

Козлова А.В. Сравнительный анализ представлений педагогов и военных врачей о ВИЧ-инфекции



English version: [Kozlova A.V. Comparative analysis of the representation of the specialists about HIV infection](#)

Современная гуманитарная академия, Москва, Россия

[Сведения об авторе](#)
[Ссылка для цитирования](#)

В статье сравниваются результаты анкетирования педагогов дошкольных учреждений и врачей (не инфекционистов) – специалистов, которые по роду профессиональной деятельности взаимодействуют с лицами, затронутыми ВИЧ-эпидемией. В связи с представлениями о ВИЧ-инфекции рассматривается проблема толерантности, готовности специалистов оказывать помощь. Полученные данные наглядно показывают, что недостаточно просто быть правильно информированным в целом по проблеме ВИЧ-инфекции, так как это знание не оказывает практической поддержки специалисту в специфических условиях его работы: все «правильные» знания остаются за скобками, когда требуется принять решение, выразить отношение, применить знание конкретно. Результаты исследования отчетливо показывают: стигматизация, опасения, страх и дискриминационные установки свойственны специалистам независимо от профессии, возраста и стажа работы. На основе анализа полученных данных сформулированы предложения по решению проблемы.

Ключевые слова: уязвимость, ВИЧ-инфицированные, контроль обстоятельств жизни, осведомленность, дискриминация, ложная защищенность, стигматизация, феномен «знание-и-незнание»

Приходится признать, что российское общество все еще не осознало подлинную меру опасности, исходящей от эпидемии ВИЧ / СПИДа.

ВИЧ / СПИД в России: тенденции, проблемы, меры противодействия

На карте России практически не найти территории, где отсутствовали бы носители ВИЧ-инфекции. Одновременно идет процесс все большего насыщения регионов ВИЧ-инфицированными [ВИЧ / СПИД в России ... , 2004]. Проблема ВИЧ-инфекции давно перестала быть сугубо медицинской, но изучаются, главным образом, психологические особенности самих ВИЧ-инфицированных людей [Жданова, 2004; Корнеева, 2004; Лаврентьева, 2008]. ВИЧ-инфекция в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ / СПИД [1] отнесена к разряду социальных заболеваний, противодействие которым зависит от социального поведения населения. Изучение отношения к ВИЧ-инфицированным – также активно обсуждаемая тема [Бовина, 2004; Дети и семьи ВИЧ инфицированных ... , 2004; Козлова (в печати); Страхи членов семьи ...].

Сегодня рискованным является даже такое поведение, которое характеризуется низким уровнем информированности по проблеме ВИЧ-инфекции. Таковым уровнем будем считать отсутствие у человека современных знаний об изменениях в характере эпидемии, подходах к лечению заболевания, а также опору на сведения, почерпнутые из сообщений конца 80-х годов прошлого века.

За последние несколько лет изменился характер распространения эпидемии. Рассмотрим некоторые ее аспекты.

С момента открытия ВИЧ-инфекции стало понятно, что вирус может «проживать» только в особых клетках, во внешней среде этот вирус нежизнеспособен; он быстро погибает при кипячении, при обработке дезинфицирующими растворами. Особыми клетками оказались клетки иммунной системы. Свойство этих клеток таково, что некоторые из них могут проникать сквозь стенки сосудов и выходить из кровяного русла, разнося инфекцию. Поэтому при ВИЧ-инфекции вирус содержится в разных концентрациях во всех биологических жидкостях человека, самая высокая – в белых клетках крови, в сперме, влагалищном секрете, грудном молоке. При заражении количество вируса в белых клетках крови быстро увеличивается, и чем выше концентрация вируса, тем выше вероятность инфицирования при половом контакте, при переливании крови и внутривенном введении наркотиков (механизм «кровь в кровь»). Другие биологические жидкости (пот, слюна, моча, слезы) содержат ничтожные количества вируса, не порождая опасности заражения. За четверть века существования заболевания не было зарегистрировано ни одного случая заражения бытовым или воздушно-капельным путем. С грудным молоком ситуация оказалась следующей. В начале эпидемии, пока ученые только изучали болезнь, грудное молоко считалось безопасным, но постепенно собирались данные, и исследователи объявили: грудное молоко относится к биологически опасным жидкостям. Оказалось, что во время грудного вскармливания в 20–50 из 100 случаев происходила передача вируса ребенку; появились рекомендации сцеживать и кипятить молоко или переходить на искусственные смеси. При этом грудное молоко опасно только для младенцев, так как в их желудке еще не вырабатывается желудочный сок, который губителен для вируса. Этот факт, ставший уже историей, показывает, насколько важно быть в курсе современных исследований ВИЧ: вирусная ВИЧ-эпидемия стала неотъемлемой частью жизни и с этим нельзя не считаться.

О том, что ВИЧ-инфекция не знает морали и не выступает средством возмездия за личные грехи, человечество узнало в 1988–89 годах, когда в больницах Элисты, Волгограда, Ростова-на-Дону были массово инфицированы дети. Стало определенно ясно: заболевание перестало быть «принадлежностью» групп риска (к которым традиционно относили потребителей инъекционных наркотиков, коммерческих секс-работниц, мужчин, практикующих секс с мужчинами). Были срочно предприняты меры по использованию одноразового медицинского оборудования, разработаны правила поведения специалистов в условиях ВИЧ-инфекции (тщательная стерилизация инструментов, запрет на прямое переливание крови, применение медицинских перчаток и др.). Это дало хорошие результаты, и сегодня риск передачи ВИЧ-инфекции «медицинским» путем гораздо ниже, чем половым или путем внутривенного введения наркотика.

В России внутривенное употребление наркотиков остается главным фактором риска, хотя доля его постепенно снижается (с 83,2% до 46,5% в 2004 году) за счет увеличения гетеросексуального пути заражения, определяющего современное «лицо эпидемии» [ВИЧ / СПИД в России... , 2004].

