більш толерантними до ЛЖВ, ніж студенти-медики чоловічої статі.

Особливості освітнього процесу також формують певні ставлення до різних груп пацієнтів. Так, мінімальна кількість контактів студентів-медиків з ЛЖВ під час практики асоціюється з більшим бажанням студентів дистанціюватися від ЛЖВ (Nagothu, 2018). Також помітним було зменшення бажання студентів вступати на спеціальності, які мають значний контакт з пацієнтами з ВІЛ, такі як: внутрішня медицина і хірургія (Korasz et al., 1999). Індійські дослідження показали, що студенти, які навчалися в регіонах з великою кількістю хворих на СНІД і/або проживали у місцях з високою розповсюдженістю ВІЛ-інфекції, рідше обирали внутрішню медицину або хірургію спеціальністю подальшого навчання (Nagothu, 2018).

При порівнянні студентів за віком та роком навчання помітні зміни, старші курси показують нижчі показники страху перед можливістю надавати медичні послуги ЛЖВ (Nagothu, 2018). Студенти з гомосексуальними та / або ВІЛ-позитивними друзями є значно толерантнішими до хворих на ВІЛ (Koracz et al., 1999). Також студенти не вважають, що всі ЛЖВ ведуть аморальний спосіб життя, але все ще бояться інфікуватися під час надання медичних послуг (Хрянін et al., 2019).

Існує позитивна кореляція між знаннями студентів-медиків і їхнім ставленням до ЛЖВ (Lui et al., 2014). Також ставлення до ЛЖВ корелює з досвідом надання медичної допомоги ЛЖВ (Nagothu, 2018). Студенти, які мали власний досвід надання медичних послуг пацієнтам з ВІЛ позитивним статусом, є більш прихильними до ЛЖВ (Tesic et al., 2006). Однак, ще одне дослідження студентів-медиків у Туреччині виявило, що почуття студентів іноді базувалися на "концепції професійної та особистої відповідальності", такої як співпереживання та доброзичливість до ЛЖВ, а не вимірюване П. Луї позитивне ставлення до ЛЖВ (Lui et al., 2014).

Отже, наявні результати наукових досліджень стосовно ставлення студентів медичних факультетів чи надавачів медичної допомоги вказують на зв'язок ставлення зі знаннями, але також й на значну роль навчального процесу і роль викладачів, хоча звісно інші чинники є не менш важливими, включаючи соціо-демографічні характеристики, контекст тощо.

#### **1.4. Вивчення практик і поведінки студентів медичних університетів стосовно ЛЖВ**

Поведінка майбутнього медичного персоналу до ЛЖВ має виражатися через повагу до ЛЖВ під час вербальної і невербальної комунікації, що як правило зазначено в стандартах надання допомоги (Nagothu, 2018). Важливими є: надання медичних послуг не ізолюючи пацієнтів з ВІЛ позитивним статусом від інших хворих, абсолютна

впевненість у власних діях майбутніх медичних працівників (Nagothu, 2018).

Загалом, надання медичної допомоги в багатьох країнах визначається патерналістським підходом. Вивчення гіпотетичної поведінки студентів-медиків під час надання медичних послуг ЛЖВ в медичному університеті Загреба виявило, що саме патерналістський підхід визначав особливості наданої допомоги (Testic et al., 2006). Під терміном «патерналістський підхід» розуміється самостійний вибір надавачем допомоги (а не пацієнтом з огляду на власні уподобання чи ж в спільному рішенні) низки маніпуляцій відносно ЛЖВ під час обстеження і лікування. Лікарі відтворюють подібну поведінку через те, що самі визначають свій статус як той, що не потребує обговорення власних дій з пацієнтом.

У випадку патерналістського підходу надавачі медичної допомоги вважають, що тестування на ВІЛ-інфекцію без згоди і без попереднього погодження про тестування з пацієнтом є припустимою практикою (Testic et al., 2006; Baytner-Zamir et al., 2014; Хрянін et al., 2019). Відповідно, студенти вказують, що самостійне прийняття рішення тестувати пацієнта на ВІЛ є нормальним, що демонструє незнання міжнародних рекомендацій про інформовану згоду на тестування на ВІЛ, зокрема те, що тестування без згоди пацієнта вважається неетичним (Testic et al., 2006). Також була зафіксована думка студентів щодо тестування на ВІЛ всіх вагітних жінок, або тих, які планують вагітність (Farotimi et al., 2015). Крім вагітних, на думку студентів-медиків, тестування на ВІЛ має проводитися для всіх пацієнтів регулярно як частина прийому лікаря (Хрянін et al., 2019).

Крім визначення статусу пацієнта під час діагностики або лікування, існує практика подальшого розкриття статусу ВІЛ позитивного пацієнта. Вивчення цього явища в медичній практиці фіксувало різні гіпотетичні практики майбутніх медиків. Більшість опитаних студентів вказали, що розкриття статусу ЛЖВ має відбуватися лише за власного вибору ЛЖВ,

зокрема, студенти медичних університетів східної Нігерії зазначали про право ЛЖВ вирішувати яким лікарям вони будуть повідомляти власний ВІЛ позитивний статус (Farotimi et al., 2015). В інших дослідженнях при опитуванні студентів щодо розкриття статусу пацієнтів більшість опитаних відповідали ствердно про власні повноваження повідомляти інший медичний персонал стосовно ВІЛ позитивного статусу пацієнтів (Gilbert et al., 2010; Koracz et al., 1999; Baytner-Zamir et al., 2014).

Окрім повідомлення лікарями іншого медичного персоналу, студенти вважають припустимим інформування родичів, друзів, сексуальних партнерів пацієнтів стосовно ВІЛ позитивного статусу цих пацієнтів (Gilbert et al., 2010; Koracz et al., 1999; Baytner-Zamir et al., 2014). Повідомлення сімей пацієнта з ВІЛ позитивним статусом має свої переваги і недоліки. Родичі можуть ізолюватися від рідних після отримання інформації про ВІЛ позитивний статус. Також факт повідомлення може нести позитивний ефект для ЛЖВ, вони зможуть отримувати підтримку від родичів (Gilbert et al., 2010). Однак інформування будь-кого стосовно ВІЛ статусу особи потребує письмової згоди ЛЖВ.

