

Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции

**Аналитический отчет по результатам
исследования**

30 сентября 2021

Оглавление

Введение.....	3
Часть 1. Анализ результатов проекта в области знаний о ВИЧ-инфекции и СПИДе.....	6
Часть 2. Анализ результатов проекта в изменении отношений к женщинам, живущим с ВИЧ.....	21
Заключение	36
Приложения	38

Введение

В рамках проекта, посвященного информационному просвещению медицинских работников по теме отношения и работы с людьми с ВИЧ-инфекцией, было проведено социологическое исследование, цель которого состояла в определении результативности реализованных в рамках проекта мероприятий, на уровне изменений отношения к людям с ВИЧ и полученными знаниями о данном заболевании.

Для решения поставленной задачи в исследовании были выделены две группы: контрольная и экспериментальная (как до начала проекта, так и после участия) и проведен опрос участников данных групп в формате анкетирования. Итоговое количество анкет составляет 440 штук. При этом количество респондентов экспериментальной группы составляет 150 медработников Нижнего Новгорода и ввиду того, что сбор осуществлялся дважды, количество анкет экспериментальной группы в целом составляет 300 штук. В контрольную группу вошли 5 регионов: 1. Воронеж (25 медработников); 2. Орел (25 мед.); 3. Курск (25 мед.); 4. Кострома (33 мед.); 5. Кемерово (32 мед.). Итоговое количество анкет контрольной группы составляет 140 человек.

В рамках обработки данных было выявлено две методологические проблемы:

1. Обоснование обобщения ответов респондентов контрольной группы из разных регионов и возможных разных компетенций в вопросе ВИЧ-инфекции;
2. Описание процедуры сравнительного анализа полученных обобщенных результатов экспериментальной (до и после) с контрольной группами.

Для решения первой проблемы необходимо было зафиксировать отсутствие регионального фактора и примерно равного при обобщении

результатов контрольной группы. Ввиду того, что презентация сравнения всех 29 показателей для демонстрации обоснования суммирования результатов 5 регионов представляется большим объемом, будет продемонстрировано краткое изложение данной работы.

Если сравнить анкеты каждого региона и посчитать среднее распределение ответов респондентов, то мы получим следующие данные:

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1. Воронеж (2,31 из 4,27); | 4. Кострома (2,28 из 4,27); |
| 2. Орел (2,28 из 4,27); | 5. Кемерово (2,20 из 4,27). |
| 3. Курск (2,31 из 4,27); | |

Числа после обозначения города говорят о среднем из максимальных значений ответов в анкете (число – 4,27), в сравнении с полученными данными от респондентов (среднее значение по всем ответам контрольной группы в целом 2,28). Так, мы можем заметить, что максимальное отклонение среднеарифметического у региона в сравнении с среднеарифметическим у контрольной группы в целом составляет 0,08. Переводя данное значение на процентное соотношение от среднеарифметических максимальных значений ответов из анкеты, мы получаем максимальное отклонение, которое составляет 1,87% (в случае среднего отклонения – 0,94%). Таким образом, отклонение для регионального фактора оказывает незначительное влияние и позволяет обобщать данные контрольных групп вне зависимости от города респондентов.

В отношении проблемы разного уровня осведомленности о проблемах ВИЧ-инфекции у медработников внутри региональных контрольных групп, выявлено, что влияние данного фактора не является значимым. Однако, сравнивая результаты контрольных групп и экспериментальной группы ДО участия в проекте, мы обнаружим, что представители контрольной группы показали более высокий уровень компетентности по ряду показателей, чем представители экспериментальной группы, что может быть обосновано двумя причинами:

1. Респонденты экспериментальной группы до начала проекта могли знать о том, что они будут участвовать в просветительском проекте, что стало причиной возможных сомнений в ответах; 2. Опрошенные медработники имеют разный профессиональный опыт и квалификацию, ввиду чего контрольная группа выступает более компетентной в некоторых вопросах, нежели экспериментальная группа до участия в проекте.

Решение проблемы разного профессионального уровня тесно связано со второй методологической проблемой, а именно: описание сравнительного анализа обобщенных данных.

Ввиду того, что в анкете не предусмотрен сбор социально-демографической информации и данных о профессиональной деятельности, значительные различия в ответах будут отображены и зафиксированы в сравнении с экспериментальной группой после участия в проекте, т.е. ответы экспериментальной группы после участия в проекте позволяют судить о профессиональной осведомленности как контрольной группы, так и экспериментальной группы до начала проекта и тем самым контролировать существенные различия в суждениях респондентов и проведения более надежного и объективного сравнительного анализа.

Часть 1. Анализ результатов проекта в области знаний о ВИЧ-инфекции и СПИДе

Примечание. На представленных в данном отчете диаграммах, иллюстрирующих результаты исследования, все процентные значения будут составлены по оси конкретной группы (100% для экспериментальной группы до начала участия в проекте; 100% - для экспериментальной группы после участия в проекте; 100% - для контрольной группы). Это обусловлено тем, что для корректной интерпретации полученных результатов нам требуется более точная фиксация различий среди ответов представителей разных групп.

Первым вопросом исследования была общая характеристика человека со СПИД - может ли это и обязательно ли это будет выражаться во внешнем виде или состоянии его организма. Полученное распределение ответов по данному вопросу представлено на Рисунке 1, на котором видно, что контрольная группа в данном вопросе продемонстрировала более высокую осведомленность, чем экспериментальная группа до начала проекта (14.6% ответов против 53,34%). Значимые различия в осведомленности экспериментальной группы после участия в проекте являются очевидными как для этой группы до начала проекта, так и контрольной группы.

Если у человека СПИД, то это означает, что:

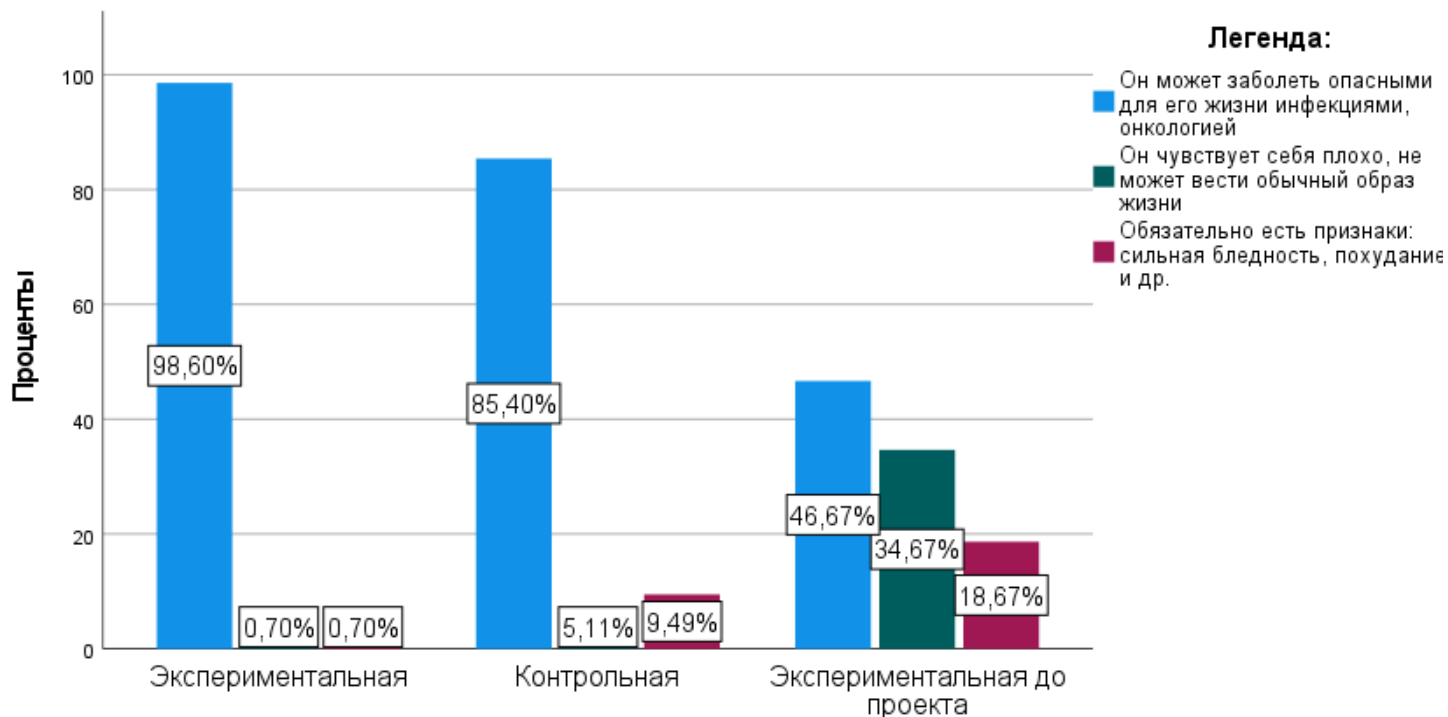


Рис. 1. Распределение ответов по суждениям о человеке, живущем со СПИД

К вопросу о том, как работает антиретровирусная терапия (далее – АРВТ) (Рисунок 2), экспериментальная группа до начала проекта имела значительно более искаженное представление о проекте, нежели контрольная (примерно 75% против 17%).

Значимые различия в осведомленности экспериментальной группы после участия в проекте являются очевидными как для этой группы до начала проекта, так и контрольной группы.

Механизм действия АРВТ (антиретровирусной терапии) заключается в:

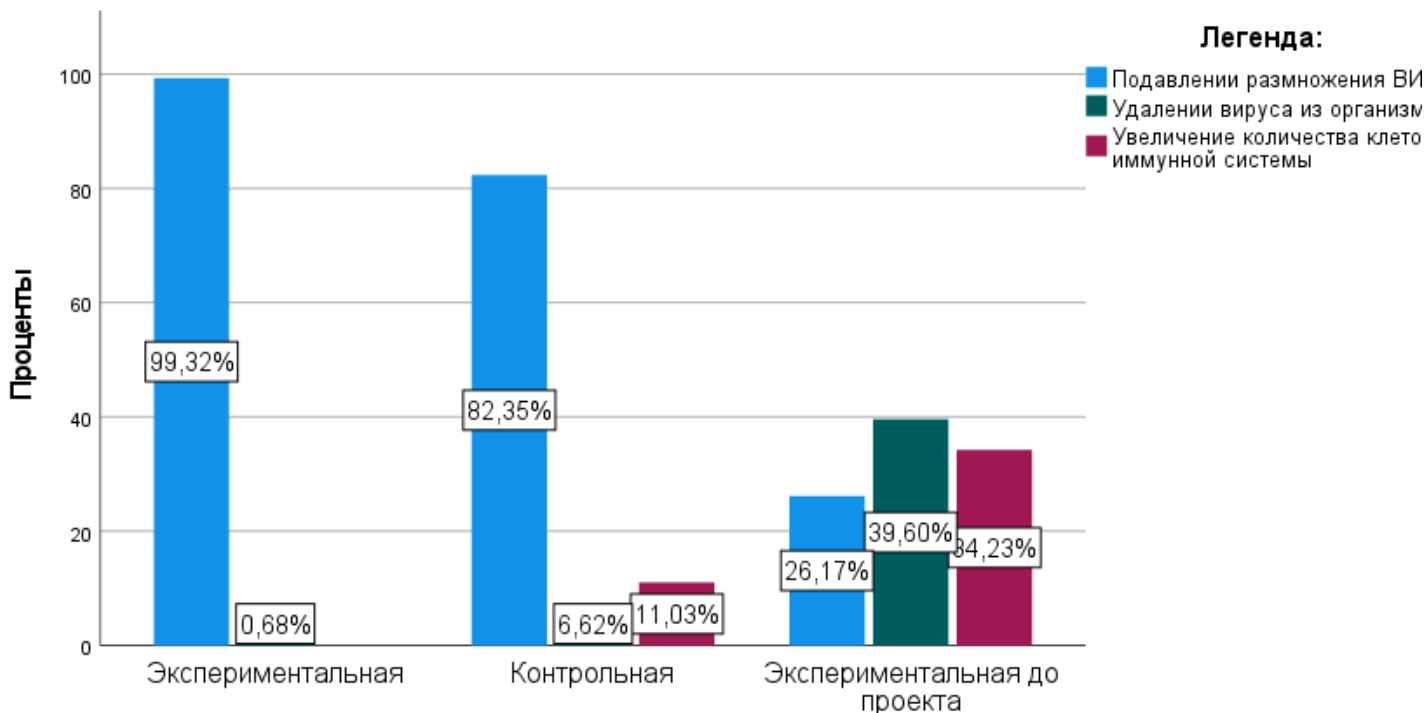


Рис. 2. Распределение ответов по суждению механизма действия АРВТ.

Далее респондентам был задан вопрос о причинах назначения АРВТ и в этом вопросе мы можем наблюдать снижение компетентности у контрольной группы: так, уже около 40% дали неподходящий ответ, тогда как в экспериментальной группе до начала проекта наблюдается 52% неподходящего ответа.

Значимые различия в осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте являются очевидными - как для этой группы до начала проекта, так и контрольной группы.

Необходимость в назначении АРВТ обычно возникает, когда:

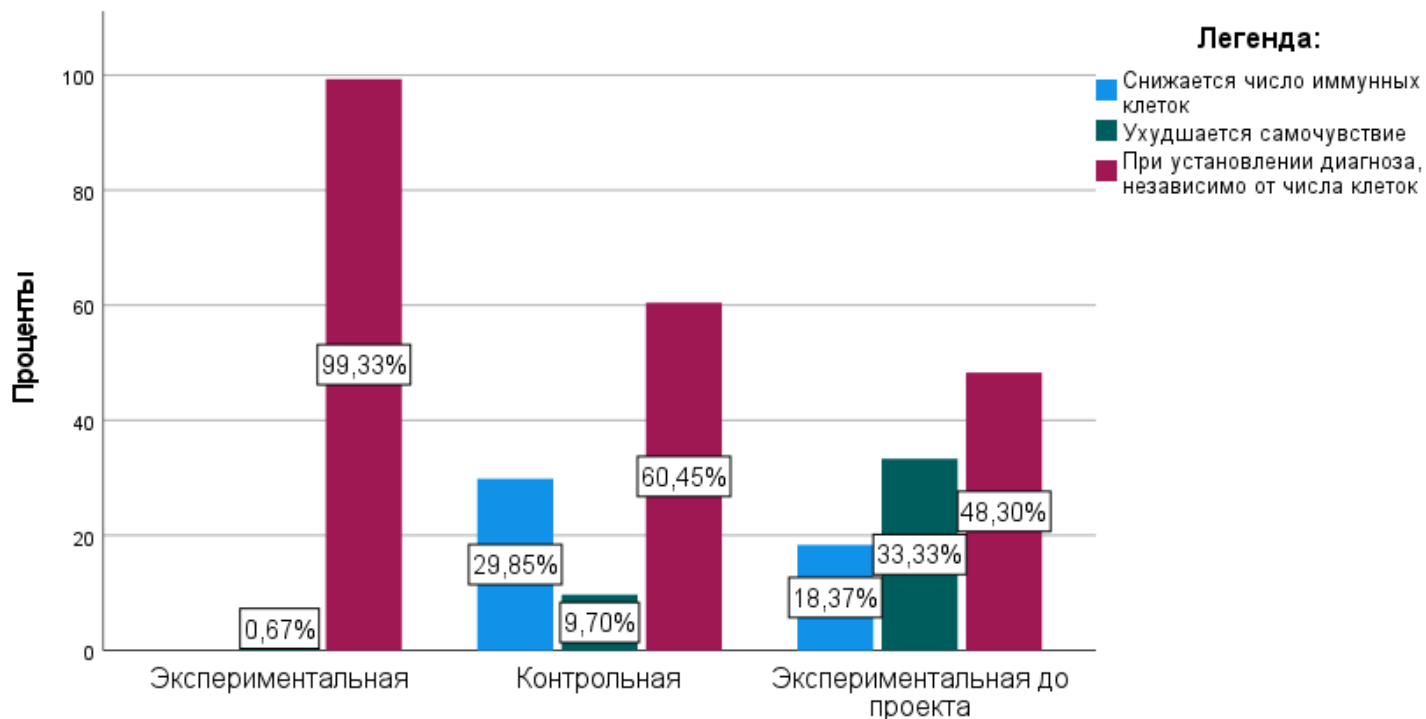


Рис. 3. Распределение ответов о необходимости назначения АРВТ

В ответах на вопрос о том, в какой момент назначается АРВТ беременным женщинам (Рисунок 4), большая часть респондентов оказалась осведомлена о том, что процедура назначается до беременности. Разница в неподходящих ответах между контрольной группой и экспериментальной до проекта составляет 17%. Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 100 %.