Теперь во всем мире доля новых случаев инфицирования пополняется за счет гетеросексуальных половых контактов (Россия, к сожалению, не исключение). Это означает, что особенно уязвимыми становятся женщины, дети. Уязвимость определяется мерой контроля обстоятельств жизни и тем, может или не может в полной мере защититься человек от ВИЧ-инфекции и ее последствий. На степень уязвимости влияют: низкий уровень информированности по проблеме, дискриминация, враждебное отношение общества, отсутствие доступа к информации, а также к медицинской, социальной, психологической помощи, бедность, бесправие и другие факторы. Таким образом, уязвимость к ВИЧ всех членов общества и увеличение доли тех, кто является носителем вируса, ставит проблему социальной и психологической реабилитации, предполагает решение задач: 1) грамотного медицинского консультирования (в ситуации сообщения горького результата анализа, назначения теста на ВИЧ и др.); 2) интеграции детей, затронутых эпидемией ВИЧ, в образовательное пространство. Это требует уверенности, что специалисты компетентны и способны к решению поставленных социумом задач.

Врачи и педагоги всегда представляли собой авангард гуманизма. Самые сложные задачи, связанные с просвещением, образованием, милосердием, выпадали на долю представителей именно этих профессий. По-видимому, не является исключением и наше время, когда рост числа ВИЧ-инфицированных (хотя и чуть замедлившийся в последние годы) требует, чтобы решение проблемы

из абстрактно-государственного перешло в разряд конкретно-личностного, когда на уровне индивидуального поведения осуществляется работа по снижению риска и уязвимости по отношению к эпидемии. Но поскольку ширится круг людей, косвенно вовлеченных в эпидемию (к ним относятся как специалисты, которым необходимо уметь работать и оказывать профессиональную помощь ВИЧ-положительной части населения, так и дети, родственники тех, кто является носителями ВИЧ), то необходимость в знаниях становится условием снижения уязвимости.

Методы и выборка исследования

Опыт работы в двух разных системах послевузовского образования косвенно вовлеченных в проблему ВИЧ специалистов (педагогов дошкольных образовательных учреждений и военных врачей) позволил собрать уникальный материал, который описывается в данной работе. Гарантией компетентности и профессионального развития этих специалистов не выступают ни стаж, ни возраст, ни уровень образования, ни занимаемая должность. В профессиональном поведении исключительно важны личностные характеристики – насколько широко человек смотрит на окружающий мир, живет его заботами, насколько он готов учиться, меняться и насколько контролирует свои стереотипы и убеждения, порой весьма субъективные [Козлова, 2006].

В опросе приняли участие 116 человек – специалистов дошкольных учреждений (старшие воспитатели, заведующие, воспитатели коррекционных учреждений) и врачей (эпидемиологи, гигиенисты, психиатры, кардиологи, начальники медицинской службы части) по вопросам, связанным с эпидемией ВИЧ (в том числе специфичным для каждой профессии). Возраст испытуемых 27–70 лет. Стаж работы от 1 до 49 лет. Некоторые вопросы предусматривали выбор не одного, а двух-трех вариантов ответов последовательно. Материал для опроса, особенно в той его части, которая касалась знаний и отношения, не слишком варьировался. Это позволило сопоставить данные и получить выразительные результаты. Статистический анализ данных осуществлялся при помощи пакета SPSS 13.

Данные собирались на протяжении 2006–2008 годов. На занятиях, в процессе сбора данных, у слушателей-респондентов возникала дополнительная мотивация, что, как показала практика, оправдывало себя: понимание недостаточности имеющихся знаний и высокая эмоциональная заряженность затрагиваемой проблемы создавала замечательный фон для ведения занятий и для личной эффективности каждого слушателя. Так, изменялись установки на более профессиональные, чувство страха уступало место ответственности, возрастала готовность к сотрудничеству и помощи, желание вести просветительскую работу и др. Приведем некоторые примеры высказываний респондентов: «Для меня было важным то, что можно дать понять больному, что диагноз "ВИЧ-инфекция" – не смертельный приговор и жизнь продолжается» (муж., хирург, 27 лет); «Важным было осознание остроты этой проблемы, возникает мысль о том, насколько мы сами как врачи не информированы о проблеме ВИЧ» (жен., терапевт, 35 лет); «Обязательно соберу коллектив и проведу беседу, и дома расскажу» (жен., заведующая, 59 лет) и др.

Результаты и обсуждение

Полученные результаты позволяют с уверенностью говорить о необходимости повышения разных видов компетенций: информационной, коммуникативной и личностной у специалистов, косвенно связанных с эпидемией ВИЧ, так как в процессе оказания профессиональных услуг именно они обладают доступом к широкой (как в количественном, так и качественном отношении) аудитории и могут серьезно влиять на притормаживание роста эпидемии.

В обыденном представлении самой информированной категорией профессионалов по проблеме ВИЧ-инфекции должны быть врачи. И поэтому в том, что осведомленность врачей и педагогов о некоторых аспектах эпидемии различна (на статистически значимом уровне, сравнение по t-критерию для независимых измерений), нет ничего удивительного. Но это различие касается лишь отдельных, разрозненных знаний: лечение инфекции (уровень значимости $p < 0,001$), эпидемиологический спутник ВИЧ-инфекции ($p = 0,004$), одна из распространенных причин смерти людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) ($p = 0,009$), добровольность тестирования на ВИЧ по закону ($p = 0,04$), наличие в городе

центра по профилактике и борьбе с ВИЧ / СПИДом ($p < 0,001$). Рассмотрим подробнее эти аспекты в ответах респондентов.