Відмова у наданні медичних послуг ЛЖВ вважається припустимою практикою серед студентів-медиків (Baytner-Zamir et al., 2014). Такі гіпотетичні дії студентів-медиків стосовно ЛЖВ є дискримінаційними. Крім відмови в наданні послуг, тестування на ВІЛ без згоди пацієнтів; розкриття статусу членам родини, друзям, сексуальним партнерам; обговорення статусу пацієнта з колегами, що не беруть участь у його лікуванні; розголошення статусу іншим пацієнтам лікарні – є прикладами дискримінаційної поведінки стосовно ЛЖВ медичними працівниками (Шостакович-Корецька, Шевченко-Макаренко, Ревенко 2016).

Отже, дослідження з використанням КАР моделі застосовуються для виявлення особливостей поведінки лікарів по відношенню до пацієнтів з такими діагнозами: ВІЛ/СНІД, малярія, рак, анемія, психічні захворювання,

діабет та інші. Опитування лікарів і студентів відбуваються в низці країн. Зокрема в Хорватії, Ізраїлі, Індії, Китаї, Росії, Нігерії та інших. КАР модель допоможе визначити, якими є особливості знань студентів в Україні, які вони отримують, яким є ставлення студентів до тематики дослідження і якою є специфіка практик студентів по відношенню до ЛЖВ. Загалом, надання медичної допомоги в багатьох країнах визначається патерналістським підходом. Під терміном «патерналістський підхід» розуміється самостійний вибір надавачем допомоги (а не пацієнтом з огляду на власні уподобання чи ж в спільному рішенні) низки маніпуляцій відносно ЛЖВ під час обстеження і лікування. Лікарі відтворюють подібну поведінку через те, що самі визначають свій статус як той, що не потребує обговорення власних дій з пацієнтом. Поведінка майбутнього медичного персоналу до ЛЖВ має ґрунтуватися на повазі до споживачів медичної допомоги, включаючи ЛЖВ, на стандартах надання допомоги, а також залученням до прийняття рішень. Результати попередніх опитувань гіпотетичних практик майбутніх медичних працівників показали наявність дискримінаційного ставлення до пацієнтів з ВІЛ позитивним статусом, яке має низку проявів. Прикладами проявів дискримінації є відмова у наданні медичних послуг ЛЖВ, розголошення ВІЛ-позитивного статусу пацієнтів іншим лікарям/пацієнтам та інші.

## **РОЗДІЛ 2. ЗНАННЯ, СТАВЛЕННЯ І ПОВЕДІНКА СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ СТОСОВНО ЛЖВ В УКРАЇНІ**

### **2.1. Методологія дослідження**

Навесні 2019 року в Україні було проведено дослідження на тему «Стигматизації ЛЖВ медичними працівниками» українською PhD студенткою Маастрихтського університету (Нідерланди). З дозволу дослідницької команди і Маастрихтського університету, для цієї курсової роботи було використано масив даних дослідження для вивчення ставлення студентів ЗВО України до ЛЖВ. Внеском авторки курсової роботи в PhD дослідження (поки PhD студентка готує іншу статтю й інший аналіз даних) стало впорядкування зібраних анкет, внесення їх в масив даних і підготовка таблиць з описовою статистикою.

Анкетування було проведено серед студентів закладів вищої медичної освіти, які співпрацюють з україно-швейцарським проектом «Розвиток медичної освіти», а саме: Буковинський державний медичний університет, Тернопільський національний медичний університет і Харківський національний медичний університет. 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.

Для збору даних було використано анкетування й інструмент дослідження - анкета була адаптована з попереднього дослідження (Measuring the degree of HIV-related stigma and discrimination in health facilities and providers USAID, 2010). Тож, використовувався стандартизований інструмент дослідження (представлений в Додатку А) - анкета розроблена на основі типового опитника, який стосувався ВІЛ/СНІД



програми стосовно знань, ставлень, практик (КАР). Претест відбувався за допомогою студентів Київського національного медичного університету.

Анкета містить у собі чотири частини. Перша частина є демографічним блоком запитань до респондентів, які включають в себе питання про релігію; наявність родичів/друзів/знайомих, які мають ВІЛ позитивний статус; місце проживання до вступу в медичний ЗВО; сімейний статус респондентів. Друга частина анкети стосується знань студентів стосовно шляхів передачі ВІЛ інфекції; тематики, яку вивчали студенти стосовно ВІЛ і самооцінка власних знань з тематики ВІЛ інфекції. Для аналізу знань студентів вираховувалася кількість правильних відповідей респондентів, правильним відповідям начислялися бали, за допомогою яких було порівняно знання студентів стосовно різних аспектів ВІЛ-інфекції. Третя частина анкети стосується ставлення студентів-медиків до різних практик стосовно ВІЛ-позитивних пацієнтів. Для операціоналізації поняття «ставлення» використовувалися питання про бажання лікувати ЛЖВ; при можливості вибору, працювати, чи не працювати з пацієнтами, які мають ВІЛ-позитивний статус; чи мають ЛЖВ мати почуття сорому через їхній статус. Четверта частина дослідницького інструменту включає в себе питання гіпотетичних практик студентів-медиків до ЛЖВ. Серед таких практик: уникання торкатися одягу пацієнта; носіння медичної маски; надавання медичних послуг ЛЖВ.

Шкали змінних – це здебільшого дихотомічні питання, але були також і відкриті питання, питання множинного вибору (в цій частині питань використовувалася 4-бальна шкала). Аналіз даних, отриманих в процесі анкетування, проводився за допомогою програми статистичного аналізу SPSS. Порівнювалися відповіді респондентів за статтю, релігією, рівнем знань, наявністю родичів, друзів, знайомих ЛЖВ.

Надруковані анкети були надані студентам персонально в аудиторії університету, команда україно-швейцарського проекту роздавала анкети.

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.