Женщинам с ВИЧ, планирующим беременность, АРВТ назначается:

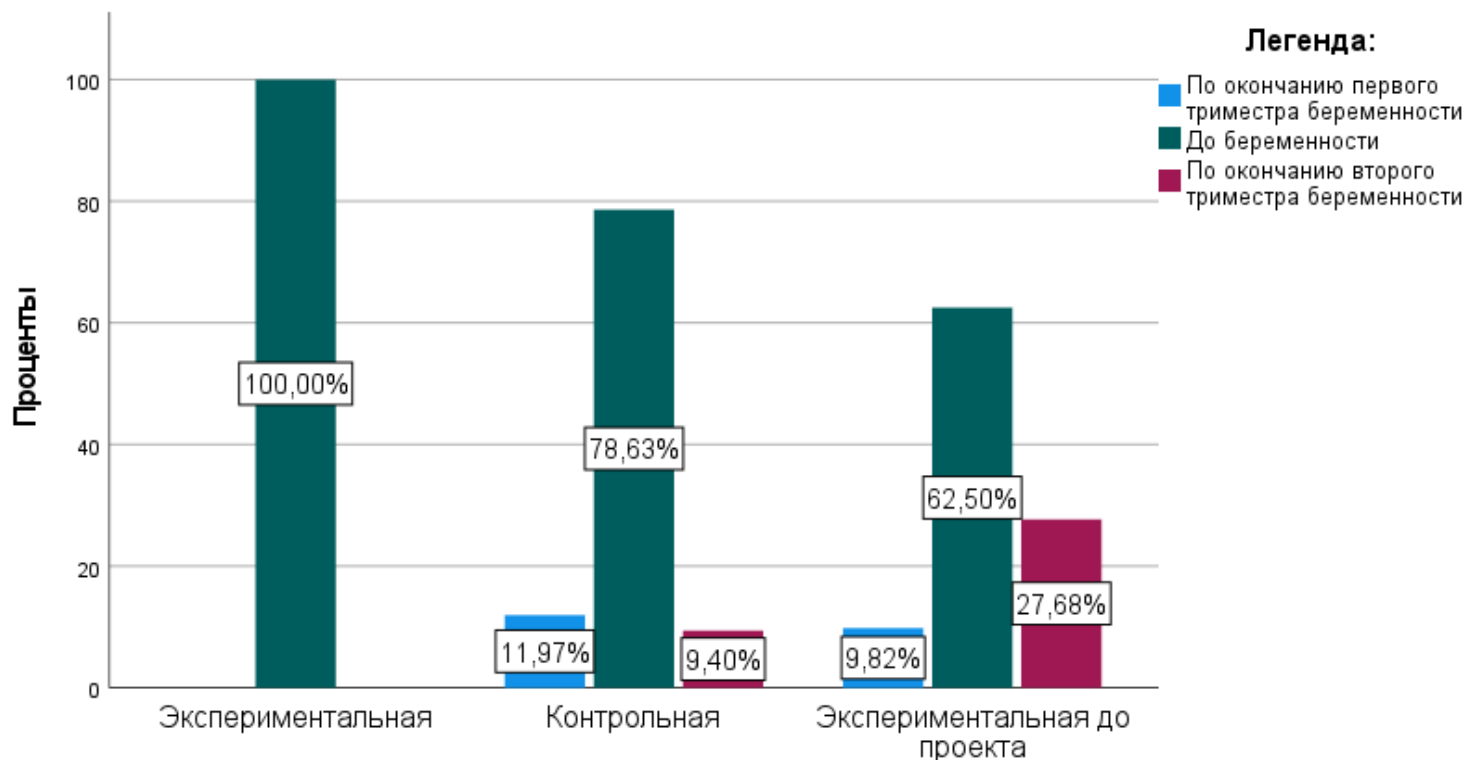


Рис. 4. Распределение ответов по суждениям о назначении АРВТ беременным женщинам

В дополнение к предыдущему вопросу большая часть медработников отмечает, что перинатальная профилактика передачи ВИЧ инфекции от матери ребенку заключается в приеме препаратов во время беременности, внутривенной инфузии в родах, исключении грудного вскармливания, профилактическом приеме новорожденным АРВ препарата (Рисунок 5, более 65%). Разница между контрольной группой и экспериментальной до начала проекта все также составляет примерно 17% среди суммы неподходящих ответов.

Перинатальная профилактика передачи ВИЧ инфекции от матери ребёнку заключается в:

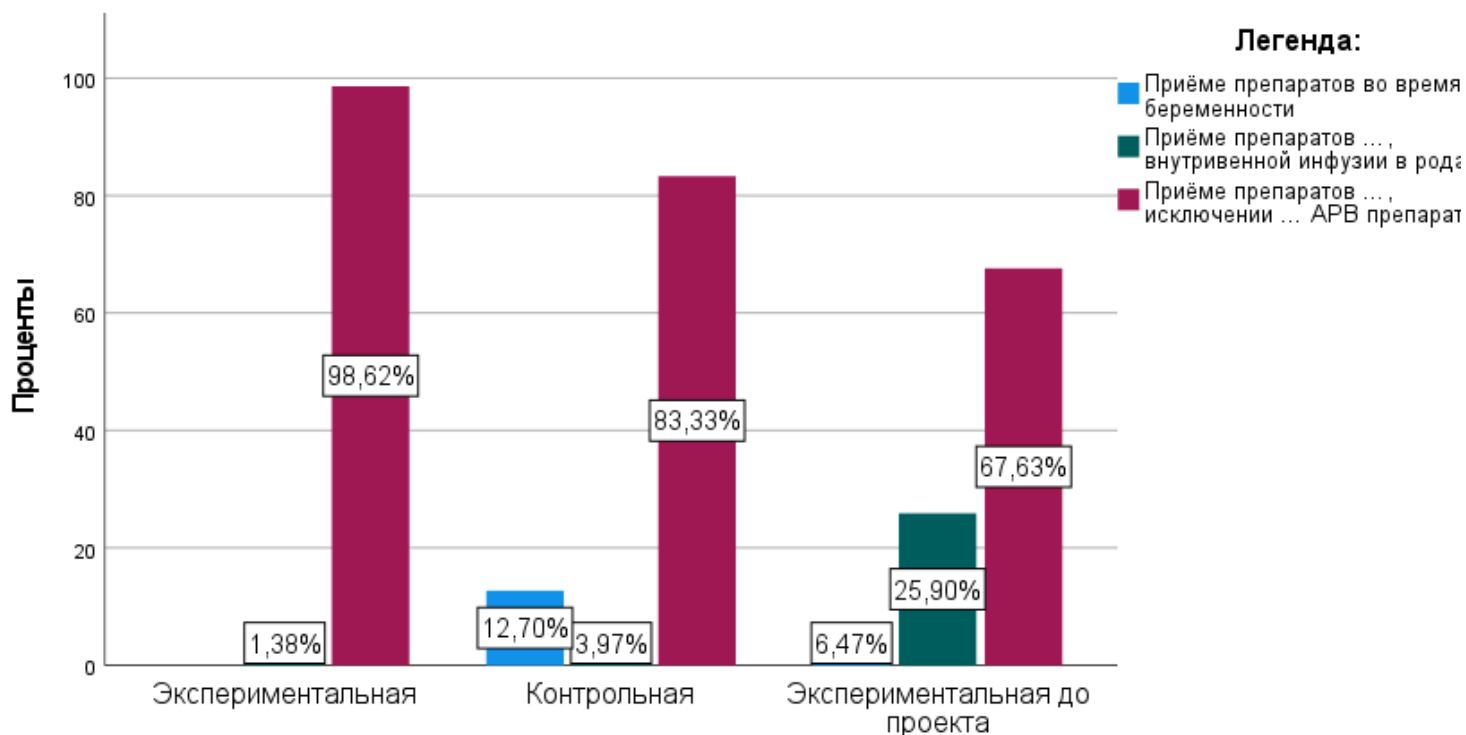


Рис. 5. Распределение ответов о назначении перинатальной профилактики передачи ВИЧ инфекции.

Следующий вопрос о том, в какой момент АРВТ при ВИЧ-инфекции можно прервать во время беременности, также показал существенное различие в количестве неподходящих ответов у контрольной группы с экспериментальной до проекта: так, у контрольной это примерно 10%, тогда как у экспериментальной группы 38% (разница составляет 28%). Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 98,62 %.

АРВТ при ВИЧ-инфекции можно прервать:

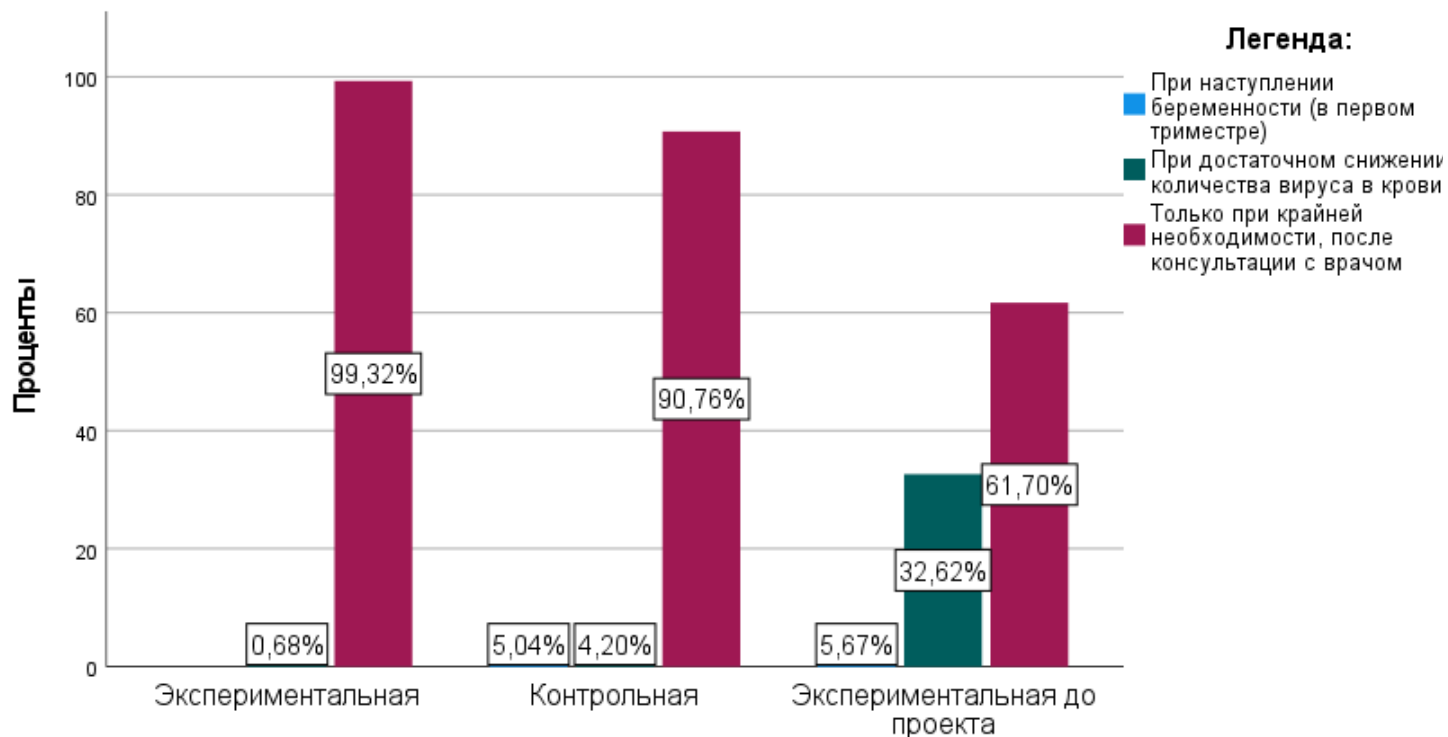


Рис. 6. Распределение ответов по суждениям о прекращении АРВТ при ВИЧ-инфекции

На вопрос о том, что такое резистентность (Рисунок 7), более половины респондентов экспериментальной группы до начала проекта ответили неправильно на поставленный вопрос (58,33%), тогда как в контрольной группе таких ответов было 13,33% (разница в 45%).