Таблица 1

Знания о лечении ВИЧ-инфекции (в процентах)

Варианты ответов	Профессия	
	Воспитатели	Врачи
Затрудняюсь ответить	52,8	9,1
Назначение иммуномодуляторов	40,0	77,3
Химиотерапия	3,6	9,1
Лечение лишено смысла	3,6	4,5

Современное лечение ВИЧ-инфекции связано с разработкой высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), которая имеет комплексный характер и заключается в сочетании нескольких химиопрепаратов. Это позволяет говорить сегодня о ВИЧ-инфекции как о длительно текущем хроническом заболевании и рассматривать его как заболевание, при котором человек может жить не один десяток лет. Знание медицинских тонкостей лечения ВИЧ-инфекции не входит в круг обязательных знаний педагогов и многих медицинских специалистов. Но понимание принципа лечения – очень важный элемент консультирования и просветительской деятельности. В это понимание входит знание о том, что лечение назначается не сразу после постановки диагноза, а только по определенным клиническим показателям, потому что само лечение, продлевающее жизнь и повышающее качество жизни, является не только тяжелым (токсичным), но и требует большой ответственности со стороны пациента (это называют «приверженностью лечению»). Связано это с таким свойством вируса, как необыкновенная гибкость. Поэтому небрежность в приеме лекарства приводит к мутациям вируса – он обучается выживать при данном препарате, образует новые штаммы, и тогда либо требуется менять препарат, либо оказывается, что нужное лекарство еще не найдено.

Понимание сути лечения позволяет правильно вести консультативную и образовательную беседу, создает предпосылки для нахождения нужных аргументов в беседе с человеком, особенно нуждающимся в лечении и других видах поддержки (социальной, психологической, информационной). Тем не менее каждый второй педагог затрудняется с ответом на этот вопрос, а у подавляющего большинства опрошенных представление о лечении ассоциируется с тем, что ВИЧ подавляет иммунитет, да еще сопровождается установкой на безнадежность исхода инфекции (то есть информацией, характерной для состояния проблемы на конец 80-х годов XX столетия). Таким образом, информированность в области новаций лечения инфекции невысокая в обеих профессиональных группах, но в группе педагогов незнание встречается достоверно чаще, чем среди врачей.

Вывод о том, что большинство опрошенных оперируют устаревшими сведениями, еще более очевиден при анализе данных, отображенных в таблицах 2 и 3.

Таблица 2

Ответы на вопрос «Являются ли синонимами ВИЧ и СПИД?» (в процентах)

Варианты ответов	Профессия	
	Воспитатели	Врачи
Да	38,2	9,1
Нет	40,0	90,9
Не знаю	21,8	–

В таблице 2 отражены яркие различия в ответах врачей и педагогов: врачи правы в том, что это разные понятия. Эти различия носят неслучайный характер – одна категория специалистов действительно лучше другой знает, что ВИЧ и СПИД не синонимы (t -критерий; $p < 0,01$).

Наиболее распространенными причинами смерти ВИЧ-инфицированных людей являются передозировка и гепатит.

Таблица 3

Сравнительный анализ ответов на вопрос о распространенных причинах смерти ВИЧ-инфицированных (в процентах)

Варианты ответов	Воспитатели		Врачи	
	1 выбор	2 выбор	1 выбор	2 выбор
СПИД	56,4	–	77,4	–
Передозировка	18,2	41,2	4,5	11,0
Суицид	1,8	35,3	4,5	38,9
Серд.-сосудистые заболевания	3,6	5,9	–	5,6
Гепатит	1,8	17,6	–	38,9
Пневмония	–	–	–	5,6
Затрудняюсь ответить	18,2	–	13,6	–

Обратите внимание, как представления о неизлечимости и синонимичности понятий «ВИЧ» и «СПИД», характерные для ситуации конца 80-х годов, определяют ответы в обеих группах: как врачи, так и педагоги с поразительным отрывом первой причиной называют СПИД. И только в качестве второй причины ответ «Гепатит» у врачей соперничает по количеству выборов с ответом «Суицид», что, скорее, отражает субъективные, а не реальные данные. С другой стороны, при таком отношении общества к людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ), суицид ВИЧ-инфицированных – не столько проявление безысходности, сколько реакция на отношение со стороны окружающих; распространенность суицидов является своего рода индикатором состояния общества. Мы уже знаем, что современное лечение переводит ВИЧ-инфекцию в длительно текущее хроническое заболевание, и поэтому линия жизни людей, живущих с ВИЧ может быть прервана самыми распространенными (в частности для России) причинами: сердечно-сосудистые заболевания, травмы при ДТП и др. Но устоявшееся убеждение мешает и оказанию медицинской, психолого-педагогической и социальной помощи людям, живущим с ВИЧ.

Знают ли специалисты о существовании Центра по профилактике и борьбе с ВИЧ? Ответы приведены в таблице 4: на 10 педагогов приходится примерно один информированный специалист, среди врачей – каждый второй. Различия статистически достоверны (сравнение по t-критерию).

Таблица 4

Информированность о Центре по профилактике ВИЧ (в процентах)

Варианты ответов	Профессия	
	Воспитатели	Врачи
Да, знаю (приходилось сотрудничать)	10,9	54,5
Не знаю (варианты: не интересовался; уверен, что такого Центра, например в Москве, нет)	89,1	45,5

В ответах таблицы 4 отражается также вероятность столкновения и реальное число случаев оказания разными специалистами (воспитателями и врачами) помощи людям с ВИЧ-контактом. Поэтому представляют интерес ответы специалистов относительно вероятности столкновения с ВИЧ лично для себя (по 10-балльной системе). Они отражают специфику профессионального труда, а также показывают, что среди воспитателей (в целом менее осведомленных по вопросам инфекции) примерно каждый третий не хочет даже допускать мысли о риске для себя. Среди врачей такая реакция встречается в единичных случаях, и в целом риск для себя они оценивают более высокими баллами, чем педагоги.

Таблица 5

Субъективная оценка риска личного столкновения с ВИЧ-инфекцией (в процентах)

Оценка личного риска по 10-балльной системе	Воспитатели	Врачи
Не хочу отвечать	29,1	4,5
От 0 до 4 баллов	41,8	31,8
5 баллов	20,0	45,6
Выше 5 баллов	9,1	18,1

Продолжим сравнительный анализ уровня информированности двух групп специалистов. Представление о путях передачи ВИЧ-инфекции является ключевым в вопросах профилактики и просвещения. Существуют такие понятия, как «горизонтальный» и «вертикальный» пути передачи ВИЧ-инфекции. К первому относят половой путь и «кровь в кровь» (два правильных ответа), ко второму – передачу инфекции от матери к ребенку во время беременности, родов и грудного вскармливания. Респондентам предлагалось выбрать правильный ответ. В таблицах 6 и 7 приведены результаты.