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

## **2.2. Демографічні характеристики респондентів**

Знання, ставлення, практики студентів медичних університетів оцінювалися за допомогою структурованої самозаповнюваної анкети, яка була перекладена і адаптована до заповнення студентами медичних ЗВО України, як зазначалося вище. Для порівняння відповідей, респондентів було заплановано поділити за статтю, місцем проживання до початку навчання в медичному ЗВО і за наявністю родичів, знайомих і друзів, які мають ВІЛ (проте через незначну частку останніх, порівняння не може бути статистично обґрунтованим). У таблиці 2.2.1 наведено соціально-демографічні характеристики респондентів. Відсоток опитаних студенток-майбутніх лікарки (респонденток жіночої статі) склав 71,3%, чоловічої – 28,7% (через відсутність відкритих даних щодо характеристик студентів медичних ЗВО, неможливо оцінити, чи це відповідає розподілу студентів – медиків за статтю в Україні). Стосовно місця проживання до вступу в медичний заклад, респондентів було поділено на дві категорії – ті, хто проживали в місті й ті, хто проживали в сільській місцевості. Категорії респондентів, які проживали в сільській і міській місцевості в даному опитуванні розподілені майже рівною мірою: відсоток опитаних, які проживали в сільській місцевості склав 49,8%, а у міській місцевості – 50,2%. Щодо наявності родичів, знайомих і друзів, які мають ВІЛ, 2%

респондентів вказали, що мають таких родичів, знайомих і друзів; 74,2% вказали, що не мають таких родичів, знайомих і друзів, які мають ВІЛ, а решта – не знають.

Таблиця 2.2.1. Соціально-демографічні характеристики респондентів

		N	%
Стать	Чоловіки	246	28,7
	Жінки	611	71,3
В якій місцевості ви проживали до вступу в заклад медичної освіти?	Сільська	426	49,8
	Міська	429	50,2
Чи є ВІЛ-позитивні люди серед ваших знайомих, родичів чи друзів?	Так	17	2,0
	Ні	634	74,2
	Не знаю	204	23,8

### 2.3. Знання студентів медичних університетів стосовно ЛЖВ

Знання студентів стосовно ВІЛ оцінювалися за допомогою закритих запитань про шляхи передачі вірусу; рідини, які містять, або не містять достатню концентрацію вірусу ВІЛ; чи можуть такі дії як споживання їжі з ЛЖВ слугувати шляхом передачі ВІЛ; чи може вірус ВІЛ жити поза тілом людини; чи статеві стосунки з постійним партнером, який не має ВІЛ знижувати шанси інфікування тощо. Точне формулювання питань й розподіл відповідей наведені в таблиці 2.3.1 й ілюструють, що переважна більшість студентів – медиків, які взяли участь в анкетуванні, вказують правильні відповіді (позначені жирнішим шрифтом) на поставлені питання, які вимірюють знання, проте все ж таки на деякі питання ми отримали низький відсоток правильних відповідей.

Таблиця 2.3.1. Знання студентів медичних ЗВО стосовно ВІЛ-інфекції

		N	%
Чи можуть люди зменшити свої шанси інфікуватися ВІЛ, маючи статеві стосунки з постійним партнером, який не має ВІЛ-інфекції?	<b>Так</b>	767	89,9
	Ні	62	7,3
	Не знаю	24	2,8
Чи можна інфікуватися ВІЛ через укуси комара?	<b>Так</b>	117	13,6
	<b>Ні</b>	668	77,9
	Не знаю	73	8,5
Чи можуть люди зменшити свої шанси інфікуватися ВІЛ, постійно використовуючи презерватив під час статевих стосунків?	<b>Так</b>	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-інфекцію?	<b>Так</b>	48	5,6
	<b>Ні</b>	796	93,0
	Не знаю	12	1,4
Чи можливо, щоб здорова на вигляд людина передала вірус іншій людині?	<b>Так</b>	747	87,3
	Ні	73	8,5
	Не знаю	36	4,2
Чи може вірус ВІЛ жити поза людським організмом?	<b>Так</b>	135	15,8
	<b>Ні</b>	587	68,7
	Не знаю	132	15,5
Ризик передачі ВІЛ внаслідок уколу голкою є низьким і складає приблизно 1 до 300?	<b>Так</b>	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 1 до 100?	<b>Так</b>	227	26,5
	Ні	544	63,6
	Не знаю	85	9,9
Грудне молоко має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	<b>Так</b>	544	63,5
	Ні	313	36,5
Кров має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	<b>Так</b>	845	98,6
	Ні	11	1,3
Слина має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	<b>Так</b>	71	8,3
	<b>Ні</b>	786	91,7
Сперма має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	<b>Так</b>	794	92,6
	Ні	63	7,4
Піт має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	<b>Так</b>	16	1,9
	<b>Ні</b>	841	98,1
Сльози мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	<b>Так</b>	13	1,5
	<b>Ні</b>	844	98,5
Вагінальні рідини мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	<b>Так</b>	711	83,0
	Ні	146	17,0
Інші рідини організму, які містять кров мають достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	<b>Так</b>	509	59,4
	Ні	348	40,6

До найбільш складних питань увійшли: «Ризик передачі ВІЛ внаслідок уколу голкою є низьким і складає приблизно 1 до 300?» («так» - 36,6% правильних відповідей, які в таблиці позначені жирним шрифтом), «Ризик передачі ВІЛ внаслідок потрапляння крові на ушкоджену ділянку шкіри чи слизову оболонку є дуже низьким і складає 1 до 100?» («так» - 26,5% правильних відповідей).

Здебільшого студенти відповідали правильно на такі питання: «Чи може вірус ВІЛ жити поза людським організмом?» (68,7%) і «Грудне молоко має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?» (63,5%).

Найбільший відсоток правильних відповідей здобули питання: Піт має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу? (98,1% обрали «ні»), «Сльози має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?» (98,5% «ні»), «Кров має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?» (98,6% - «так»).