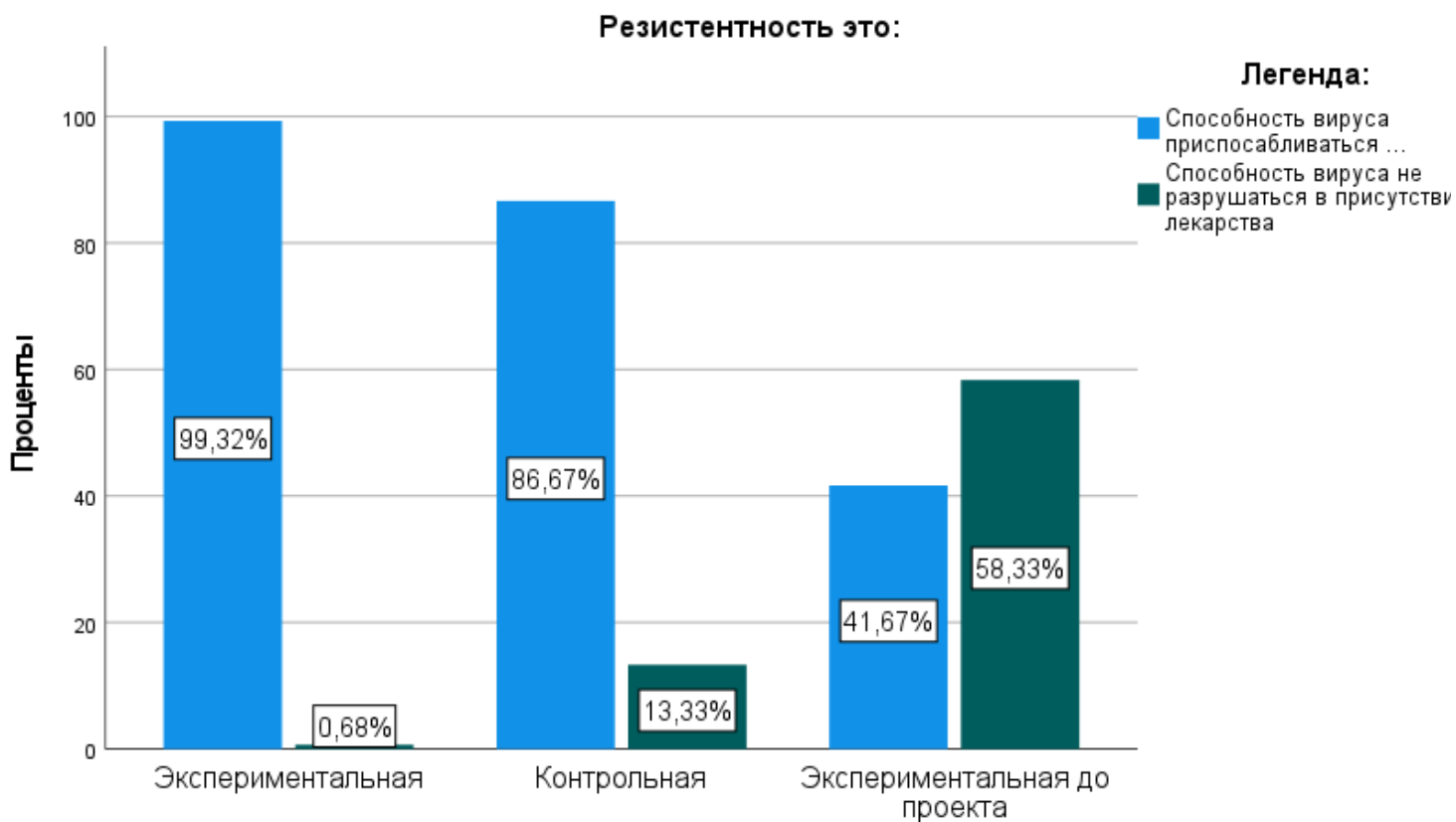


Рис. 7. Распределение ответов по определению категории резистентности.

Следующим показателем был вопрос о причинах возникновения резистентности (Рисунок 8) и большинство респондентов указывают на несоблюдение режима приема препаратов, что является подходящим ответом на вопрос. Неподходящими ответами в группе экспериментальной до проекта было 28%, тогда как в контрольной около 4% (разница 24%).

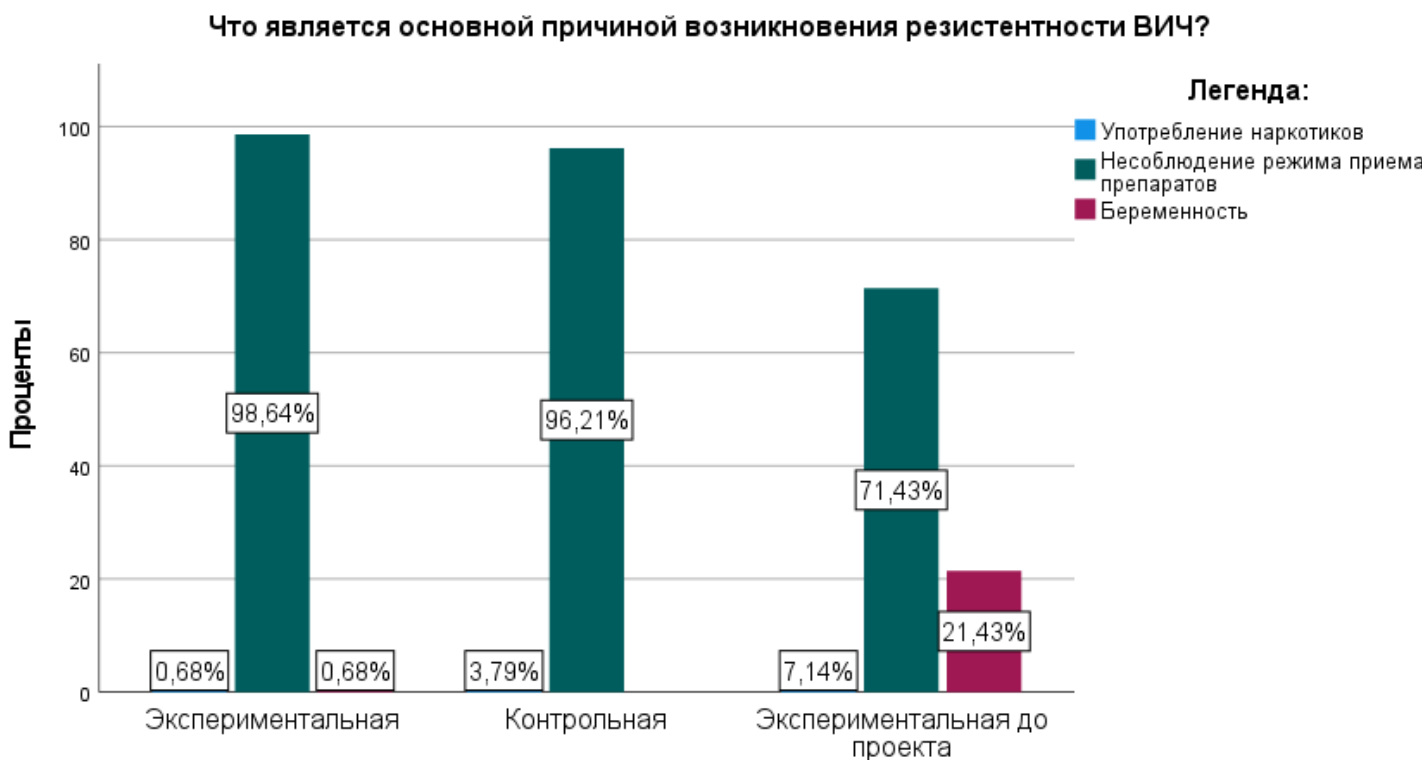


Рис. 8. Распределение ответов по определению причины возникновения резистентности

К вопросу о том, как должен вести себя пациент в период лечения, безукоризненно слушать все наставления врача, несмотря на затруднения, или подбор индивидуального плана лечения и активное совместное участие (Рисунок 9), экспериментальная группа ранее тяготела к первой позиции (59,29%), тогда как контрольная группа более поддерживала вторую (67,88%). Разница в неподходящих ответах составила 27,17%. Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 98,66 %.

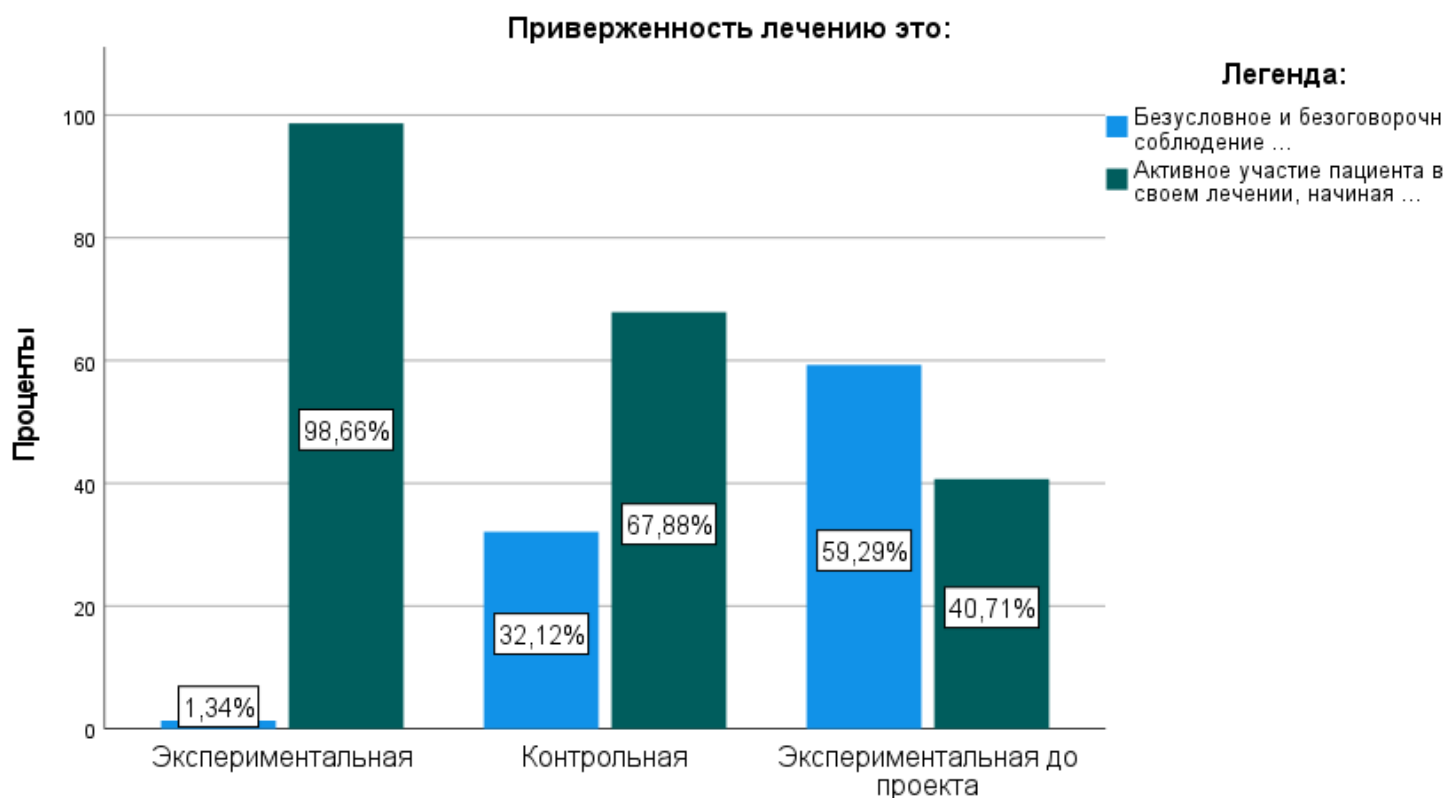


Рис. 9. Распределение ответов по определению модели поведения пациента в период лечения болезни.

Отвечая на вопрос о том, что должна делать ВИЧ-инфицированная женщина по отношению к рождению ребенка, преобладающее число - не менее 80% респондентов - отмечают, что она должна планировать свою беременность и ведение родов с инфекционистом. Однако в группе экспериментальной до начала проекта присутствовала часть респондентов, которые считали, что таким женщинам необходимо сделать аборт в случае подтвержденной беременности (15,65%). Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 98,66 %.

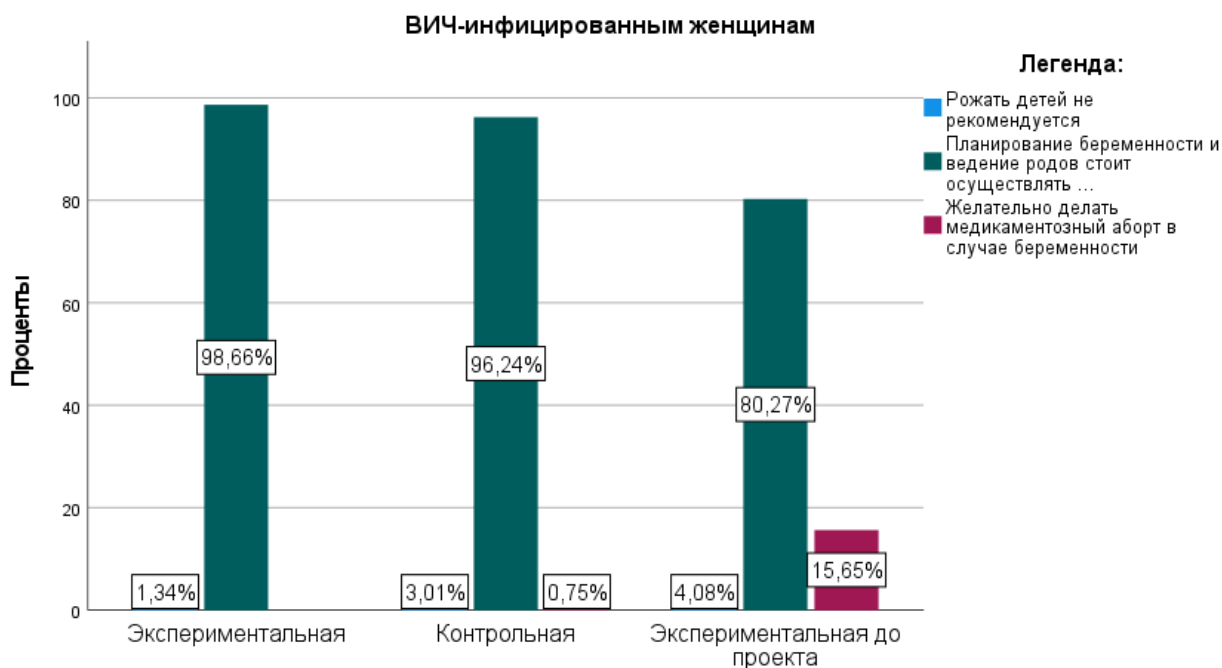


Рис. 10. Распределение ответов по суждениям о возможной беременности
ВИЧ-инфицированных женщин

Интересные данные получились при ответе на вопрос о том, какой процент родить ребенка с ВИЧ-инфекцией, если мама ребенка правильно принимает препараты (Рисунок 11). И если экспериментальная группа после проекта однозначно утверждает, что этот шанс менее 1%, тогда как до участия в проекте, более 75% респондентов считали, что шанс получить инфекцию ребенку 10% и более. Распределение неподходящих ответов в контрольной группе составляет примерно 40%. Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 97,24 %.