Таблица 6

Горизонтальный путь передачи ВИЧ: представления респондентов (в процентах)

Ответы	Воспитатели		Врачи	
	1 выбор	2 выбор	1 выбор	2 выбор
При медиц. и немедиц. вмешательстве	47,3	–	59,1	–
Половой	43,6	51,2	22,7	75,0
Укусы, поцелуи, рукопожатие, маникюр. инструменты	3,6	32,5	–	12,5
Роды и грудное вскармливание	–	16,3	–	12,5
Затрудняюсь ответить	5,5	–	18,2	–

То, что самые высокие проценты в обеих группах относятся к вариантам «при медицинском и немедицинском вмешательстве», «половой путь» (при первом и втором выборе), очевидно. Однако интересны профессионально обусловленные различия в ответах. И эти отличия показывают, насколько мало даже правильные знания влияют на установки и регуляцию поведения. Обратите внимание: у врачей в качестве первого варианта доминирует путь заражения «при медицинском и немедицинском вмешательстве», т.е. механизм «кровь в кровь». У педагогов при втором выборе появляется значительный процент ответов (32,6%), свидетельствующих о том, что бытовой путь (в частности, укусы как условия, значимые для детского сада) выступает в их представлении механизмом инфицирования. Да и некоторые врачи отреагировали на этот механизм (12,5%). Почти каждый пятый врач затруднился определить, что из перечисленных вариантов считается горизонтальным путем передачи инфекции. Таким образом, неуверенное знание механизмов передачи ВИЧ-инфекции в релевантной ситуации (для воспитателей это, например, укусы детей) легко уводит в сторону от существа вопроса (в данном случае – что представляет собой горизонтальный путь передачи инфекции).

Таблица 7

Вертикальный путь передачи ВИЧ: представления респондентов (в процентах)

Ответы	Воспитатели		Врачи	
	1 выбор	2 выбор	1 выбор	2 выбор
При переливании	61,8	–	18,2	–
От матери к ребенку	7,3	50,0	50,0	–
Внутривенное введение наркотика	10,9	50,0	4,5	100
Затрудняюсь ответить	20,0	–	27,3	–

Понятие «вертикальный путь передачи ВИЧ-инфекции» вызвало больше затруднений и разногласий: воспитатели сочли, что этот путь связан преимущественно с процедурой переливания крови, в качестве второго варианта уже выбирают правильный ответ – от матери к ребенку. Каждый второй из выборки врачей уже при первом выборе дает правильный ответ. И самое главное: обе группы опрошенных ассоциативно относят внутривенное введение наркотиков к вертикальному способу передачи ВИЧ-инфекции. Это подтверждает вывод о неуверенном знании путей передачи инфекции, а значит, уязвимости и самих специалистов, и тех, по отношению к кому они исполняют профессиональные обязанности. Внутривенное введение наркотиков сопряжено с высоким риском попадания инфицированной крови в кровоток другого человека (т.е. немедицинское вмешательство, путь заражения «кровь в кровь»), также и переливание, являясь медицинским вмешательством, сопряжено с высоким риском реализации механизма инфицирования «кровь в кровь». Опрошенные знают, что это в целом опасно, и об этом свидетельствуют их ответы, пусть и невпопад. Но подавляющее большинство из них, встретив понятия «горизонтальный» и «вертикальный путь передачи ВИЧ», скажем, в литературе по проблеме, в лучшем случае из контекста смогут понять, о чем идет речь, но ведь могут и не определить или еще больше запутаться в понимании путей передачи ВИЧ-инфекции, наполнив понятия актуальными страхами и ассоциациями.

Другим очень важным показателем информированности является знание о серопозитивном окне – периоде времени, когда тесты не могут определить вирус (см. таблицу 8). Связано это как с отсутствием антител в крови человека (иммунитет еще не отреагировал на вирус), так и с низкой (недостаточной для теста) нагрузкой вируса в крови человека. В среднем такой период составляет 3–6 мес. (многое зависит от общего здоровья, иммунитета, др. факторов). При этом человек, даже получив отрицательные результаты теста, может быть носителем вируса и при определенном поведении представлять опасность (не использует презерватив при половых контактах, выступает в качестве донора, пользуется наряду с другими общим шприцем или раствором наркотика, приготовленным с использованием крови).

Таблица 8

Период от заражения до выявления признаков ВИЧ: представления респондентов (в процентах)

Варианты ответов	Воспитатели	Врачи
От 2–3 нед. до 3–6 мес.	18,2	41,0
1 мес.	3,6	4,5
6 мес.	12,7	36,4
12 мес.	–	13,6
Затрудняюсь ответить	65,5	4,5

Из таблицы 8 видно, что менее всего информированы по данному вопросу педагоги (65,5% затруднились с ответом). У врачей дело обстоит лучше, и на другой вопрос – «Отрицательный результат теста на ВИЧ через месяц после рискованного контакта говорит об отсутствии инфекции?» – правильно отвечают 77,3%: такой результат теста – еще не гарантия свободы от вируса. А в группе педагогов мнения разделились примерно поровну: треть полагает, что это означает отсутствие ВИЧ (30,9%), треть считает, что такой результат – не гарантия отсутствия ВИЧ (36,4%), и треть (32,7%) затруднилась с ответом. Все это уже имеет прямое отношение к уязвимости, о которой мы говорили вначале.

Напомним, что наблюдения за вирусом на протяжении 25 лет его изучения показали, что вирус очень неустойчив, может выживать только за счет определенных клеток организма человека – белых клеток крови, быстро погибает во внешней по отношению к организму человека среде, особенно при кипячении и обработке дезинфицирующими средствами. Но вирус не терпит по отношению к себе небрежения, и в условиях инфекционной эпидемии любой обязан при контакте с биологическими жидкостями другого человека во всех обстоятельствах применять меры профилактики (к тому же кроме ВИЧ существует множество других инфекций, например вирусный гепатит В и др.). Вот эти правила профилактики:

1) независимо от возраста, степени родства, знакомства контакт с чужой биологической жидкостью

- всегда должен осуществляться в медицинских перчатках (иметь их под рукой и приучить себя до автоматизма ими пользоваться);
- 2) попавшую на кожу чужую биологическую жидкость смыть водой (прополоскать рот, промыть глаз, но не тереть);
- 3) если есть ранка, обработать ее дезинфицирующим средством, раствором антисептика (йод, 0,05%-ный раствор марганцовки, перекиси водорода, спирт и т.д.);
- 4) загрязненную одежду, предметы обработать дезинфицирующими средствами.