З-поміж інших тверджень, досить цікавими є такі результати: 89,9% обрали правильну відповідь («так») на питання про те, чи люди можуть зменшити шанси інфікування ВІЛ, маючи статеві стосунки з постійним партнером, який не має ВІЛ-інфекції, також більшість студентів (77,9%) відповіли правильно на запитання про інфікування ВІЛ через укуси комара (не передається). Також при вживанні їжі разом з ЛЖВ не можливе інфікування ВІЛ (93,0% правильних відповідей, й тут особливо 5,6%, які вказали неправильну відповідь, особливо насторожують), і здорова на вигляд людина може передати вірус іншій людині (87,3% правильних відповідей).

Для того, аби порівняти відповіді студентів на питання з-поміж різних груп, ми перекодували змінні про знання, перетворивши відсотки на бали - найвищим показником (при правильній відповіді) є одиниця. Бали по

кожному питанню наведені в таблиці 2.3.2, а також у таблиці зазначено розподіл за статтю.

Таблиця 2.3.2. Бальна оцінка знань студентів щодо ВІЛ: розподіл за статтю

	Бал	Стать	
		Жінки	Чоловіки
Чи можуть люди зменшити свої шанси інфікуватися ВІЛ, маючи статеві стосунки з постійним партнером, який не має ВІЛ-інфекції?	0,89	0,90	0,89
Чи можна інфікуватися ВІЛ через укуси комара?	0,77	0,78	0,75
Чи можуть люди зменшити свої шанси інфікуватися ВІЛ, постійно використовуючи презерватив під час статевих стосунків?	0,89	0,90	0,89
Чи можуть люди отримати ВІЛ, вживаючи разом їжу з людиною, яка має ВІЛ-інфекцію?	0,92	0,93	0,91
Чи можливо, щоб здорова на вигляд людина передала вірус іншій людині?	0,87	0,86	0,89
Чи може вірус ВІЛ жити поза людським організмом?	0,68	0,67	0,71
Ризик передачі ВІЛ внаслідок уколу голкою є низьким і складає приблизно 1 до 300?	0,36	0,36	0,37
Ризик передачі ВІЛ внаслідок потрапляння крові на ушкоджену ділянку шкіри чи слизову оболонку є дуже низьким і складає 1 до 100?	0,26	0,26	0,26
Грудне молоко має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	0,36	0,34	0,42
Кров має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	0,98	0,99	0,97
Слина має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	0,91	0,91	0,92
Сперма має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	0,92	0,94	0,88
Піт має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	0,98	0,98	0,98
Сльози має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	0,98	0,98	0,99
Вагінальні рідини має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	0,82	0,85	0,77
Інші рідини організму, які містять кров має достатню концентрацію ВІЛ для передачі вірусу?	0,59	0,58	0,60

Таблиця 2.3.2 повторює результати представлені в таблиці 2.3.1, проте в дещо іншому вигляді - найбільшу кількість балів здобули ті питання, де найбільша частка студентів надала правильну відповідь (в подальшому, ми використаємо бали для двомірного аналізу).

На додачу, різких розбіжностей у балах з-поміж двох груп статі не було виявлено. Проте найбільшою є різниця на запитання щодо грудного молока (0,34 бали у групі жінок проти 0,42 серед чоловіків, що вказує на вищий рівень знань серед чоловіків) і щодо вагінальних рідин (0,85 проти 0,77 відповідно, що вказує на більшу обізнаність респонденток), які мають достатню концентрацію вірусу для передачі ВІЛ.

Загалом, відсоток студентів, які самостійно оцінюють свої знання з тематики ВІЛ-інфекції як глибокі становить 14,6%; а 74,8% респондентів вважають, що мають посередній рівень знань з тематики ВІЛ-інфекції; а 9,9% респондентів оцінили свій рівень знань з тематики ВІЛ-інфекції як низький. Цей розподіл відповідей наведено в таблиці 2.3.3.

Навчання в ЗВО з тем «Лікування ВІЛ» мали 78,5% респондентів; предмет «Консультування і тестування на ВІЛ» мали 70,4% респондентів; «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» мали 86,9% студентів. Найрідше навчання для студентів проводилося з теми «Стигма», його мали 17,3% респондентів; 30,7% респондентів мали навчання з тематики прихильності до лікування; менше половини студентів (32,2%) мали інше навчання пов'язане з ВІЛ. Трохи більше половини респондентів мали навчання з теми інфекційного контролю (56,5%).

Таблиця 2.3.3. Самооцінка знань та навчання

		N	%
Чи мали ви навчання з таких тем?	Стигма	148	<b>17,3</b>
	Лікування ВІЛ	673	78,5
	Інфекційний контроль	484	56,5
	Консультування і тестування на ВІЛ	603	70,4
	Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини	745	86,9
	Прихильність до лікування	263	30,7
	Інше навчання, пов'язане з ВІЛ	276	32,2
Як би ви оцінили рівень ваших знань щодо ВІЛ-інфекції?	Глибокий рівень	125	14,6
	Посередній	642	74,8
	Мінімальний	85	9,9
	Знання відсутні	3	0,3

Ми порівняли відповіді респондентів - самооцінку власних знань з рівнем знань, який ми виявляємо за допомогою вищезгаданих питань. Рівень знань ми оцінюємо за допомогою визначення правильних і неправильних відповідей, де перші отримували вищий бал. Ми підраховали суму балів за правильні відповіді для кожного респондента. Максимальною кількістю набраних балів є 16 балів (оскільки всього є 16 тверджень). Отриманий розподіл балів поділений на чотири інтервали: глибокий рівень знань (12,00 -16.00 балів); посередній рівень (8,0 – 11,99 балів); мінімальний рівень знань (4,0 – 7,99 балів). Нижчих балів за 4 бали ми не спостерігаємо. Дані наведені в таблиці 2.3.4. 11,3% респондентів, які зазначали за власною самооцінкою, що мають глибокий рівень знань, також за набраними балами мають глибокий рівень знань. 52,6% респондентів, які за самооцінкою знань



мали посередній рівень знань, відповідали на питання на рівні глибокого рівня знань, недооцінюючи свої знання.