Если будущая мама правильно принимает профилактические препараты риск рождения инфицированного ВИЧ ребенка составляет:

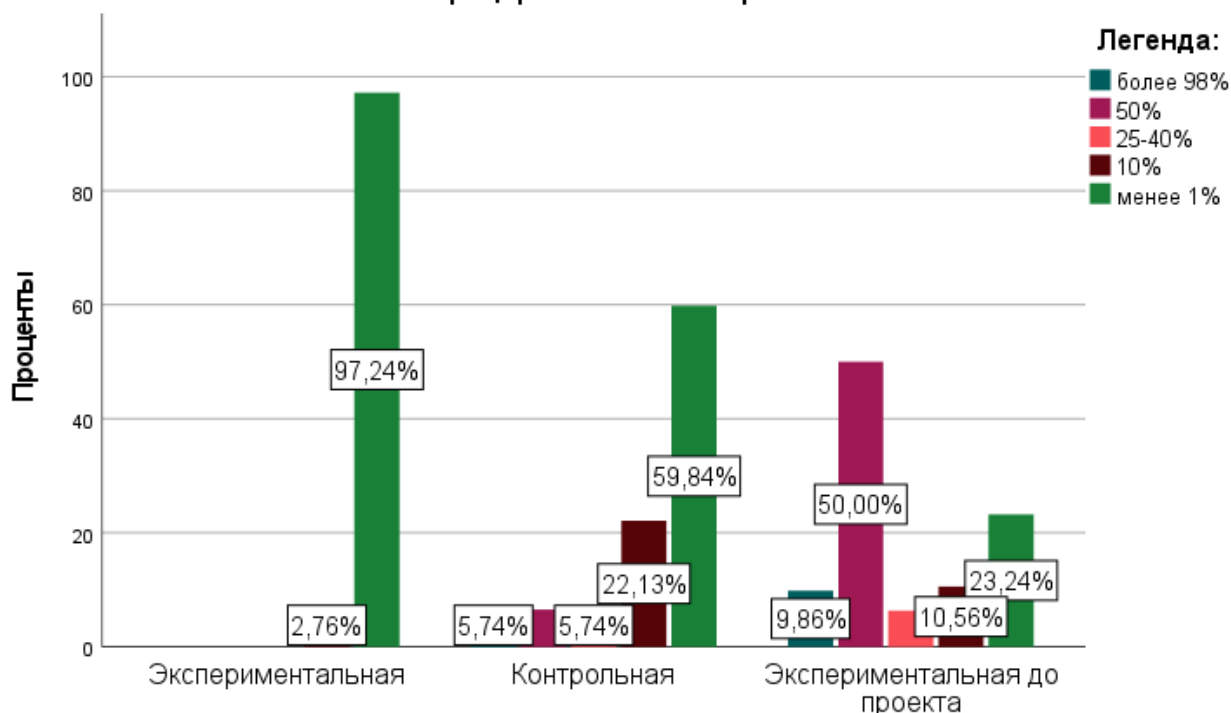


Рис. 11. Распределение ответов по определению риска родить ребенка с ВИЧ-инфекцией при приеме препаратов мамой.

На вопрос о ситуации, когда мама наоборот, не принимает лекарства, но планирует рожать детей, то какова будет вероятность заразиться ребенку ВИЧ-инфекцией (Рисунок 12), респонденты отвечают неоднозначно: контрольная группа указывает на 80% неподходящих ответов, тогда как представители экспериментальной группы до участия в проекте указали неправильно 52,78%. Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 99,33 %.

Если будущая мама не принимает профилактические препараты риск рождения инфицированного ВИЧ ребенка составляет:

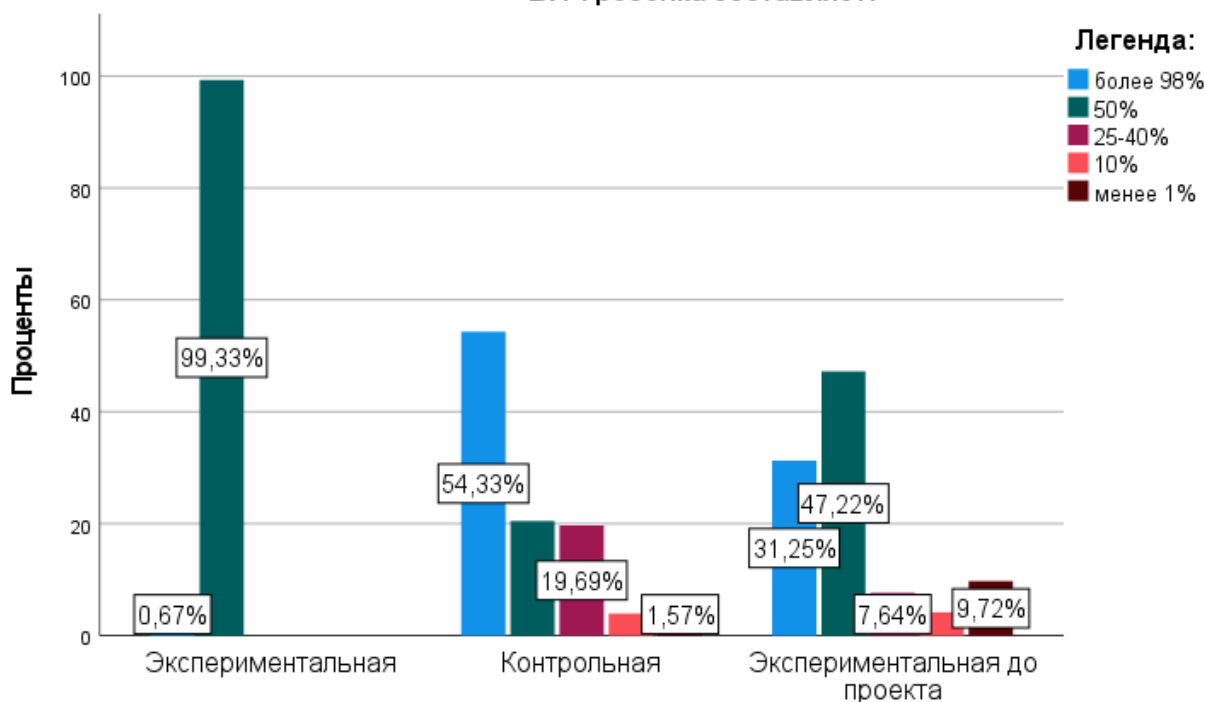


Рис. 12. Распределение ответов по определению риска родить ребенка с ВИЧ-инфекцией при отказе приема препаратов мамой.

К вопросу о грудном вскармливании при ВИЧ-инфекции (Рисунок 13). Респонденты практически единогласно считают, что грудное вскармливание является нежелательным, поскольку это способ передачи вируса, при этом неподходящие ответы у контрольной и экспериментальной группы до участия в проекте находятся примерно в одинаковом значении (6,6%). Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 100 %.

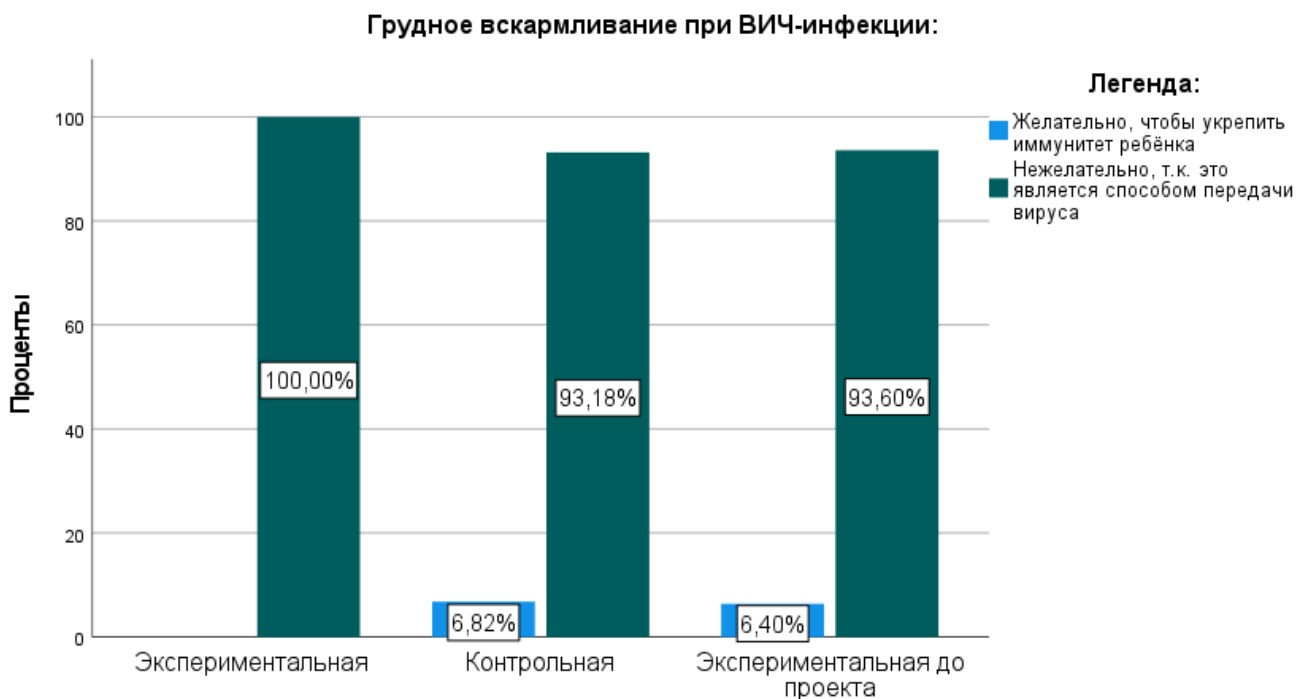


Рис. 13. Распределение ответов по суждениям о грудном вскармливании при ВИЧ-инфекции

Отвечая на вопрос о том, насколько долго могут жить дети после первого года жизни с ВИЧ-инфекцией, не менее 71,67% считают, что при правильной терапии их продолжительность жизни и состояние здоровья не отличаются от остальных. Однако у экспериментальной группы до начала участия в проекте присутствовал выраженный стереотип о том, что ВИЧ-инфицированные люди не смогут родить детей без ВИЧ-инфекции без применения вспомогательных репродуктивных технологий (26,67%). Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 100 %.

Дети, рожденные с ВИЧ, рожденные ВИЧ-положительными женщинами, после первого года жизни:

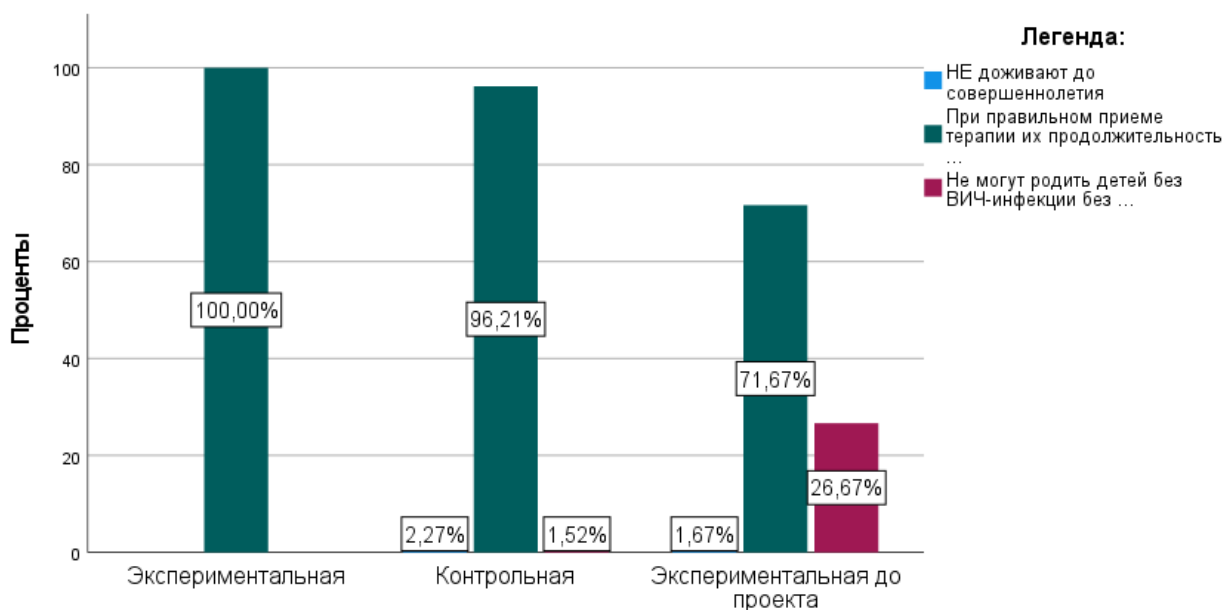


Рис. 14. Распределение ответов по суждениям о сроки жизни детей, рожденных с ВИЧ

Заключительный вопрос первого блока относится к тому, о чем могут быть извещены сексуальные партнеры консультантом о ВИЧ-статусе человека. Были получены следующие результаты: как контрольная, так и экспериментальная группа до начала участия в проекте ответили неподходящим образом около 65%. Причем именно этот вопрос у большинства респондентов двух подгрупп вызывает наибольшие затруднения, в сравнении с другими вопросами (16,43% - контрольная группа; 39,33% - экспериментальная группа до участия в проекте). Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 99,33 %.

Сексуальные партнеры могут быть извещены консультантом о ВИЧ-статусе человека в ситуации:

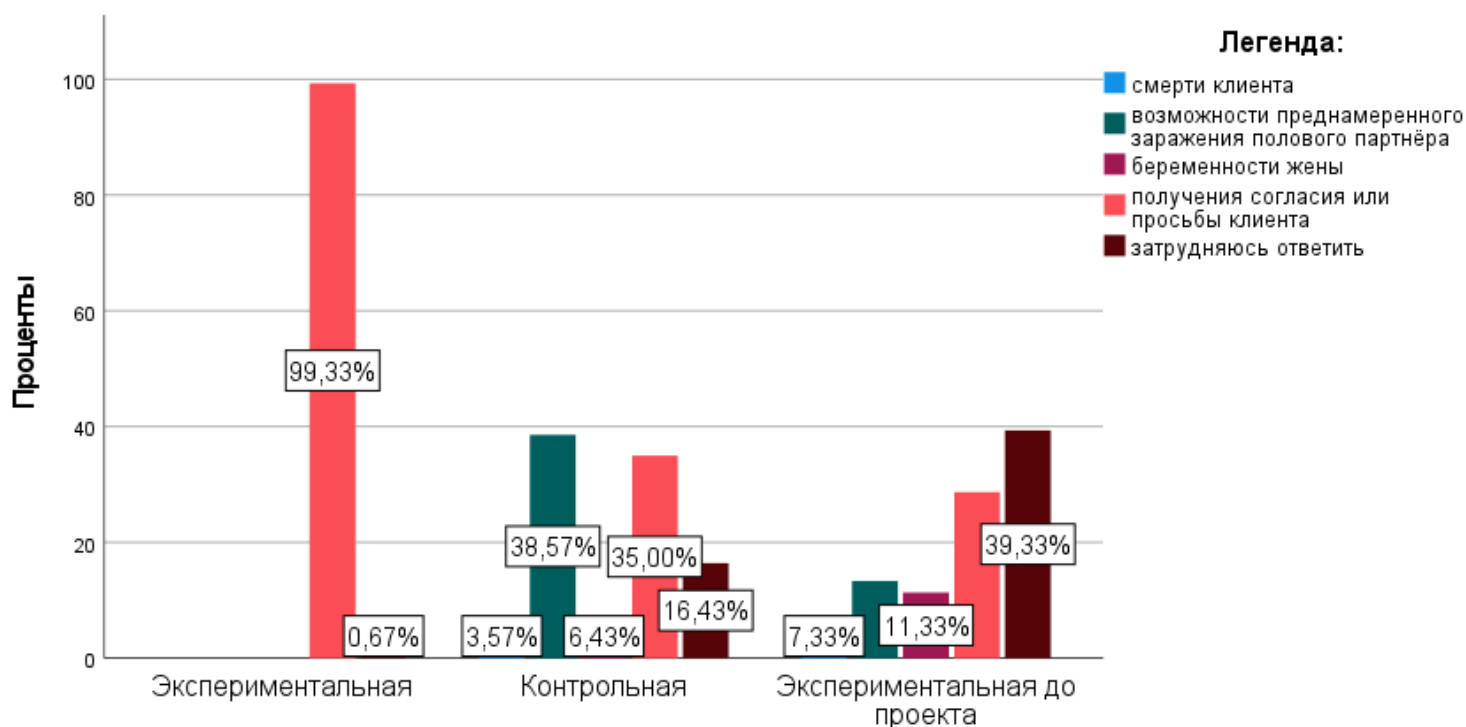


Рис. 15. Распределение ответов по суждениям извещении о ВИЧ-статусе.