Для врачей добавляются некоторые обязательные правила обращения с медицинским инструментом (например, не надевать иглу на весу, дабы избежать прокола перчатки и кожи, и др.).

Если применять эти весьма простые правила, то знание ВИЧ-статуса другого человека не является необходимым знанием: каждый, осуществляя грамотное поведение, тем самым снижает вероятность риска настолько, насколько это позволяют обстоятельства его жизни, самостоятельно управляет ситуациями, которые являются рискованными с точки зрения ВИЧ-инфицирования (отказ от внутривенного применения наркотиков, упорядочение половой жизни, снижение уровня рискованности поведения, сопряженного с необходимостью переливания крови, добровольное прохождение анализа на ВИЧ с целью самоконтроля, когда были ситуации риска, и др.). Кроме того, свойство вируса таково, что инфицированный человек долгое время может и сам не знать о наличии инфекции (есть научные данные о том, что от 60% до 90% (в разных странах) ВИЧ+ людей не догадываются о том, что они носители вируса [ВИЧ / СПИД в США ..., 2006], но при этом при определенных ситуациях (пути передачи ВИЧ) являются источниками заражения), а тест на ВИЧ не дает 100%-ного надежного результата (существует серопозитивное окно), поэтому поведение должно быть одинаково защищенным, особенно при контакте с опасными биологическими жидкостями (кровь, сперма, влагалищный секрет) в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции.

100% врачей и 83,0% педагогов считают, что профилактические меры должны предприниматься всегда при контакте с любыми биологическими жидкостями другого человека. Но это абсолютно справедливое утверждение, как мы далее убедимся, остается декларацией. Именно стремление понять и объяснить причины обнаруженного рассогласования составляет основу настоящей статьи.

Когда был задан вопрос о том, нужно ли знать о ВИЧ-статусе человека, то 66,7% врачей и 51,1% педагогов сочли это необходимым. Когда задаешь вопрос «зачем?», выясняется – «для того, чтобы предпринять защитные меры». Вот и получается, что за правильным ответом «профилактические меры при контакте с чужой биологической жидкостью должны применяться всегда» отсутствует реальная опора для правильного поведения в условиях эпидемии. Фактически профилактические меры далеко не всеми и не всегда применяются, но удвоенно – тогда, когда известен ВИЧ-статус пациента. И этот ответ мы получаем на фоне статистически достоверно более высокого уровня осведомленности и правильности ответов медиков, чем педагогов, по некоторым позициям. Напомню, что опрошенные врачи почти в 2/3 случаев полагают, что именно знание ВИЧ-статуса пациента защищает их самих и других пациентов от ВИЧ-инфекции! Но очевидна сомнительность защитной роли такого знания, зато не вызывает сомнений другое: такое «знание» выступает источником дискриминации человека. На медицинской карточке появляется знак-клеймо, слух распространяется и приводит к лишению поддержки и соблюдения человеческих прав, психологическому отвержению человека (будь то взрослый или ребенок). К людям, живущим с ВИЧ, меняется отношение, им неохотно оказывается помощь, они оказываются в социальной изоляции, что только ухудшает состояние общества. Происходит стигматизация и дискриминация людей, живущих с ВИЧ, но это не останавливает распространение инфекции. Усилия должны лежать в другой плоскости: стремиться нужно не к знанию статуса другого (ложная защищенность), а к знанию и неукоснительному соблюдению простых правил поведения в условиях инфекционной эпидемии, о которых говорилось выше.

Косвенным подтверждением тому, что понимание информированности у большинства специалистов лежит в плоскости ложной, служат ответы на вопросы, которые приведены в таблице 9.

Таблица 9

Отношение респондентов к ЛВЖ – людям, живущим с ВИЧ (в процентах)

Вопросы	Воспитатели (сумма по строке = 100%)			Врачи (сумма по строке = 100%)		
	Согл.	Не согл.	Затр. отв.	Согл.	Не согл.	Затр. отв.
1. Можно ли ВИЧ+ людям работать учителями, воспитателями, врачами?	30	39,4	30,6	66,7	33,3	–
2. У работающих с ВИЧ+ людьми высокий профессиональный риск заражения?	34,0	34,0	32,0	33,3	66,7	–
3. Нужно ли избегать контактов (общения) с ВИЧ+ людьми, чтобы избежать заражения?	22,3	56,4	21,3	50,0	33,3	16,7
4. Ставить ли в известность родителей, если учреждение посещает ребенок с ВИЧ+?	56,4	23,4	20,2	66,7	33,3	–

Из таблицы 9 видно, что почти 40% воспитателей считают ВИЧ+ коллегу опасным для воспитанников и пациентов. Большинство врачей (66,7%) не видят сильных поводов для тревоги (вопросы 1, 2). Но зато при ответе на третий вопрос, который другими словами спрашивает о том же, врачи вдруг в 50% случаев готовы избегать контакта с ВИЧ-инфицированными (ВИЧ+), чтобы избежать заражения, а воспитатели, напротив, в 56,4% случаев не считают нужным избегать контактов с ВИЧ+ людьми. В то же время большинство респондентов солидарны в том, что родители, персонал должны знать о ВИЧ-статусе другого человека (вопрос 4). Таким образом, вскрывается еще одна очень важная проблема: отсутствие применения правильных знаний. Одним из объяснений может быть феномен, который описал еще З.Фрейд как присущий вообще человеку: рациональное понимание не всегда выступает мотивом поведения. Он называл его «знание-и-незнание». Именно на его преодоление должны быть направлены усилия: специалистам необходимо помочь установить смысловые мостики между правильным знанием и правильным поведением в ситуации, которая описывается как эпидемиологическая по отношению к ВИЧ-инфекции. А это возможно, если восприятие информации характеризуется личностным осмыслением, внутренней работой по встраиванию ее в имеющуюся систему знаний, созданием установок на личностное отношение к рассматриваемому вопросу.