Таблиця 2.3.4. Порівняння рівня виявлених знань (за набраними балами) із самооцінкою знань студентів

Бали, набрані за правильні відповіді на питання						
Самооцінка знань	Глибокий рівень (12-16 балів)		Посередній рівень (8,0 – 11,99 балів)		Мінімальний рівень (4,0 – 7,99 балів)	
	%	N	%	N	%	N
Глибокий рівень	11,3%	97	3,2%	27	0,1%	1
Посередній	52,6%	450	22,2%	190	0,2%	2
Мінімальний	6,1%	52	3,7%	32	0,1%	1

## 2.4. Ставлення студентів медичних університетів до ЛЖВ

Ставлення студентів, які навчаються в медичних закладах вищої освіти, визначалося за запитаннями про бажання надавати медичну допомогу; при виборі працювати з пацієнтами, які мають ВІЛ; використовувалися запитання про те, чи є на думку студентів інфікування ВІЛ під час виконання своїх професійних обов'язків найчастішим шляхом інфікування ВІЛ; інфікування більшості медичних працівників відбувається на робочому місці; і, чи ВІЛ-позитивні люди мають соромитися себе.

У таблиці 2.4.1 наведені результати анкетування студентів стосовно їхнього ставлення до ЛЖВ. Загалом, 7,3% респондентів повністю згодні і 47,2% згодні з твердженням «Я хотів би надавати медичні послуги ЛЖВ», тобто майже половина майбутніх лікарів не хотіли б надавати медичні послуги ЛЖВ (так категорично незгодні – 6,9%). 64,5% респондентів «не згодні» і 15,5% «категорично незгодні» із твердженням «Якби я мав вибір,

я би працював з пацієнтами з ВІЛ», що відображає також розподіл відповідей на попереднє питання.

Таблиця 2.4.1. Ставлення студентів до ЛЖВ: розподіл за статтю

		N	%	Стать	
				Жінки	Чоловіки
Я би хотів надавати допомогу хворим на ВІЛ	Повністю згоден	62	7,3%	7,3%	7,5%
	Згоден	399	47,2%	46,5%	49%
	Не згоден	327	38,7%	39,4%	36,5%
	Категорично не згоден	58	6,9%	6,8%	7%
Якби я мав вибір, я би працював з пацієнтами з ВІЛ	Повністю згоден	12	1,4%	1,2%	2%
	Згоден	158	18,6%	17,2%	22,1%
	Не згоден	548	64,5%	64,6%	64,3%
	Категорично не згоден	132	15,5%	17%	11,5%
На мою думку, найчастіший шлях інфікування ВІЛ серед медичних працівників – це інфікування під час виконання своїх професійних обов'язків	Повністю згоден	243	28,6%	29,3%	26,4%
	Згоден	485	57,0%	56,4%	58,7%
	Не згоден	110	12,9%	13,3%	12%
	Категорично не згоден	13	1,5%	1%	2,9%
На мою думку, більшість медичних працівників інфікуються на робочому місці	Повністю згоден	171	20,2%	21,7%	16,5%
	Згоден	466	54,3%	54,9%	55%
	Не згоден	197	23,2%	21,8%	26,9%
	Категорично не згоден	14	1,7%	1,7%	1,7%
ВІЛ-позитивні люди мають соромитися себе	Повністю згоден	13	1,5%	1%	2,9%
	Згоден	21	2,5%	2,3%	2,9%
	Не згоден	462	54,3%	53,6%	56,3%
	Категорично не згоден	355	41,7%	43,1%	38%

57% студентів погодилися і 28,6% висловили повну згоду з твердженням «На мою думку, найчастіший шлях інфікування ВІЛ серед медичних працівників – це інфікування під час виконання своїх професійних обов'язків», що може свідчити про досить негативне ставлення до роботи з ЛЖВ. Також схожий відсоток (74,%, який складається з 20,2% повністю згодних і 54,3% згодних) підтримують твердження «На мою думку, більшість медичних працівників інфікуються на робочому місці».

Переважна більшість 94,2% (включаючи 41,4% хто «категорично не згоден») не згодні з твердженням, що ВІЛ-позитивні люди мають соромитися себе.

Порівнюючи респондентів за статтю, можна стверджувати, що різниця у відповідях респондентів з питань стосовно ставлення до ЛЖВ не була суттєво відмінною (такі дані також наведені в таблиці 2.4.1). У відсотковому співвідношенні, як респонденти чоловічої статі, так і респонденти жіночої статі відповідали майже однаково. Як приклад, не згодними (включаючи категорично не згодних) з твердженням про те, що ВІЛ-позитивні люди мають соромитися себе є 96,7% респондентів жіночої статі і 94,3% респондентів чоловічої статі.

## **2.5. Практики і поведінка студентів медичних університетів до ЛЖВ**

Для вивчення гіпотетичних практик студентів стосовно ЛЖВ, використовувалися твердження, щодо яких потрібно було висловити згоду чи незгоду. Результати анкетування (детальні дані наведені в таблиці 2.5.1) вказують на те, що дещо більше половини студентів висловлюють думку щодо особливостей роботи з ЛЖВ: 60,7% не згодні й 13,9% категорично не згодні з твердженням «Я би уникав торкатися одягу пацієнта, знаючи чи підозрюючи, що він/вона має ВІЛ».

Таблиця 2.5.1. Практики студентів щодо особливостей роботи з ЛЖВ

		N	%
Я би уникав торкатися одягу пацієнта, знаючи 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%
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%
Якби я мав вибір, я би працював з пацієнтами з ВІЛ	Повністю згоден	12	1,4%
	Згоден	158	18,6%
	Не згоден	548	64,5%
	Категорично не згоден	132	15,5%

51,2% й 11,4% студентів, які обрали варіант відповіді «не згоден» й «категорично не згоден» для твердження «Перед оглядом пацієнта з ВІЛ я би одягнув захисну маску». Твердження «Якби я мав вибір, я би працював з пацієнтами з ВІЛ» здобуло 64,5% респондентів, які не згодні й 15,5%, які «категорично не згодні».