Обобщающие выводы по первому блоку будут представлены в заключении вместе с рекомендациями для проведения следующих исследований.

Часть 2. Анализ результатов проекта в изменении отношений к женщинам, живущим с ВИЧ

Второй исследовательский блок посвящен проблематике отношения медработников к женщинам, живущим с ВИЧ-инфекцией. Ввиду того, что гипотеза исследования, которая строится на стигматизирующем представлении о природе ВИЧ-инфекций и СПИДе, может отягощаться женскими стереотипами, такими как слабая и беременная женщина, что, в данной ситуации также требует более детального рассмотрения для создания эффективной превентивной меры проекта по отношению к женщинам с ВИЧ-инфекцией.

Одним из первых вопросов был вопрос о том, какая будет реакция у медработника, если он встретится с женщиной с ВИЧ-инфекцией вне стен медицинского учреждения (Рисунок 16). Наибольшее значение сохранения дистанции с такой женщиной наблюдается у экспериментальной группы до участия в проекте (64%), тогда как в контрольной группе только 18,57%. В остальном преобладающее число респондентов будут вести себя с ней как с любой другой женщиной (экспериментальная группа после проекта – 98,66%; контрольная группа – 77,14%).

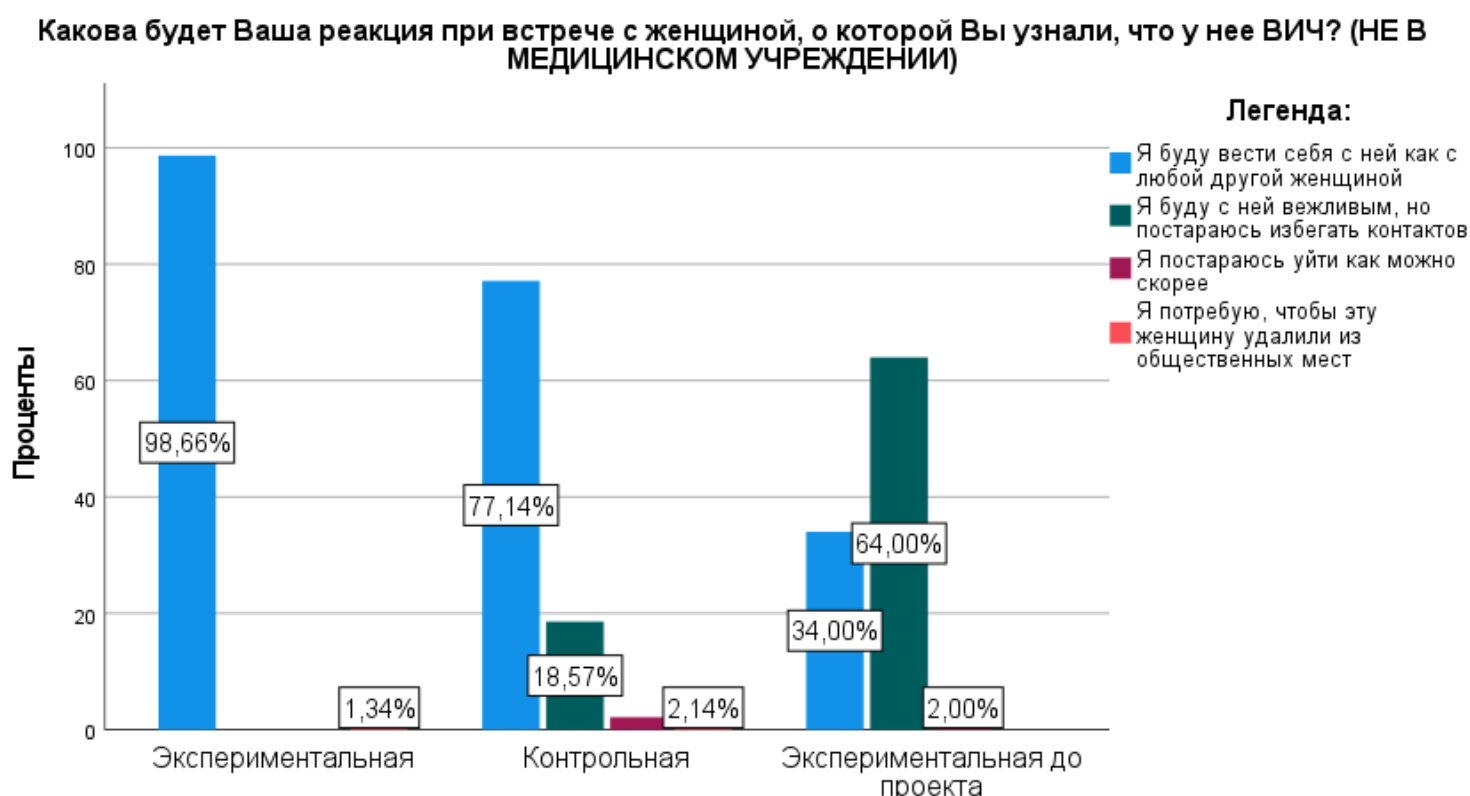


Рис. 16. Распределение ответов по суждениям характеристик реакции от встречи с женщиной с ВИЧ-инфекцией

К вопросу о том, употребляет ли женщина с ВИЧ-инфекцией наркотики (Рисунок 17), более неподходящие ответы находятся у контрольной группы. Так, совершенно согласны и скорее согласны 34,28%, тогда как у экспериментальной группы до начала проекта это значение составляет 22%.

Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 99,33 %.

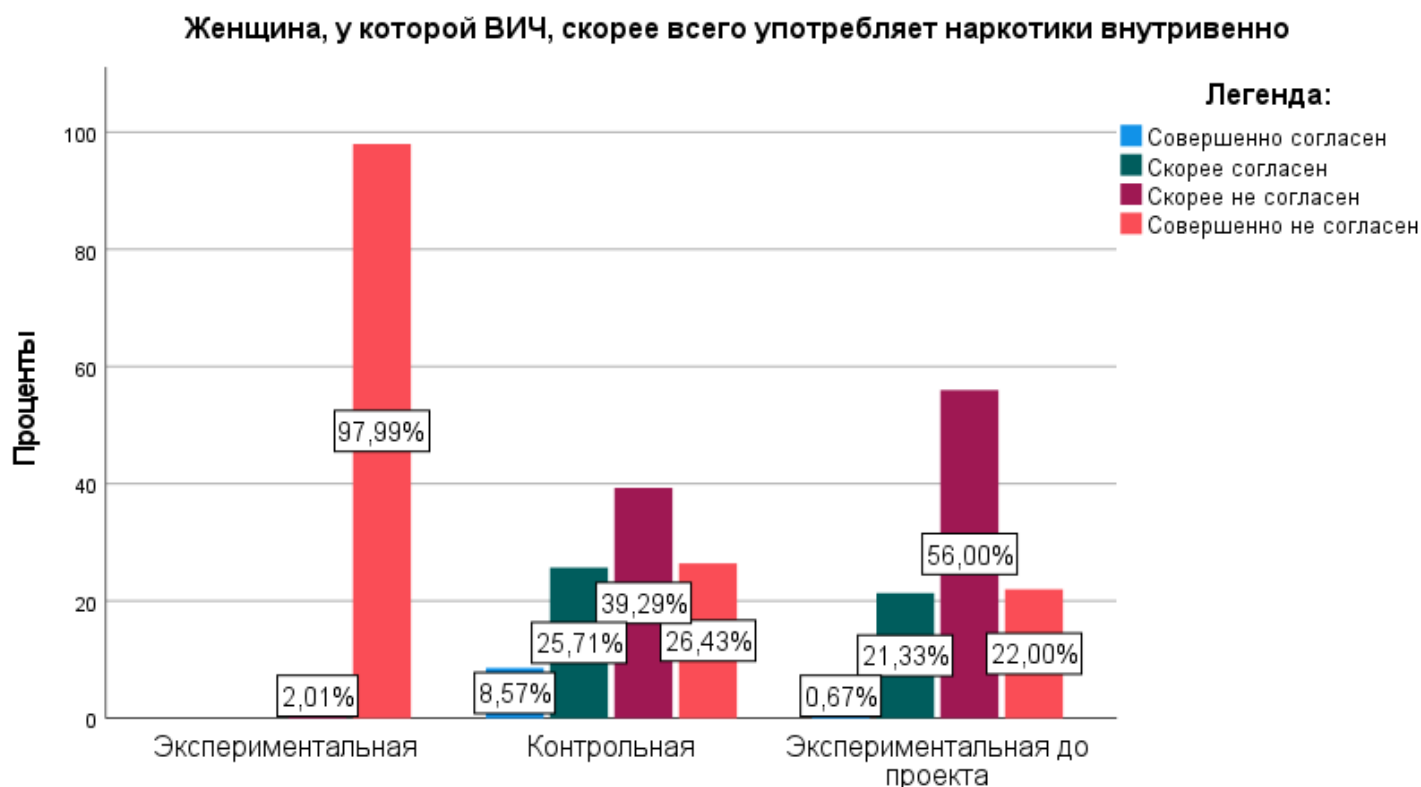


Рис. 17. Распределение ответов по суждениям об употреблении наркотиков женщинами с ВИЧ-инфекцией

Что касается вопроса о том, занимается ли женщина с ВИЧ-инфекцией проституцией (Рисунок 18), то здесь наблюдается схожая ситуация - треть представителей контрольной группы согласны с этим положением (31,43%), тогда как экспериментальная группа до начала проекта дала такие ответы только в 18,67% случаев. Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 97,32 %.

Женщина с ВИЧ скорее всего занимается проституцией

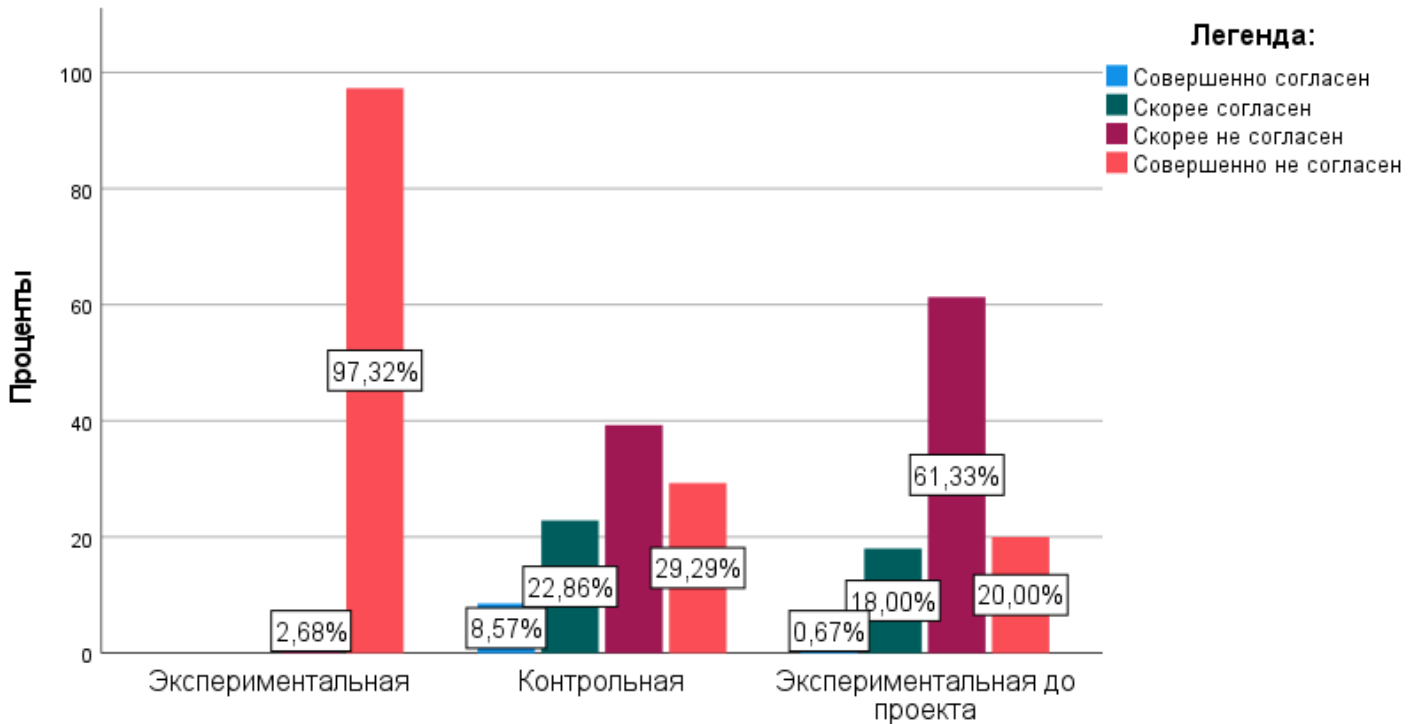


Рис. 18. Распределение ответов по суждениям о занятии проституцией женщинами с ВИЧ-инфекцией

К вопросу о частой смене партнеров (Рисунок 19) были получены также неоднозначные данные – контрольная группа демонстрирует более высокий уровень стигматизации женщин с ВИЧ, нежели экспериментальная группа до начала проекта (примерно 50% против 27,34%). Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 96,64 %.