Возвращаясь к результатам таблицы 9, отметим, что если твердо знать, что существует только три пути передачи ВИЧ, а именно: половой, «кровь в кровь», от матери к ребенку, то какой из этих трех путей могут реализовать ВИЧ-инфицированные дети по отношению к воспитателям или ВИЧ+ пациенты по отношению к врачам? Таким образом, мы снова приходим к выводу, что опасна не сама по себе инфекция, но тот стиль поведения, который практикует человек. Поведение индивида (т.е. каждого из нас) должно быть минимально уязвимым и минимально рискованным по отношению к вирусу. И такое поведение включает, прежде всего, собственное грамотное поведение, соблюдение, по-возможности безупречное, профессионально-этических норм и требований.

По полученным данным, 66,7% врачей и чуть более 30% педагогов (различия статистически значимы, сравнение по t-критерию для независимых измерений) предполагают, что ВИЧ+ людям можно работать врачами и учителями. Статистический анализ показал, что – по сравнению с респондентами 36–55 лет – испытуемые 27–35 лет и старше 56 лет достоверно категоричнее относительно того, что ВИЧ+ людям нельзя работать воспитателями, учителями, врачами ($p < 0,05$). На мой взгляд, этот факт отражает ситуацию недостаточной информированности более молодых (27–35 лет) респондентов по сравнению с теми, чья карьера развивалась на фоне бурного информирования о новом на то время заболевании (36–55 лет); и ситуацию, когда ошибочная информация о ВИЧ как «чуме» обусловила стойкий страх у тех, кому сегодня под 60 (люди 56 лет и старше).

Группы респондентов различались по половому признаку (среди воспитателей были только женщины, а среди врачей были и мужчины), обратите внимание на то, как это отразилось на ответах (см. таблицу 10). Современные научные данные о характере распространения ВИЧ-инфекции свидетельствуют о том, что в ситуации полового контакта женщина (по биологическим, социально-экономическим и психологическим причинам) в три раза уязвимее перед вирусом, чем мужчина.

Таблица 10

Гендерные аспекты риска ВИЧ-инфицирования. Ответы на вопрос: «Вероятность ВИЧ-инфицирования выше у женщин?» (в процентах)

Варианты ответов	Воспитатели	Врачи
У женщин	28,8	–
У мужчин	2,5	22,7
Не зависит от пола	48,7	72,8
Затрудняюсь ответить	20,0	4,5

Примерно треть воспитателей (все – женщины) ответили, что риск выше у женщин, а 22,7% врачей (среди которых были как мужчины, так и женщины) сказали, что риск выше у мужчин. Большинство респондентов обеих групп убеждены, что существенной разницы не должно быть.

Каждый 5-й педагог затрудняется ответить, какой же путь передачи ВИЧ-инфекции определяет «лицо» эпидемии. По мнению 59,1% врачей, инъекционный путь заражения определяет направление эпидемии в современных условиях. Но сегодня это только часть картины. Другая часть – гетеросексуальный путь (в самом начале статьи мы об этом упоминали). О нем как о ведущем говорят только 34,5% педагогов и 22,7% врачей. И то, скорее, как о привычном, широко известном пути инфицирования ВИЧ, вне контекста современных знаний. На самом деле знание направления распространения инфекции позволяет специалистам правильно выстроить линию профессиональной помощи: педагогам, например, быть готовыми к появлению в образовательных учреждениях детей не только с контактом по ВИЧ, но и ВИЧ+; врачам – к увеличению доли ВИЧ+ женщин и т.д.

У ВИЧ+ мамы (согласно статистике) в 20% случаев рождается ребенок с ВИЧ-инфекцией, а если беременная женщина получает лечение, то риск снижается до 2–5%. Таким образом, ВИЧ-инфекция не приводит в ста процентах случаев к инфицированию ребенка, и его будущее здоровье зависит от умения правильно проконсультировать будущую маму и настроить на лечение, если она в нем нуждается. А здесь одинаково важна работа и врачей, и педагогов. При этом рождение ребенка-инвалида возможно как у ВИЧ+, так и у свободной от инфекции женщины, потому что на развитие физических и психических недостатков влияют другие факторы, не вирус иммунодефицита человека. Посмотрим на ответы наших респондентов.

Таблица 11

ВИЧ и дети: представления респондентов (в процентах)

Вопросы	Воспитатели (сумма по строке = 100%)			Врачи (сумма по строке = 100%)		
	Согл.	Не согл.	Затр. отв.	Согл.	Не согл.	Затр. отв.
1. У ВИЧ+ мамы рождается ребенок-инвалид?	29,8	43,6	26,6	66,7	16,7	16,6
2. ВИЧ+ дети отстают в развитии?	25,5	46,8	27,7	100	–	–
3. ВИЧ+ дети могут посещать образовательные учреждения?	56,4	25,5	18,1	83,3	16,7	–
4. Есть ли необходимость для ВИЧ+ детей создавать специализированные закрытые учреждения?	31,8	42,6	25,6	16,7	83,3	–

Ответы на 1 и 3, 4 вопросы таблицы 11 обусловлены, на мой взгляд, профессиональной принадлежностью: так, среди опрошенных педагогов было 55,3% воспитателей коррекционных учреждений, хорошо знающих природу отклонений в физическом и психическом развитии ребенка. Их ответы свидетельствуют о том, что в своей практике они не сталкиваются с физическими или психическими недостатками развития детей по причине вируса ВИЧ. А вот врачи с большой степенью готовности верят в то, что ребенок рождается инвалидом; особенно показательны ответы врачей на второй вопрос, об отставании в развитии. Среди педагогов в сравнении с врачами (которых

этот вопрос касается косвенно, разве только как родителей или бабушек-дедушек) меньше тех, кто согласен, что ВИЧ+ дети могут посещать образовательные учреждения; больше сомневающихся в этом и больше тех, кто не согласен с тем, что ВИЧ+ дети могут посещать обычные школы и детские сады. Большинство врачей не видят оснований для организации специализированных детских садов для ВИЧ+ детей, тогда как ответы воспитателей на этот вопрос распределены куда более равномерно.