Розподілом респондентів за попереднім місцем проживання до вступу в ЗВО не демонструє суттєвих розбіжностей у відповідях (див. таблицю 2.5.2), окрім як відповідь на питання «Якби я мав вибір, я би працював з пацієнтами з ВІЛ» з-поміж тих, хто має родичів, знайомих, друзів ЛЖВ, хоча з огляду на лише 2% таких опитаних, ми не маємо можливості робити такі висновки.

Таблиця 2.5.2.. Практики студентів щодо ЛЖВ: розподіл за місцем проживання до вступу в ЗВО, за наявністю родичів, знайомих, друзів ЛЖВ

		Я би уникав торкатися одягу пацієнта, знаючи чи підозрюючи, що він/вона має ВІЛ		Перед оглядом пацієнта з ВІЛ я би одягнув захисну маску		Якби я мав вибір, я би працював з пацієнтами з ВІЛ	
		Згоден	Незгоден	Згоден	Незгоден	Згоден	Незгоден
Мають родичів, знайомих, друзів ЛЖВ	Так	23,6%	76,5%	35,3%	64,7%	<b>35,3%</b>	64,7%
	Ні	25,5%	74,5%	38,1%	61,8%	<b>18,6%</b>	81,4%
Місце проживання до вступу в ЗВО	Село	26,2%	73,9%	41,2%	58,9%	18,7%	81,3%
	Місто	24,7%	75,4%	33,8%	66,1%	21,4%	78,6%

Отже, враховуючи отримані результати опитування студентів медичних ЗВО, можна робити висновки про відносно непогані знання студентів стосовно ВІЛ-інфекції щодо можливих шляхів передачі вірусу. Окремі теми, як зазначалося студентами не вивчалися ними впродовж навчання, або вивчалися малою кількістю респондентів, серед них «Стигматизація», «Прихильність до лікування». Частина запитань, які стосувалися знань студентів з тематики ВІЛ-інфекції мали високі показники правильних відповідей, серед них запитання про шанси інфікування ВІЛ, маючи статеві стосунки з постійним партнером, який не має ВІЛ-інфекції; інфікування ВІЛ через укуси комара є неможливим; використання презервативу під час статевих стосунків знижує шанси інфікуватися ВІЛ; вживання їжі разом з ЛЖВ не призводить до інфікування; здорова на вигляд людина може передати вірус іншій людині. Інша частина результатів перевірки знань студентів про шляхи передачі ВІЛ, показала, що не всі аспекти є відомими студентам. Більшість респондентів зазначила за самооцінюванням власних знань, що мають посередній рівень знань з

тематики ВІЛ-інфекції. При порівнянні правильних відповідей респондентів на блок запитань про знання з питанням про самооцінку знань, було виявлено, що студенти достатньо критично оцінюють власні знання з тематики ВІЛ-інфекції.

Стосовно ставлення студентів, більшість студентів 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 при виборі, що суперечить з твердженням про бажання надання послуг. 96% респондентів не погодилися з твердженням, що ЛЖВ мають соромитися себе.

Відповіді респондентів, які стосувалися потенційних практик студентів, показали, що більшість студентів висловлює готовність роботи з ЛЖВ, проте є і частина студентів, які схильні уникати пацієнтів з ВІЛ. Місце проживання респондентів до вступу в медичний ЗВО не мало впливу на те, чи схильні студенти до стигматизуючих або дискримінуючих практик.

## ВИСНОВКИ

Дослідження з використанням КАР моделі застосовуються для виявлення особливостей поведінки лікарів по відношенню до пацієнтів з такими діагнозами: ВІЛ/СНІД, малярія, рак, анемія, психічні захворювання, діабет та інші. Опитування лікарів і студентів відбуваються в низці країн. Зокрема в Хорватії, Ізраїлі, Індії, Китаї, Росії, Нігерії та інших. КАР модель допоможе визначити, якими є особливості знань студентів в Україні, які вони отримують, яким є ставлення студентів до тематики дослідження і якою є специфіка практик студентів по відношенню до ЛЖВ. Загалом, надання медичної допомоги в багатьох країнах визначається патерналістським підходом. Під терміном «патерналістський підхід» розуміється самотійний вибір надавачем допомоги (а не пацієнтом з огляду на власні уподобання чи ж в спільному рішенні) низки маніпуляцій відносно ЛЖВ під час обстеження і лікування. Лікарі відтворюють подібну поведінку через те, що самі визначають свій статус як той, що не потребує обговорення власних дій з пацієнтом. Поведінка майбутнього медичного персоналу до ЛЖВ має ґрунтуватися на повазі до споживачів медичної допомоги, включаючи ЛЖВ, на стандартах надання допомоги, а також залученням до прийняття рішень. Результати попередніх опитувань гіпотетичних практик майбутніх медичних працівників показали наявність дискримінаційного ставлення до пацієнтів з ВІЛ позитивним статусом, яке має низку проявів. Прикладами проявів дискримінації є відмова у наданні медичних послуг ЛЖВ, розголошення ВІЛ-позитивного статусу пацієнтів іншим лікарям/пацієнтам та інші.

За результатами проведеного опитування серед студентів-медиків, ми помітили, що студенти звітують про уникнення дискримінуючих практик у своїй професійній діяльності стосовно ЛЖВ. Так, несхвально на питання стосовно виконання таких практик як: одягання медичної маски перед

оглядом пацієнта з ВІЛ позитивним статусом, уникання торкатися речей пацієнта, який ймовірно може мати ВІЛ та інші гіпотетичні практики, відповіли негативно більше половини опитаних студентів. Однак приблизно чверть респондентів відповіли згодою або повною згодою на твердження про стигматизуючі і дискримінуючі практики стосовно ЛЖВ. Стосовно бажання надання медичних послуг ЛЖВ, то результати є подібними. Чверть студентів надавали би медичні послуги ЛЖВ, якби мали вибір надавати медичні послуги. Можна припускати, що ставлення студентів до ЛЖВ не є стигматизуючим, однак зберігається часткове небажання надавати медичні послуги, що може бути частково поясненим попередніми дослідженнями ставлення студентів-медиків, які все ще мають страх бути ураженими і бояться за своє здоров'я. Місце проживання респондентів до вступу в медичний ЗВО не мало особливостей розподілу щодо схильності студентів до стигматизуючих або дискримінуючих практик. Стосовно респондентів, які мають родичів, знайомих, друзів ЛЖВ і тими, хто таких родичів не має, була відмінність у відповіді на твердження «Якби я мав вибір, я би працював з пацієнтами з ВІЛ». Респонденти, які мають родичів, знайомих, друзів ЛЖВ частіше були згодними з твердженням «Якби я мав вибір, я би працював з пацієнтами з ВІЛ».