Женщина с ВИЧ скорее всего часто меняет сексуальных партнеров

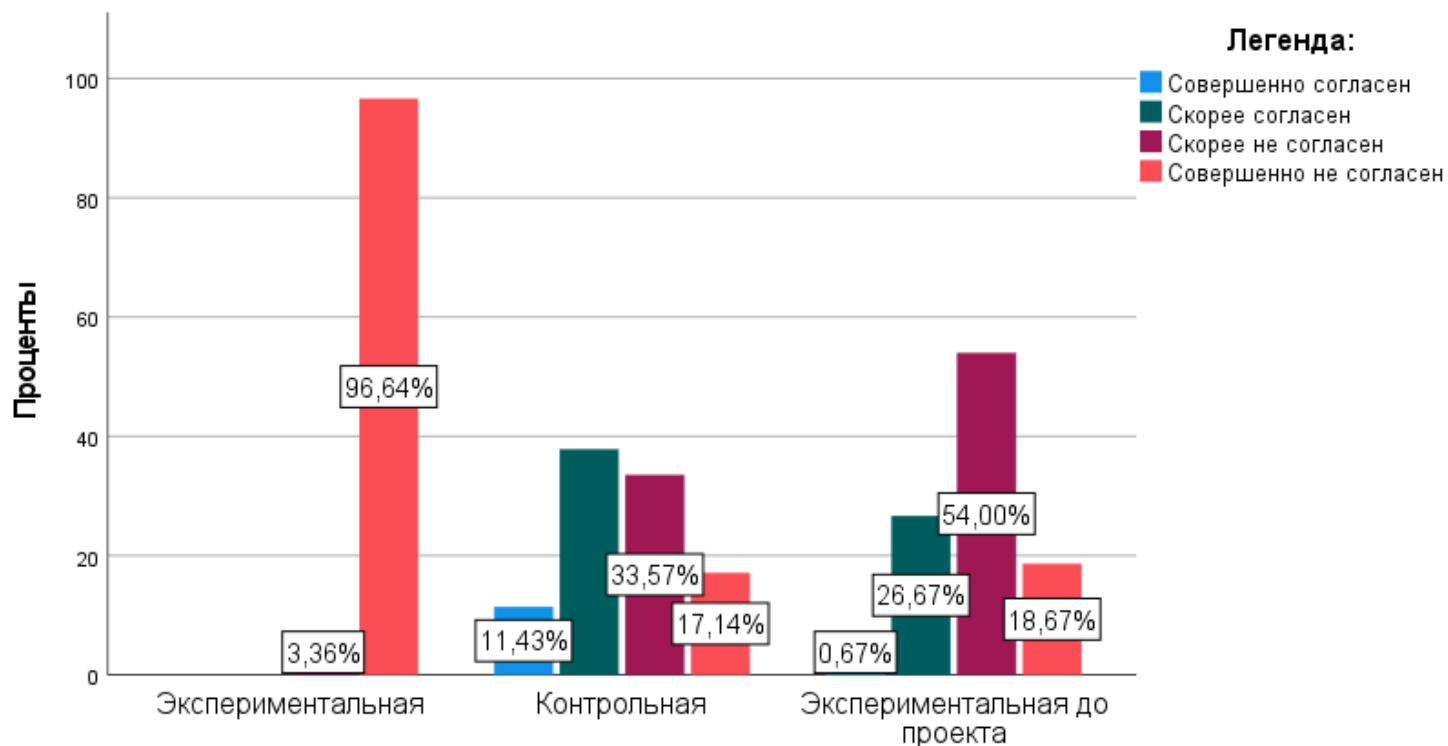


Рис. 19. Распределение ответов по суждениям о частоте смены сексуального партнера женщинами с ВИЧ-инфекцией

Суждения о том, что женщина скорее всего могла заразиться от своего партнера (Рисунок 20) также обладают схожей тенденцией. Как и в предыдущих вопросах о женщинах с ВИЧ-инфекцией: контрольная группа до участия в проекте согласна с этим убеждением (67,85%), тогда как этот процент у экспериментальной группы до начала участия в проекте ниже практически в два раза (28,66%). Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 94,63 %.

Женщина с ВИЧ скорее всего заразилась от своего партнера

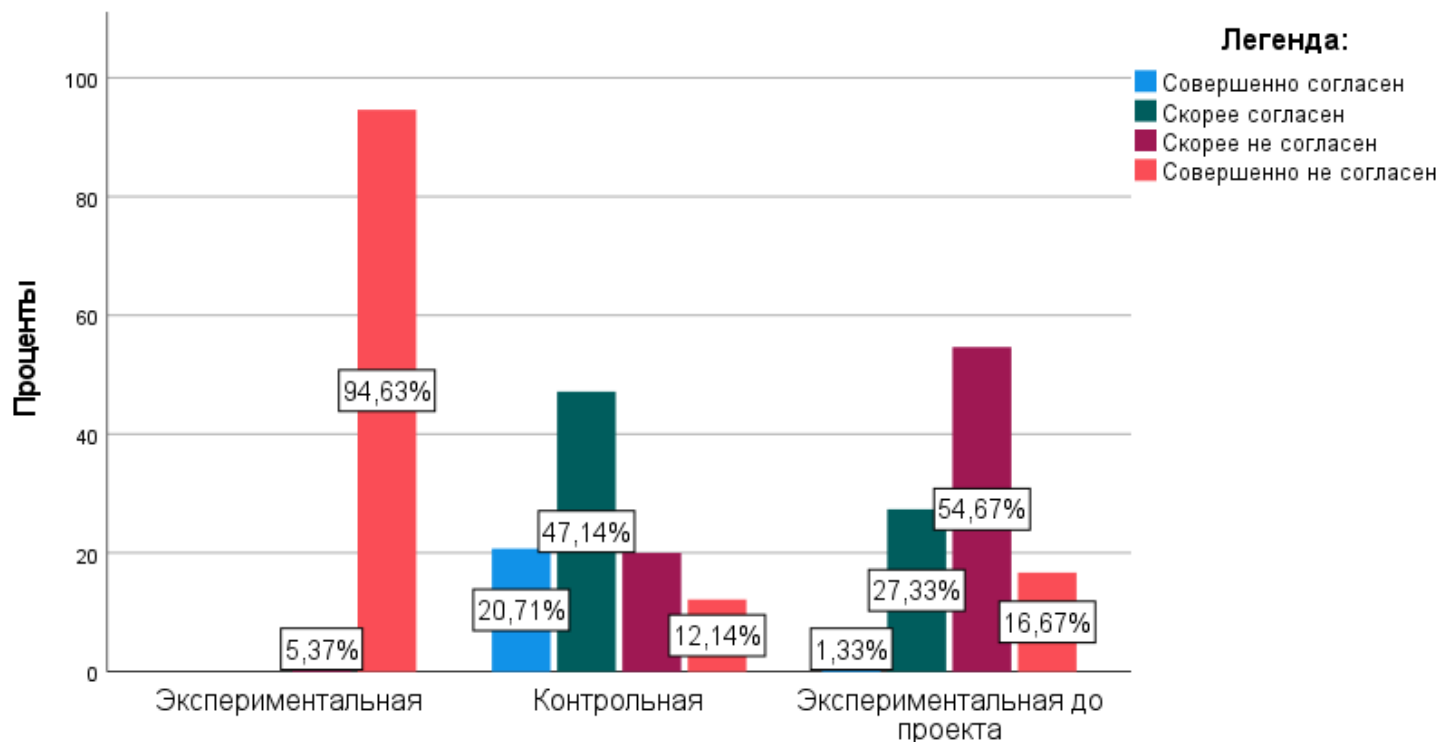


Рис. 20. Распределение ответов по суждениям о заражении ВИЧ-инфекции от партнера женщинами с ВИЧ-инфекцией

В вопросе о том, может ли любой человек стать ВИЧ-инфицированным, ситуация несколько изменилась: так не считают только 17% респондентов контрольной группы, а в экспериментальной до начала участия в проекте так не считают около 31%. Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 94,63 %.

Любой человек может оказаться ВИЧ-инфицированным

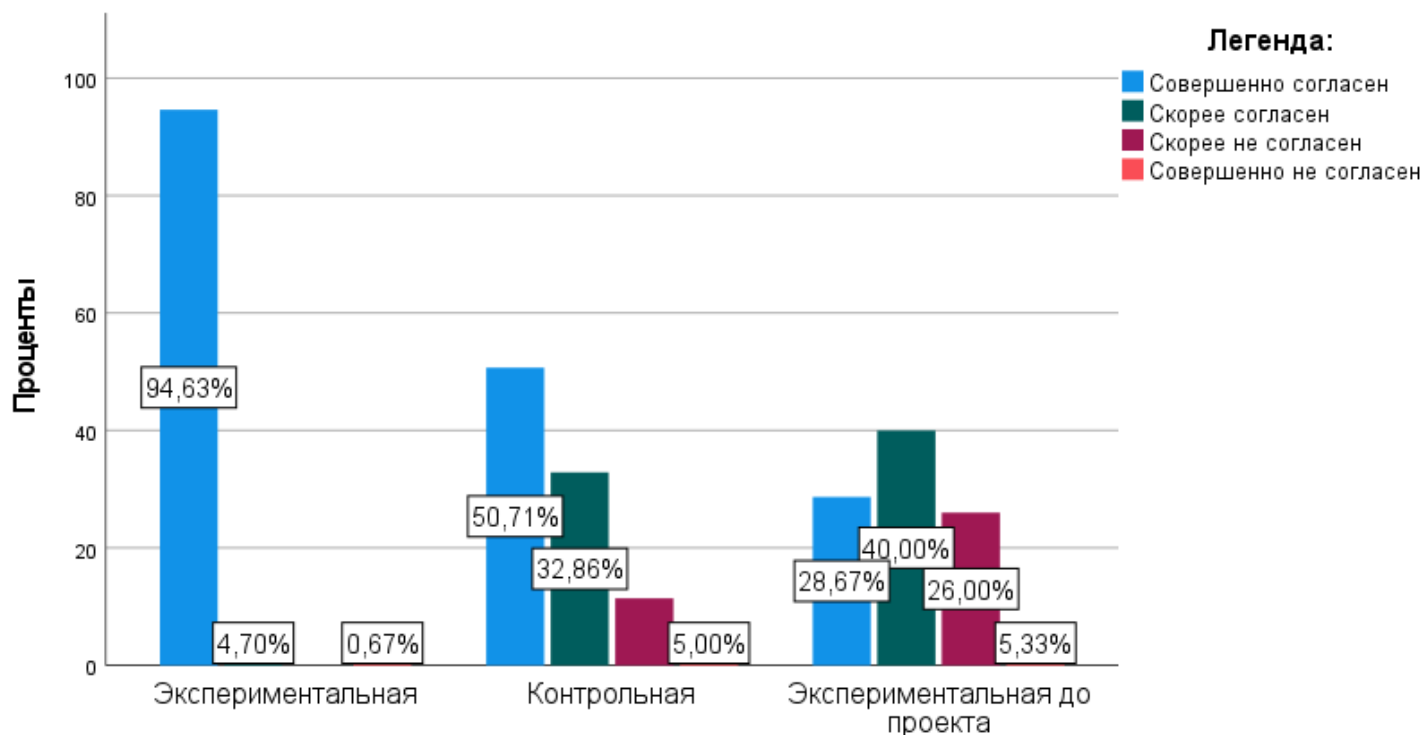


Рис. 21. Распределение ответов по суждениям о том, что любой человек может оказаться ВИЧ-инфицированным

Отвечая на вопрос о том, как среагирует медработник на то, что вместе с его ребенком будет ходить в школу/детский сад ребенок с ВИЧ-инфекцией, что предпримет родитель (Рисунок 22), не менее 77,65% респондентов ничего в связи с этим не предпримут, однако наибольшее неприятие таких детей наблюдается в контрольной группе – осуществил бы перевод ребенка в другое образовательное учреждение каждый пятый респондент. Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 100 %.

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

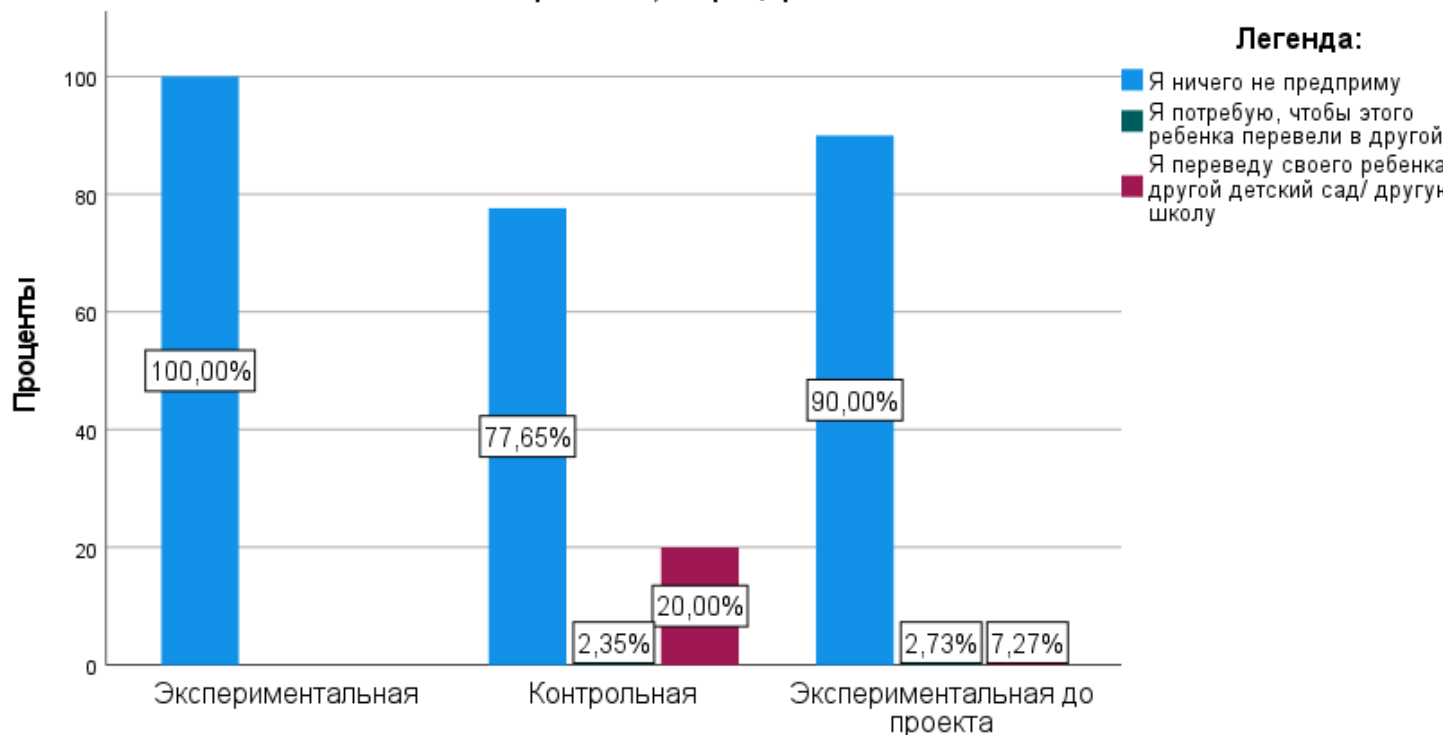


Рис. 22. Распределение ответов по суждениям о том, какая будет реакция у медработника о том, что его ребенок учится/занимается вместе с ВИЧ-инфицированным ребенком

К вопросу о том, как должна вести себя пациентка с ВИЧ-инфекцией (Рисунок 23) контрольная и экспериментальная до участия в проекте группы ответили примерно одинаково: так, примерно 45% ожидают, что пациентка сразу предупредит о наличии ВИЧ-инфекции, тогда как примерно 46% ожидают, что она будет нормально общаться, не делая акцент на ВИЧ-инфекции. При этом отметим, что 10% респондентов экспериментальной группы предпочли бы держаться на расстоянии от такой пациентки. Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 98,66 %.