Полученные данные наглядно показывают, как недостаточно просто быть правильно информированным в целом по проблеме ВИЧ-инфекции, так как это знание не оказывает практической поддержки специалисту в его специфических условиях работы: все правильные знания остаются за скобками, когда требуется принять решение, выразить отношение, применить знание конкретно.

Рассмотрим знания респондентов о юридических аспектах проблемы ВИЧ-инфекции. На протяжении последних 14 лет все вопросы, связанные с ВИЧ-инфекцией, регламентирует Закон № 38-РФ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого ВИЧ» от 30 марта 1995 года (в редакции от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ).

Статья 5 Закона гласит, что ВИЧ-инфицированные граждане РФ на ее территории обладают всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией. Государством гарантируется получение ими образования на общих основаниях.

Согласно статье 7 Закона тестирование на ВИЧ является добровольной процедурой (сравните с результатами опроса, приведенными в таблице 12).

Таблица 12

Юридические аспекты проблемы ВИЧ: информированность респондентов (в процентах)

Вопросы	Воспитатели			Врачи		
	Согл.	Не согл.	Затр. отв.	Согл.	Не согл.	Затр. отв.
По закону тестирование на ВИЧ является добровольным?			3,6			9,1
Согласен, явл. добровольным	18,2			36,4		
Не согласен, явл. обязательным		78,2			54,5	
Разрешает ли закон ВИЧ+ детям учиться на общих основаниях?	38,3	10,6	51,1	50,0	—	50,0

Обязательное тестирование в Законе предусмотрено для нескольких категорий населения:

- доноров крови, биологических жидкостей, органов и тканей;
- работников отдельных профессий, перечень которых утверждается Правительством РФ (утвержден постановлением от 04.09.1995 г. № 877);
- иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывающих в Россию на срок более 3 мес.

Отдельными постановлениями разрешен скрининг [2] лиц, находящихся в местах лишения свободы (Постановление № 221 от 28.02.1996 г.) и призывников (Положение о военно-врачебной экспертизе № 123 от 25.02.2003 г.). Беременные женщины, люди, поступающие в стационар, и другие категории населения не подлежат обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ (см. ответы респондентов в таблице 12).

Именно потому, что анализ на ВИЧ – процедура добровольная, в Законе 38-РФ отдельным пунктом вынесено обязательное требование консультирования до и после тестирования на ВИЧ, в ходе которого можно провести разъяснительную беседу, предоставить человеку грамотную информацию, выслушать его страхи и мифы относительно этого заболевания, вместе с ним разобраться в причинах его индивидуальной уязвимости по отношению к ВИЧ, убедить в необходимости изменения каких-то правил поведения и т.д. Без такой работы механическое взятие анализа оказывается низкоэффективной процедурой: человек остается в неведении и поэтому уязвим.

Таблица 13

Представления респондентов об обязательном тестировании на ВИЧ (в процентах)

Варианты ответов	Выбор категории населения					
	1 выбор		2 выбор		3 выбор	
	Врачи	Педагоги	Врачи	Педагоги	Врачи	Педагоги
Все, на усмотрение врача	9,1	12,7	–	–	–	–
Все нуждающиеся в плановой госпитализации	22,7	21,8	9,5	4,3	–	–
Все попадающие в стационар	27,3	20,0	4,8	8,7	5,0	4,4
Беременные	4,5	25,5	19,0	39,1	5,0	4,4
Медицинские и научные работники, имеющие дело с ВИЧ-материалами	36,4	5,5	33,3	28,3	5,0	8,9
Доноры	–	1,8	33,3	19,6	50,0	57,8
Лишенные свободы	–	5,5	–	–	10,0	15,6
Призывники	–	–	–	–	20,0	–
Иностр. граждане и лица без гражданства	–	3,6	–	–	5,0	8,9
Все	–	1,8	–	–	–	–
Затрудняюсь ответить	–	1,8	–	–	–	–

В таблице 13 обращает на себя внимание разнообразие выборов респондентами обеих групп. Врачи к обязательным категориям относят (в порядке убывания): работающих с ВИЧ-материалами, беременных, всех, попадающих в стационар и нуждающихся в госпитализации. Примерно так же думают воспитатели, представляя собой, по сути, категорию пациентов, которые обучены врачами безропотно сдавать все назначенные анализы. И лишь третьим выбором каждый второй педагог и врач называет доноров той категорией, которая обязательно подлежит тестированию на ВИЧ. Иностранцы граждане и лица без гражданства, прибывающие в Россию, практически не относятся респондентами к категории лиц, которые обязаны проходить тестирование на ВИЧ-инфекцию.

Заключение и выводы

Подведем итоги. ВИЧ-инфекция – поведенческая болезнь, и притормозить ее рост может отнюдь не лекарственная терапия, а изменение поведения каждого в сторону снижения уязвимости и риска. И для каждого человека это будет определенная линия поведения: для семьянина – сохранение верности, для пылко влюбленных – использование презерватива, для инфицированного – приверженность лечению, для специалиста дошкольного учреждения – грамотное поведение при контакте с биологическими жидкостями другого человека и содействие росту и развитию детей, для врачей – грамотное до- и послетестовое консультирование по ВИЧ и др.

Неосведомленность – это не медицинская, а социально-педагогическая проблема. Мировой опыт показывает: неинформированность, нарушение прав ведет к усилению эпидемии. Результаты проведенного нами исследования отчетливо показывают: стигматизация, опасения, страх и дискриминационные установки свойственны специалистам независимо от профессии, возраста и стажа работы. Ждать, что специалисты сами наберутся компетентности в условиях разрастающейся (пусть и не столь стремительными темпами, как в конце 90-х годов) эпидемии, становится опасным как для самих специалистов, так и для населения, ориентирующегося на поведение профессионалов. Опыт работы показал, что ни врачи не готовы к медицинскому консультированию и общению с пациентом, имеющим ВИЧ-инфекцию, ни педагоги не готовы к общению и работе с детьми, затронутыми ВИЧ-инфекцией (т.е. не обязательно даже имеющими положительный ВИЧ-статус).