В цій роботі абсолютна більшість (96%) респондентів були не згодні і категорично не згодні з твердженням, що ЛЖВ повинні соромитися себе. За даними попередніх досліджень, була виявлена позитивна кореляція між знаннями і досвідом надання медичної допомоги студентами-медиками з їхнім ставленням до ЛЖВ. В цій курсовій роботі було виявлено, що респонденти мають достатні знання з тематики ВІЛ-інфекції, зокрема самостійно визначали свої знання як посередні 74,8% опитаних студентів. Попередні опитування студентів показали, що медичні ЗВО зосереджені на наданні знань студентам про патогенез вірусу ВІЛ, а не на наданні медичної



допомоги ЛЖВ, чи також зосереджені на основних засадах етики надання медичних послуг ЛЖВ. За результатами опитування було виявлено, що лише чверть опитаних студентів мали навчання з тематики стигматизації ЛЖВ. Менше половини мали інше навчання від того, що було вказано в анкеті стосовно ВІЛ. Враховуючи отримані результати опитування студентів медичних ЗВО, можна говорити про різну обізнаність студентів у різних темах, які стосуються ВІЛ-інфекції. Окремі теми, як зазначалося студентами, не вивчалися ними впродовж навчання.

Наявні результати наукових досліджень стосовно ставлення студентів медичних університетів, чи надавачів медичної допомоги вказують на значну роль навчального процесу і роль викладачів, хоча звісно інші чинники є не менш важливими, включаючи соціо-демографічні характеристики, контекст тощо. Стосовно соціо-демографічних особливостей, низка досліджень виявляє статистично значущу різницю у відповідях чоловіків студентів-медиків і жінок студенток-медиків. Однак, у даній роботі в питаннях, які стосувалися знань студентів не було помічено суттєвої відмінності між відповідями респондентів жіночої і чоловічої статей стосовно різних категорій питань (знання, ставлення, практики). За критерієм місця проживання до початку навчання в медичному ЗВО і гіпотетичними практиками, суттєвої різниці виявлено не було.

Доступність лікування ВІЛ інфекції, і відповідно продовження життя людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), має результатом те, що ВІЛ інфекція стає хронічною хворобою в суспільстві (тобто люди тепер мають можливість жити довше з таким діагнозом). В свою чергу медичні працівники все частіше будуть зустрічатися з ЛЖВ під час виконання професійних обов'язків. За даними досліджень, проведених у низці країн, надання медичної допомоги ЛЖВ для медиків є нагальним питанням, як серед ЛЖВ, так і серед медичних працівників. Медичний персонал може проявляти

стигматизуюче і дискримінуюче ставлення до ЛЖВ, яке відображається у відмові надання медичних послуг ЛЖВ; розголошенні статусу ЛЖВ інших особам; вірі у аморальний спосіб життя ЛЖВ; страх надання послуги ЛЖВ та інші. В медиків існують фобії стосовно ЛЖВ, в низці досліджень було виявлено, що страх медиків є причиною відмов і негативного ставлення до ЛЖВ. Фобії мають не тільки медичні працівники, а й студенти медичних ЗВО. ЛЖВ в студентів також асоціюються з гомофобією, страхом, стереотипами про вживання наркотиків і надання сексуальних послуг за гроші.

Результати вивчення знання, практик, ставлення студентів медичних закладів вищої освіти є важливою передумовою розробки подальших інтервенцій щодо зниження рівня негативного ставлення до ЛЖВ медичними працівниками і студентами-медиками. Також поведінка майбутнього медичного персоналу до ЛЖВ має ґрунтуватися на повазі до споживачів медичної допомоги, включаючи ЛЖВ, на стандартах надання допомоги, а також залученням до прийняття рішень. В свою чергу знання майбутніх надавачів медичних послуг мають відповідати сучасним стандартам медицини, так само як і етика надання медичних послуг ЛЖВ.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Білак–Лук’янчук, В. Й. (2016). Результати соціологічного дослідження серед студенської молоді з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу. Україна. Здоров’я нації, (4), 187-192.
- Демченко І.Л. та ін. (2011). *Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми: Аналітичний звіт за результатами дослідження*. Київ. <https://network.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/249bc6c3e8c649984c628511667afa5e.pdf>
- Державна установа «Центр громадського здоров’я Міністерства охорони здоров’я України» ВІЛ-інфекція в Україні Інформаційний бюлетень №50  
[https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV\\_in\\_UA\\_50\\_2019.pdf](https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_50_2019.pdf)
- Колеснікова І.П., Петрусевич Т. В., Зубленко О. В. 2015). СТАВЛЕННЯ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ. Інфекційні хвороби, (4).
- Статистика з ВІЛ/СНІДУ. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.04.2019  
<https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu>
- 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).
- Шостакович-Корецька, Л. Р., Ревенко, Г. О., Шевченко-Макаренко, О. П., & Галущенко, С. А. (2017). Рівень обізнаності про етично-правову проблему ВІЛ-інфекції та ступінь стигматизації серед студентів-медиків. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина, (1), 78-82.
- 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.
- Earnshaw, V. A., Jin, H., Wickersham, J., Kamarulzaman, A., John, J., & Altice, F. L. (2014). Exploring intentions to discriminate against patients living with HIV/AIDS among future healthcare providers in Malaysia. *Tropical Medicine & International Health*, 19(6), 672-679.
- Farotimi, A. A., Nwozichi, C. U., & Ojadiran, 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.