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

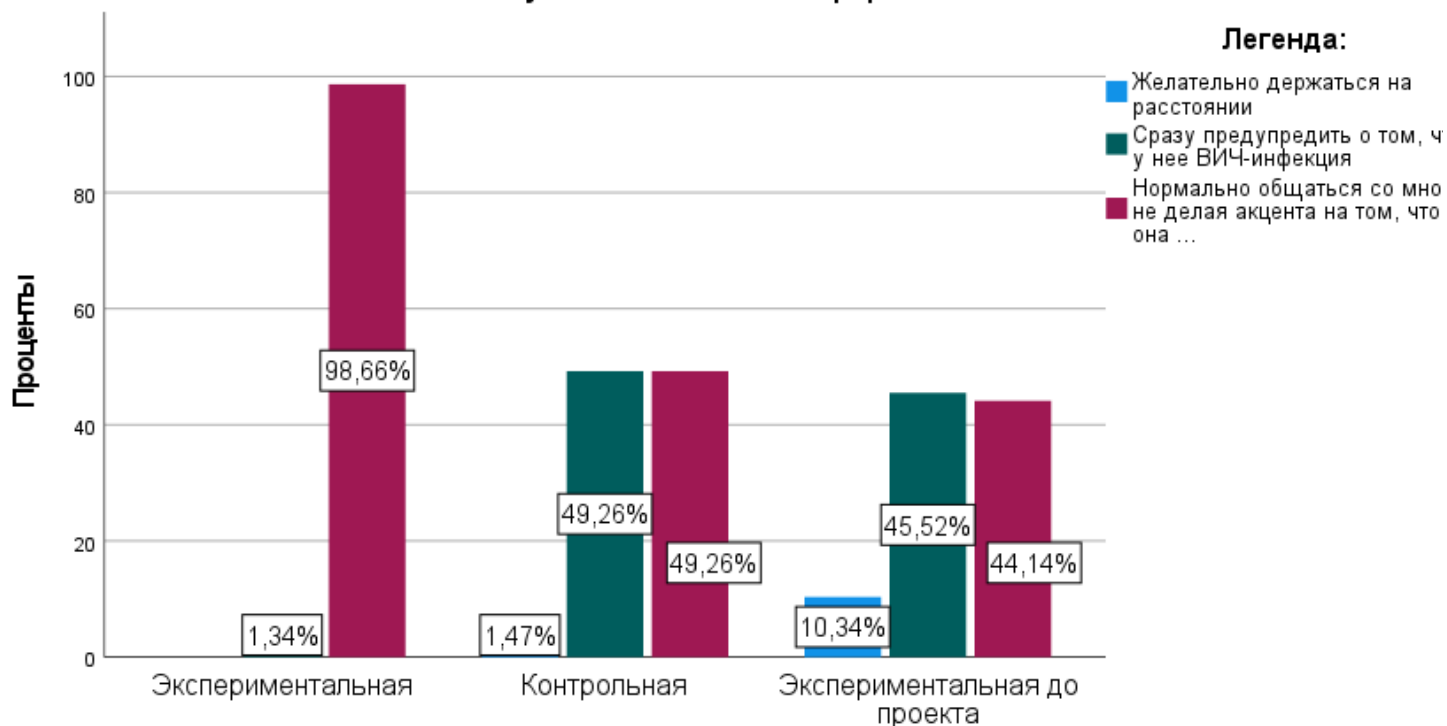


Рис. 23. Распределение ответов по суждениям о том, как должна себя вести пациента с ВИЧ

Также медработникам был задан вопрос о том, согласны ли они с тем, что женщина с ВИЧ сама виновата, что заразилась (Рисунок 24). Неподходящие ответы в данном случае составили в контрольное группе 14,29%, а экспериментальной до участия в проекте - 18,71%. Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 99,32 %.

Согласны ли Вы с утверждением: если у женщины ВИЧ, она сама виновата в том, что заразилась?

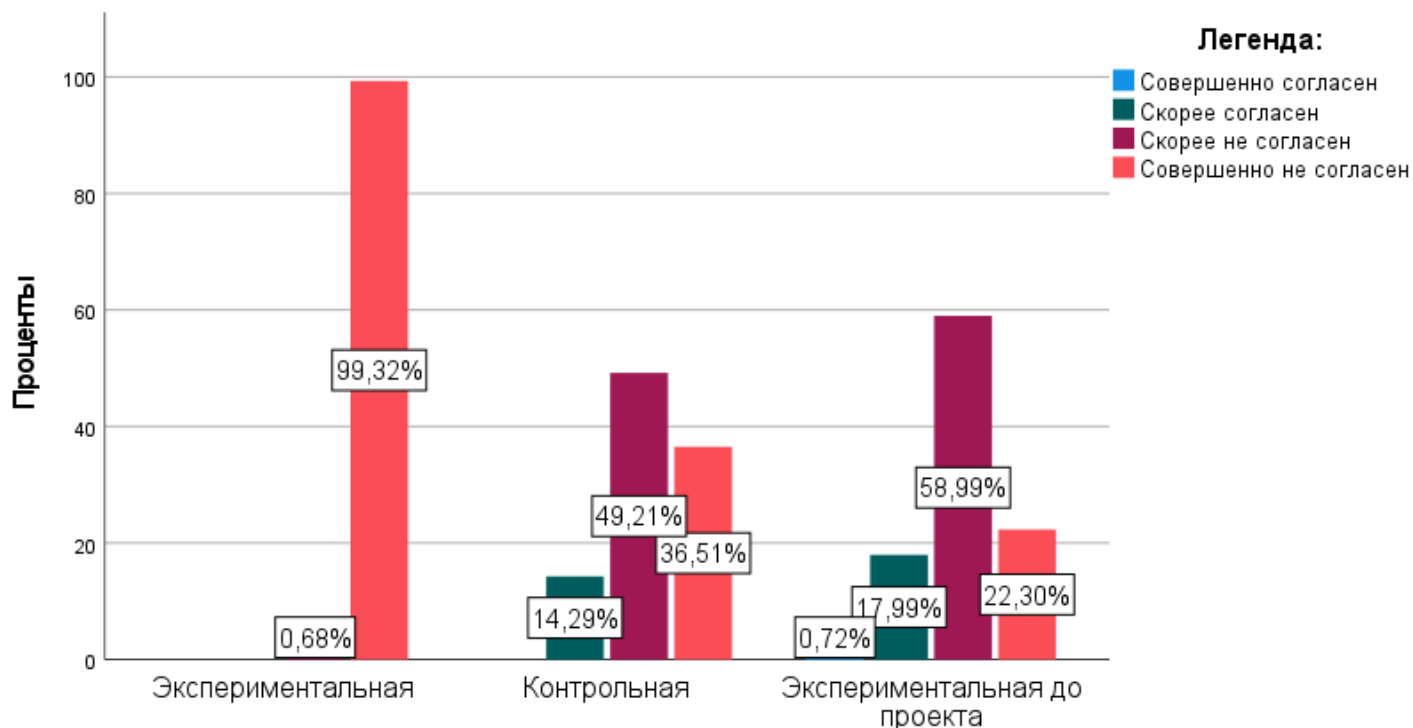


Рис. 24. Распределение ответов по суждениям о том, что женщина с ВИЧ-инфекцией сама виновна в том, что заразилась

Заключительным блоком вопросов является подблок о том, как должен вести себя медработник по отношению к пациентке с ВИЧ. Так, из данных, представленных на Рисунке 25 видно, что о соблюдении повышенных мер безопасности сильнее всего переживают респонденты контрольной группы, что составляет 85,29%, тогда как у экспериментальной группы до участия в проекте это только 36%. Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 95,92 %.

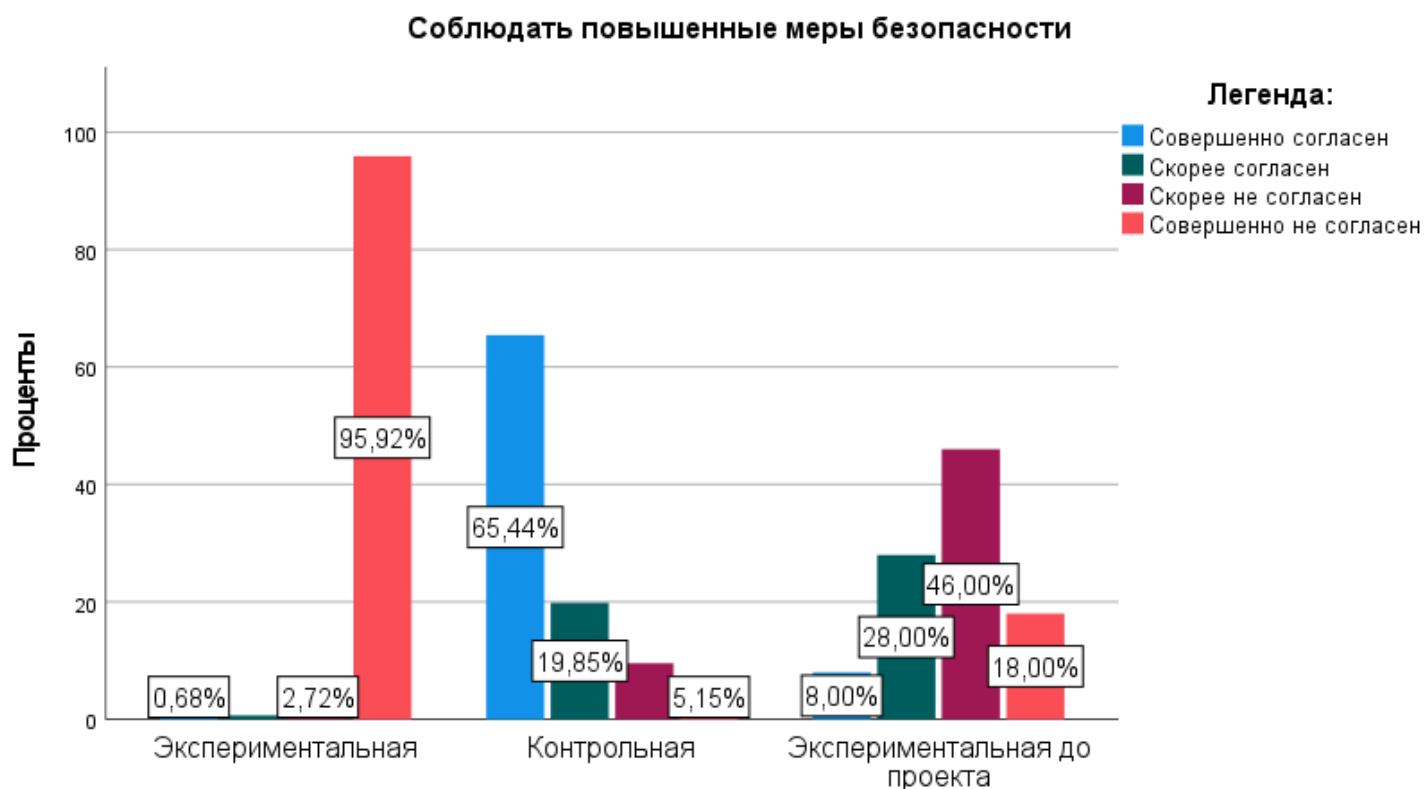


Рис. 25. Распределение ответов по суждениям о том, как должен вести себя медработник: соблюдать повышенные меры безопасности

В ответах на вопрос о сохранении дистанции с пациенткой (Рисунок 26) каждый четвертый респондент как контрольной, так и экспериментальной до участия в проекте отмечают, что важно сохранять дистанцию с пациенткой. Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 95,95 %.

Держаться подальше, не вступать в близкий контакт

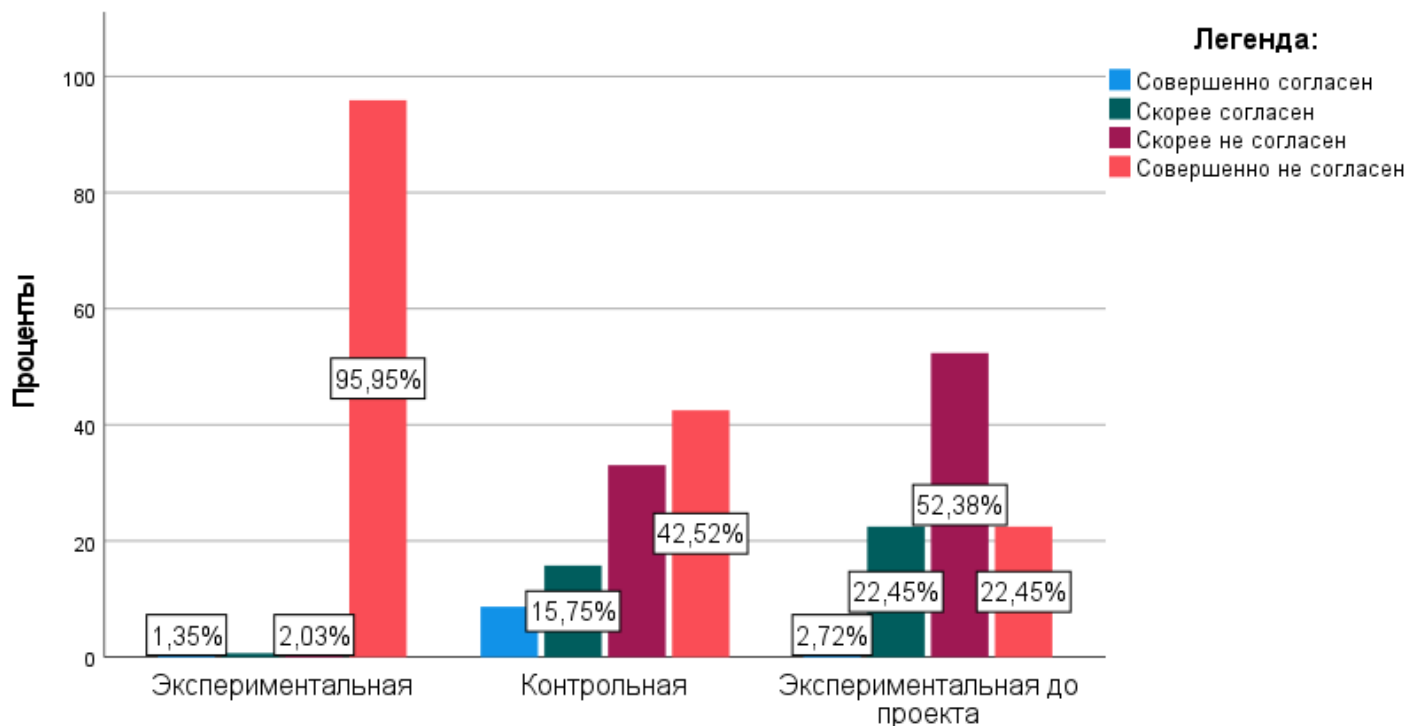


Рис. 26. Распределение ответов по суждениям о том, как должен вести себя медработник в общении с пациенткой с ВИЧ

Также медработникам был задан вопрос о том, нужно ли общаться с пациентками с ВИЧ-инфекцией также, как и со всеми остальными пациентами (Рисунок 27). Это отметили почти 90% респондентов контрольной группы и 90% экспериментальной группы до начала проекта. Тем самым каждый десятый из двух подвыборок поддерживает или поддерживал идею особого общения с данной категорией пациенток. Уровень осведомленности экспериментальной группы по данному вопросу после участия в проекте составляет 95,3 %.