Результаты показали, что по ряду вопросов знание врачей превосходит информированность педагогов (в частности, дошкольных учреждений). Однако в том, что касается отношения, фрагментов юридического знания и способа распоряжения имеющимися знаниями, мы наблюдаем поразительное сходство. В основе – стигмы, страхи, агрессия, во многом опирающиеся на знания, которыми обладало человечество в самом начале знакомства с этим заболеванием.

Таким образом, на первое место выходит личностный фактор, оставляя позади профессиональные знания/незнания. Как мы могли убедиться, лучшая осведомленность на том уровне, который был выявлен, редко (или почти не) способствует правильному поведению. И именно в этом я вижу проблему, требующую решения. На мой взгляд, необходимо следующее

1) Обеспечить не просто информирование (которое представлено в СМИ, на информационных стендах в поликлиниках, детских садах и других учреждениях), а системные современные знания, связанные (внимание!) с профессиональной деятельностью конкретных специалистов. Фрагментарное информирование лишь увеличивает уязвимость, создавая чувство ложной защищенности с потерей контроля за условиями, в которых осуществляется рискованное поведение. Таким образом, просветительская работа имеет смысл только в том случае, если является адресной и системной, позволяющей специалистам понять, каким образом ими может быть применима и использована полученная информация;

2) Направить усилия на обновление информации, касающейся эпидемии ВИЧ: устаревшие, 20-летней давности, сведения по-прежнему определяют отношение, установки и поведение специалистов, что крайне неблагоприятно сказывается в обществе (в виде стигматизации, дискриминации, озлобленности, неприятия и брезгливой отстраненности от проблемы, которая давно имеет отношение не только к так называемым группам риска).

И решать эти задачи нужно срочно, пока эпидемия чуть сбавила обороты в набирании темпа роста (в частности, в Москве). Массовое соприкосновение с проблемой без подготовки может явиться для специалистов (особенно немедицинских специальностей, а также врачей, не работающих с группами населения, традиционно считавшимися особенно уязвимыми к ВИЧ) мощным стрессом, что, скорее всего, осложнит атмосферу в обществе. Хорошим потенциалом для решения поставленных задач обладает система повышения квалификации. Нужно использовать и другие возможности.

Литература

Бовина И.Б. Представления о СПИДе и ВИЧ-инфицированных в молодежной среде [Электронный ресурс] // Социологический журнал. 2004. N 3–4.

URL: <http://demoscope.ru/weekly/2006/0259/analit06.php> (дата обращения: 22.04.09)

ВИЧ / СПИД в России: тенденции, проблемы, меры противодействия: аналитический материал [Электронный ресурс] / А.П.Сельцовский [и др.]; Департамент здравоохранения г. Москвы, Российский институт стратегических исследований. М., 2004. 46 с.

URL: <http://www.spid.ru/09/pic/090301.pdf> (дата обращения: 14.04.09).

ВИЧ / СПИД в США: нерешенные вопросы противодействия эпидемии: аналитический материал [Электронный ресурс] / Е.М.Кожокин [и др.]; Российский комитет защиты мира. М., 2006.

URL: <http://www.spid.ru/09/pic/090305.pdf> (дата обращения: 14.04.09).

Дети и семьи ВИЧ-инфицированных. Психологические аспекты [Электронный ресурс] //

MedLinks.Ru: Вся медицина в Интернет. 2004. 2 сентября. Раздел: Психиатрия и психология.

URL: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=17235> (дата обращения: 14.04.09).

Жданова Т.Н. Особенности эмоционально-личностной сферы наркозависимых и ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. Санкт-Петербург, 2004. 189 с.

Козлова А.В. Психологические особенности профессиональных деформаций личности преподавателя высшей школы: дис. ... канд. психол. наук. Москва, 2006. 143 с.

Козлова А.В. Интеграция детей, затронутых ВИЧ-эпидемией, в образовательное пространство и готовность сотрудников дошкольных образовательных учреждений (ДОУ) к решению проблемы // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2009. N 4. (В печати)

Корнеева Г.К. Психологические особенности смысловой сферы личности ВИЧ-инфицированных осужденных в условиях лишения свободы: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.06. Рязань, 2004. 195 с.

Лаврентьева Е.А. Психологические механизмы и психопрофилактика девиантного поведения при ВИЧ-инфекции: автореферат дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Москва, 2008. 26 с.

Страхи членов семьи ВИЧ-инфицированного пациента / Cowgill В.О. [et al.] [Электронный ресурс] // Украинский медицинский Интернет-журнал. URL: <http://uamj.net/medarticles/infectious-diseases/75-hiv-family-fears> (дата обращения: 19.04.09).

[1] Скрининг – массовое обследование населения с целью выявления лиц с определенной болезнью.

[2] Принята в июне 2001 года на специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН. Подписана Россией.

Поступила в редакцию 6 апреля 2009 г. Дата публикации: 14 июня 2009 г.

[Сведения об авторе](#)

Козлова Анастасия Владимировна. Кандидат психологических наук, доцент кафедры практической и экспериментальной психологии, старший научный сотрудник, Институт психологии обучения департамента науки и инноваций, Современная гуманитарная академия; ул. Нижегородская, д. 32, 109029 Москва, Россия.

В 2006/07 учебном году участвовала в реализации проекта ЮНЕСКО (совместно с Фондом «Здоровая Россия») «Интеграция детей, затронутых ВИЧ-инфекцией, в образовательное пространство»; прошла обучение в качестве тренера по проблеме «Коммуникация и консультирование в области ВИЧ-инфекции».

e-mail: akoz@muh.ru

[Ссылка для цитирования](#)

Козлова А.В. Сравнительный анализ представлений педагогов и военных врачей о ВИЧ-инфекции [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. N 3(5). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

[К началу страницы >>](#)