- Gilbert, L., & Walker, L. (2010). 'My biggest fear was that people would reject me once they knew my status...': stigma as experienced by patients in an HIV/AIDS clinic in Johannesburg, South Africa. *Health & social care in the community*, 18(2), 139-146.
- Health Policy Initiative, Task Order 1. 2010. Measuring the Degree of HIV-related Stigma and Discrimination in Health Facilities and Providers: Working Report. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Houpis, G., Rodríguez, J. M., & Strobel, C. (2015). Welfare impact of changes in the scope of the USO. In Postal and delivery innovation in the digital economy (pp. 131-142). Springer, Cham.
- Iwoi, D. M. W., Nde, P. F., Yuh, E., Kwenti, E. T., Tshimwanga, E. K., Achiri, D. T., & Djunda, K. E. (2017). Assessment of the Level of Knowledge, Attitude, and Practice with Regard to Care of People Living with HIV/AIDS among Nursing and Midwifery Students in Fako, Cameroon. *World Journal of AIDS*, 7(01), 1-15.
- Kaliyaperumal, K. I. E. C. (2004). Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *A ECS illumination*, 4(1), 7-9
- Kopacz, D. R., Grossman, L. S., & Klamen, D. L. (1999). Medical students and AIDS: knowledge, attitudes and implications for education. *Health Education Research*, 14(1), 1-6.
- Lee, C., Fan, Y., Starr, J. R., & Dogon, I. L. (2017). Dentists' and dental students' attitudes, knowledge, preparedness, and willingness related to treatment of people living with HIV/AIDS in China. *Journal of public health dentistry*, 77(1), 30-38.
- Lui, P. S., Sarangapany, J., Begley, K., Coote, K., & Kishore, K. (2014). Medical and nursing students perceived knowledge, attitudes, and practices concerning human immunodeficiency virus. *ISRN Public Health*, 2014.
- McCann, T. V., & Sharkey, R. J. (1998). Educational intervention with international nurses and changes in knowledge, attitudes and willingness to provide care to patients with HIV/AIDS. *Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 267-273.
- Measuring the degree of HIV-related stigma and discrimination in health facilities and providers, USAID (Health Policy Initiative, Task Order 1. 2010. Measuring the Degree of HIV-related Stigma and Discrimination in Health Facilities and Providers: Working Report. Washington, DC)

- Nagothu, L. M., Tilekar, S. D., Sebastian, A. K., Fernandes, P. R., McCreary, L. L., & Norr, K. F. (2018). HIV-related stigma among nursing students attending a college of nursing that promotes nondiscriminatory care in India. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 29(2), 241-253.
- Pickles, D., King, L., & Belan, I. (2009). Attitudes of nursing students towards caring for people with HIV/AIDS: thematic literature review. *Journal of advanced nursing*, 65(11), 2262-2273
- Roelens, K., Verstraelen, H., Van Egmond, K., & Temmerman, M. (2006). A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC public health*, 6(1), 238.
- 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.
- Tešić, V., Kolarić, B., & Begovac, J. (2006). Attitudes towards HIV/AIDS among four year medical students at the University of Zagreb Medical School—better in 2002 than in 1993 but still unfavorable. *Collegium antropologicum*, 30(2), 89-97.
- Thanavanh, B., Harun-Or-Rashid, M., Kasuya, H., & Sakamoto, J. (2013). Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among male high school students in Lao People's Democratic Republic. *Journal of the International AIDS society*, 16(1), 17387.
- Varas-Díaz, N., Neilands, T. B., Rodríguez-Madera, S. L., & Padilla, M. (2016). The role of emotions in the reduction of HIV/AIDS stigma among physicians in training. *AIDS care*, 28(3), 376-383.

## ДОДАТОК А. Інструмент дослідження

### 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 відповісти 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 (вкажіть)
  - 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)
  - a. Я ніколи не бачив пацієнтів з ВІЛ

- b. Я бачив пацієнтів з ВІЛ під час навчальної практики у медичних закладах
- c. Я мав можливість спостерігати за веденням пацієнтів з ВІЛ під час практики у медичних закладах
- d. Я мав можливість огляди пацієнтів з ВІЛ під наглядом досвідченого лікаря
- e. Інше, вкажіть \_\_\_\_\_

8. Чи мали ви навчання з таких тем? (оберіть стільки варіантів, скільки вам підходить)

- a. Стигма
- b. Лікування ВІЛ
- c. Інфекційний контроль
- d. Консультування та тестування на ВІЛ
- e. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
- f. Прихильність до лікування
- g. Інше навчання, пов'язане з ВІЛ

9. Як би ви оцінили рівень ваших знань щодо ВІЛ-інфекції?

- a. Глибокий рівень
- b. Посередній
- c. Мінімальний
- d. 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
- b. Кров
- c. Слина
- d. Сперма
- e. Піт
- f. Сльози
- g. Вагінальні рідини
- h. Інші рідини організму, які містять кров
- i. Не знаю

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
- b. Кров
- c. Слина
- d. Сперма
- e. Піт
- f. Сльози
- g. Вагінальні рідини
- h. Інші рідини організму, які містять кров
- i. Не знаю

12. Чи можуть люди зменшити свої шанси інфікуватися ВІЛ, маючи статеві стосунки з постійним партнером, який не має ВІЛ-інфекції?

- a. Так
- b. Ні
- c. 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?
- Так
  - Ні
  - Не знаю
15. Чи можуть люди отримати ВІЛ, вживаючи разом їжу з людиною, яка має ВІЛ-інфекцію?
- Так
  - Ні
  - Не знаю
16. Чи можливо, щоб здорова на вигляд людина передала вірус іншій людині?
- Так
  - Ні
  - Не знаю
17. Чи може вірус ВІЛ жити поза людським організмом?
- Так
  - Ні
  - Не знаю
18. Ризик передачі ВІЛ внаслідок уколу голкою є низьким і складає приблизно 1 до 300.
- Так
  - Ні
  - 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?
- Так
  - Ні
  - 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 схильєтесь.

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!*