Общаться также как с другими пациентками

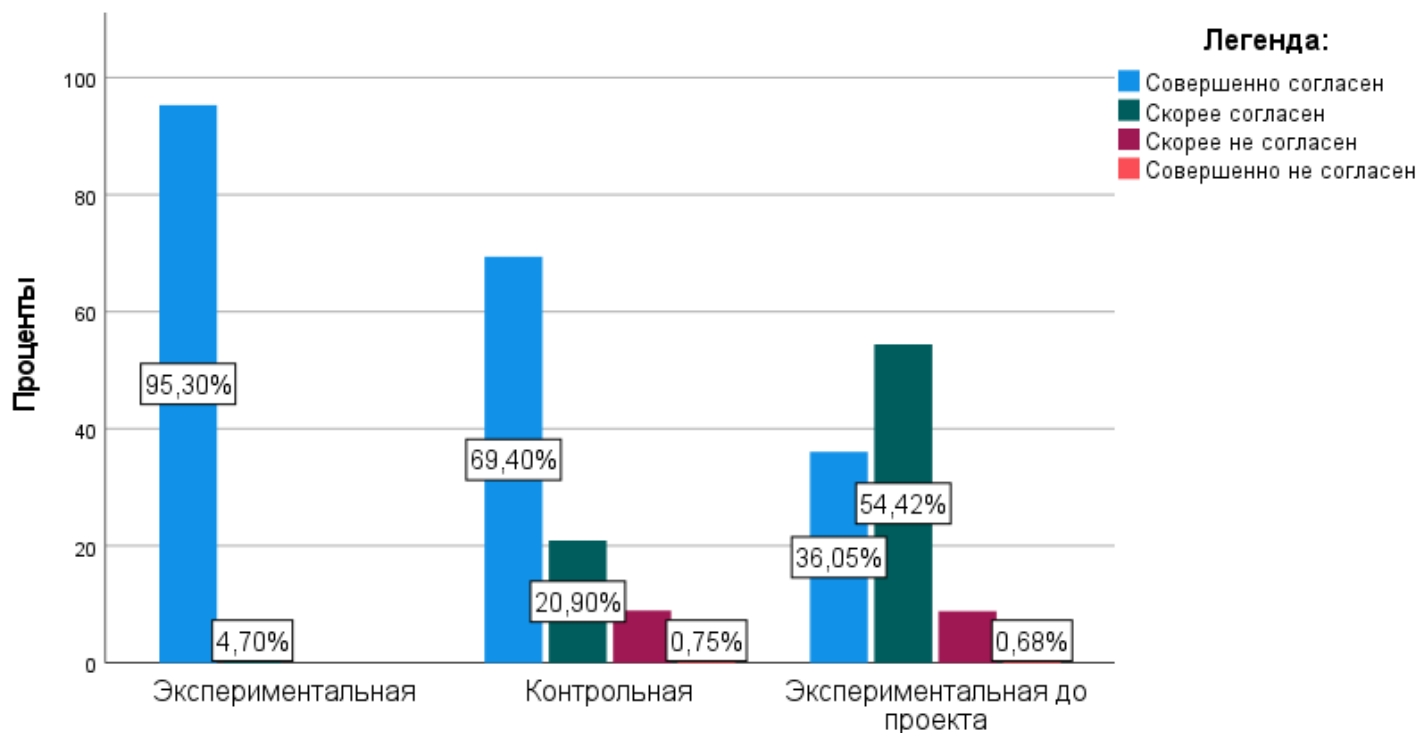


Рис. 27. Распределение ответов по суждениям о том, как должен вести себя медработник: общаться также как с другими пациентками

Также практически единогласно (примерно 90%) была принята идея оказания поддержки и отношения с повышенным вниманием к таким пациенткам в каждой подвыборке (Рисунок 28).

Оказать поддержку, отнестись с повышенным вниманием

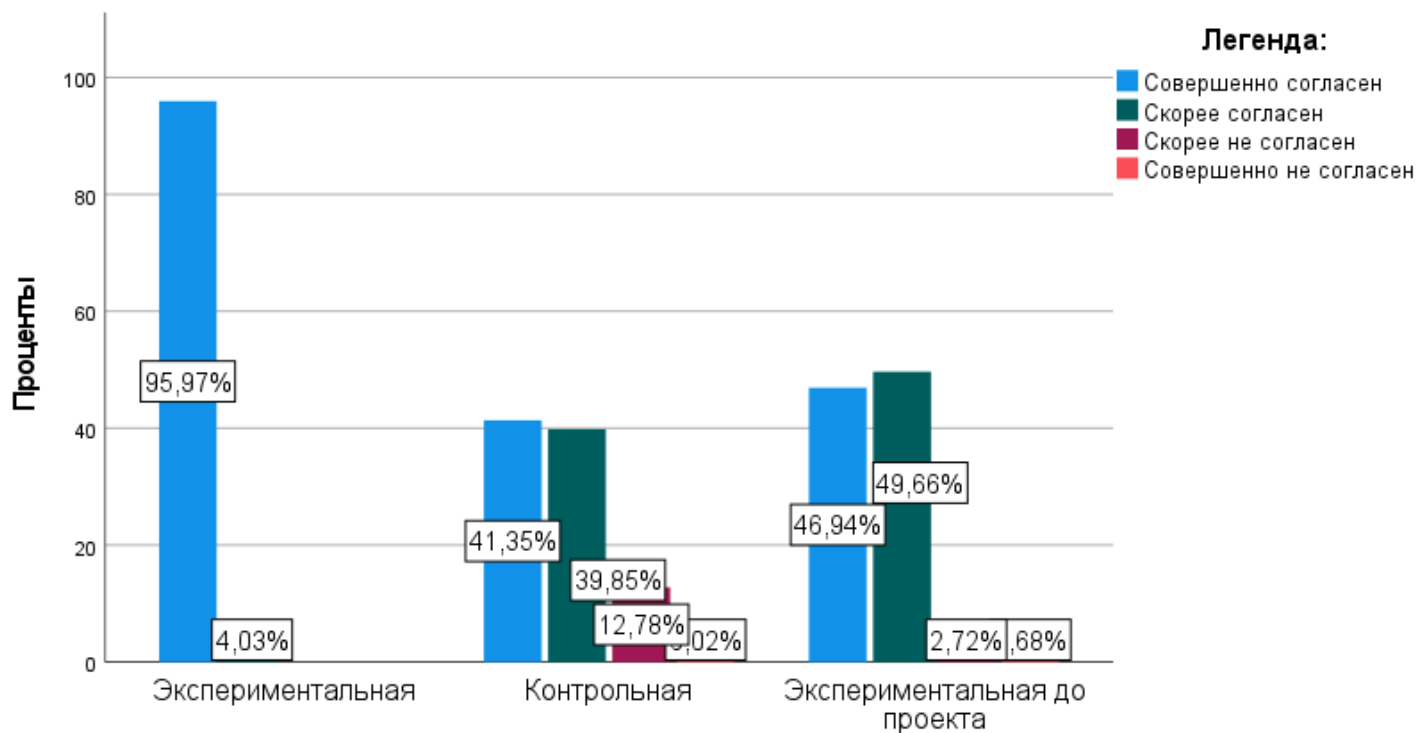


Рис. 28. Распределение ответов по суждениям о том, как должен вести себя медработник: оказать поддержку, отнестись с повышенным вниманием

Заключительным вопросом второго блока было согласие с утверждением об оказании консультации и направлении к нужным специалистам пациенток с ВИЧ-инфекцией, с чем согласны более 95% респондентов всех подгрупп.

Оказать консультацию, направив к нужным специалистам

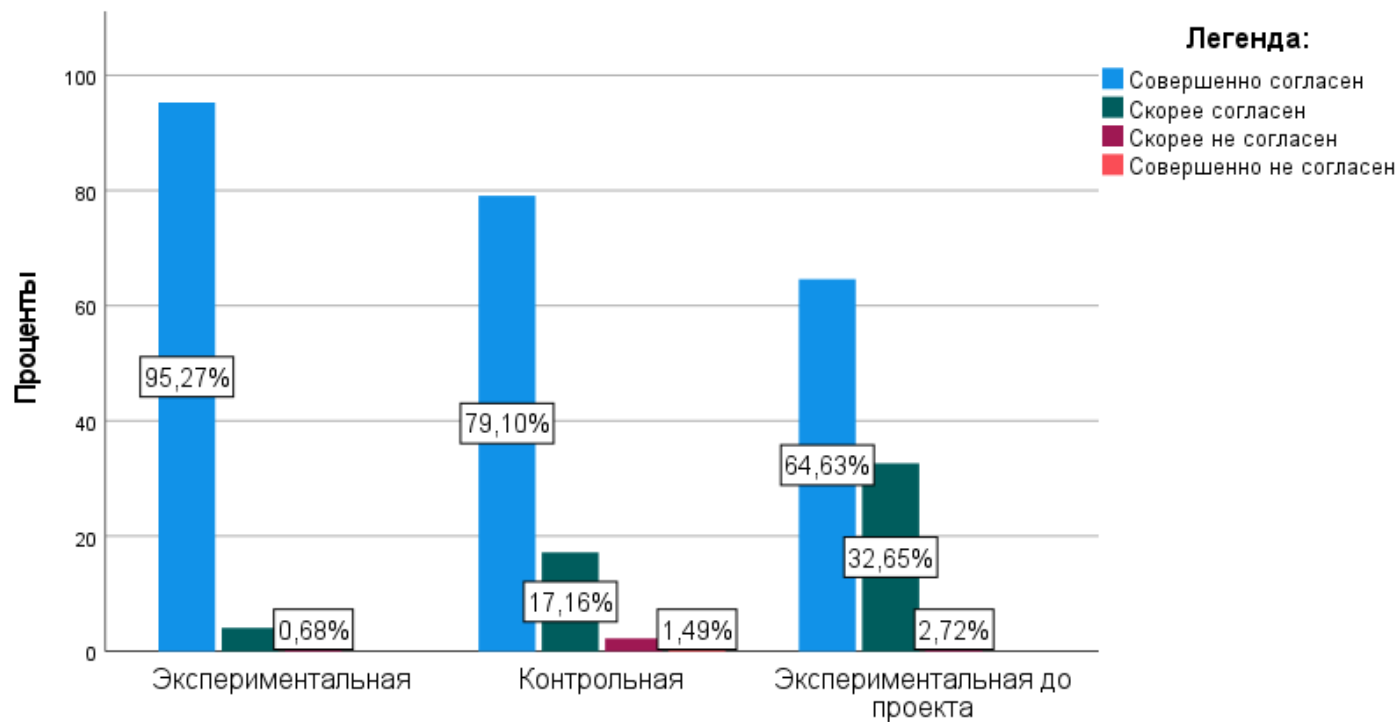


Рис. 29. Распределение ответов по суждениям о том, как должен вести себя медработник: оказать консультацию, направив к нужным специалистам

Заключение

Исходя из полученных результатов исследования, мы можем сделать вывод об однозначном положительном и значимом влиянии проекта на информированность медработников, их представления о проблематике ВИЧ-инфекции и СПИДе, а также формированию правильных установок в отношении пациенток с такими диагнозами. Особенно это видно на основании однозначных и, зачастую, единогласных ответов респондентов экспериментальной группы после участия в проекте. При этом следует прояснить ситуацию сравнения данных с контрольной группой, а также экспериментальной группой до начала проекта. Отметим, что в данном исследовании региональный фактор был нивелирован, однако вскрылись другие факторы, которые оказывали влияние на получение полной картины о представлении ВИЧ-инфекции.

По данным первого блока мы можем заметить, что контрольная группа в некоторых ответах схожа с правильными ответами экспериментальной группы после участия в проекте, тогда как экспериментальная группа до начала проекта выступает «аутсайдером» в ряде вопросов. Как ранее нами было отмечено, данная ситуация может являться следствием разного уровня осведомленности о проблемах ВИЧ-инфицированных людей и, возможно, при большем количестве респондентов среди контрольных групп мы могли бы получить более равные значения с экспериментальной группой до начала проекта.

Возможным решением данной проблемы может стать добавление в анкету блока социально-демографических данных (пол, возраст), профессионального опыта (опыт работы, врачебная специализация), занимаемую должность, а также имеется ли опыт взаимодействия с пациентами с ВИЧ-инфекцией - как на территории медицинского учреждения, так и за его стенами. Добавление такого блока вопросов позволит более точно установить не только причины расхождений/сходств в выборке, но и позволит

определить факторы, которые влияют на те или иные суждения у медработников, что позволит более локально и прицельно работать превентивными мерами стигматизации людей по признаку болезни.

Что касается второго блока, было установлено, что контрольная группа является более осведомленной о проблеме ВИЧ-инфекции, чем экспериментальная группа до участия в проекте. Однако было также зафиксировано наличие стигматизирующих представлений о женщинах с ВИЧ-инфекцией. Такое противоречие («осведомленность, но стигматизация») требует, по-видимому, вынесения в гипотезу для последующего измерения. Такая гипотеза может звучать следующим образом: чем выше осведомленность врача о проблематике ВИЧ-инфекции, тем выше его стереотипное представление о пациентах, которые его переносят. Проверить эту гипотезу также будет важным фактором при формировании объективных выводов.

Также дополним и то, что при сенситивных темах исследования, важно использовать вопросы по отношению к женской аудитории, однако при возможности можно просмотреть и другие виды стигматизированных групп, а именно – люди преклонного возраста с ВИЧ; мужчины с ВИЧ; дети с ВИЧ (в анкете затрагиваются проблемы детей, но по большей степени не со стороны ребенка как пациента, а ребенка пациента). Дополнение исследования данным фокусом позволит получить объективную картину о представлении медработников о ВИЧ-инфицированных пациентах в целом и позволит сформировать и проработать проект в более адресном подходе с учетом выявленной социально-демографической и профессиональной специфики.

Приложения

Приложение №1.

Массив данных всех респондентов, адаптированный под SPSS Statistic.

(файл кликабелен)



Массив проект
вместе.sav

Ответы респондентов как контрольной, так и экспериментальной группы (до участия в проекте и после).

(файлы кликабельны)



Ответы ДО



Ответы ПОСЛЕ



Ответы

экспериментальная экспериментальная контрольная групп