

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

Полоз Ольга Андріївна

На правах рукопису

УДК: 616.98:578.828

Магістерська робота

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВІЛ/СНІДУ У СУЧАСНОМУ
СУСПІЛЬСТВІ**

спеціальність 223 «Медсестринство»

Науковий керівник:

доктор педагогічних наук,

доцент кафедри педагогіки

вищої школи та суспільних дисциплін

Тернопільського національного медичного

університету імені І. Я. Горбачевського

доц. Кульчицький В.Й.

Тернопіль – 2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1.СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ВІЛ/СНІД У СВІТІ...	10
1.1. Основні відомості, етапи розвитку та сучасні уявлення про ВІЛ/СНІД	10
1.2. Медико-соціальні проблеми ВІЛ/СНІДу у Європейському регіоні ВООЗ та Україні (аналітичний огляд)	15
1.3. Значення та зміст профілактичних заходів для запобігання поширення ВІЛ/СНІДу.....	26
Висновки до 1 розділу.....	30
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, ЕТАПИ, МЕТОДИ, ОБ`ЄКТ, ПРЕДМЕТ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ (НА ПРИКЛАДІ КЗ «ОЛЕКСАНДРІЙСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ»)	31
2.1. Програма, етапи, методи, об`єкт та предмет дослідження.....	31
2.2.Узагальнені результати рівня обізнаності студентів-медиків у питаннях ВІЛ/СНІДу.....	35
Висновки до 2 розділу.....	53
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВИРІШЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ВІЛ/СНІДу.....	54
3.1. Удосконалення програм навчання майбутніх медичних працівників попередженню ризиків інфікування при професійному контакті з ВІЛ.....	54
3.2. Організація та підвищення професійної готовності медичної сестри до надання паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим.....	58
3.3. Перспективи долучення студентів-медиків до волонтерства.....	62
Висновки до 3 розділу.....	66
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	71
ДОДАТКИ	78

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АРТ – антиретровірусна терапія

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ЕП – епідемічний процес

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЗМІ – засоби масової інформації

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

КГ – ключові групи щодо інфікування ВІЛ

ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ

СЕМ – сероепідеміологічний моніторинг за ВІЛ

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

ПКП – постконтактна профілактика

ПРООН – Програма розвитку ООН

ЦГЗ – Центр громадського здоров'я

UNAIDS (ЮНЕЙДС) – Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу

ВСТУП

Поріг ХХІ століття людство переступило з наявністю ряду інфекційних хвороб [1, с.7]. Статистичні дані Центру глобальної політики охорони здоров'я в Центрі стратегічних і міжнародних досліджень у Вашингтоні свідчать, що щороку три смерті з десяти трапляються через інфекційні захворювання, а це 16 % від усіх смертей [1, с.9]. Світова спільнота занепокоєна тим, що за останні п'ятдесят років виявлено принаймі 30 раніше невідомих збудників хвороб (ВІЛ, Ебола, гепатит С, вірус Ніраh та ін.) [3, с.85], від яких не існує лікування.

Зокрема, ВІЛ-інфекція поширена по країнам усіх континентів і її поширення в світі носить назву пандемії ВІЛ/СНІДу. Станом на кінець 2019 року, в світі зареєстровано майже 38 мільйонів людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією, з них понад 2 млн. дітей і молоді у віці 10-19 років. Особливістю пандемії є різнобічність її впливу на медичні, демографічні, соціально-економічні, культурні аспекти суспільства. Так із суто медичної проблеми систем охорони здоров'я ВІЛ/СНІД перетворився на проблему соціального розвитку та національної безпеки кожної країни [4, с.19]. Відповідно були розроблені ключові показники у звітах відданості справі боротьби з ВІЛ/СНІДом за Декларацією, яку затвердили представники урядів країн-членів ООН [5, с.95]. Зусилля вчених всього світу спрямовані на винайдення ефективних методів подолання ВІЛ/СНІДу, яким кожного дня інфікується величезна кількість осіб, переважно молодого віку.

Актуальність дослідження. ВІЛ-інфекція – це соціально небезпечне інфекційне захворювання, що розвивається внаслідок інфікування специфічним вірусом імунодефіциту людини. Джерело інфекції – безпосередній носій ВІЛ. Заразитися вірусом можна лише через кров, сім'яну рідину, грудне молоко, лімфу і секрет, що виробляється в піхві. Інфікування може відбутися при попаданні зазначених біологічних матеріалів у кровоток або лімфатичну систему здорової людини.

Східний регіон ВООЗ, в який входить Україна має найвищі показники по загальній кількості вперше виявлених випадків ВІЛ-інфікування. Узагальнена

оціночна чисельність людей які живуть з ВІЛ в Україні за останні роки складає більше 240 тис. осіб. З них велика частина осіб мають невизначений діагноз ВІЛ-інфекції і перебувають за межами медичного спостереження. В 15 тис. осіб щороку встановлюють діагноз ВІЛ-інфекції, а у половині випадків одночасно діагностують ВІЛ/СНІД [6]. На початок 2020 року під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я перебувало 136 130 ВІЛ-позитивних осіб та 4431 дитина з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження. В структурі шляхів передачі ВІЛ превалує частка статевого шляху (75,4%). За досліджуваний період зросла захворюваність на СНІД (з 19,8 до майже 22 на 100 тис. населення) , відповідно і смертність від СНІДу.

Разом з тим, Україна досягла значного прогресу в лікуванні ВІЛ-позитивних осіб. Охоплення АРТ зросло майже вдвічі, утримання на терапії через 12 місяців і більше від її початку зросло з 69 до 88 %. Це дає надію на те, що ВІЛ сьогодні – не вирок, з ним потрібно навчитися жити. На шляху до інтеграції із світовою та європейською спільнотами в Україні було схвалено Державну стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, головною метою якої є подолання епідемій ВІЛ-інфекції/СНІДу [1, с.12].

Основною проблемою є, що ВІЛ/СНІД створює упущені можливості використання людського капіталу держави [8]. Адже, зниження здоров'я, захворюваність, інвалідність виражаються в непрацездатності (неможливості приносити користь суспільству в процесі створення благ). Зважаючи на це, профспілкові організації, спираючись на законодавчі норми, визнали ВІЛ/СНІД проблемою в сфері праці, загрозою соціальної та економічної стабільності суспільства [9]. До того ж за останні 30 років від СНІДу померло більше 43 тис. українців, серед яких 80% складають особи активного та працездатного віку. Економічне навантаження посилюється також і витратами держави (75% ліків для ВІЛ-позитивних пацієнтів придбаваються за бюджетні кошти) [10].

Питання протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу є актуальним у світовому масштабі, що відображається в ряді законодавчо-нормативних документів. Слід вказати на такі: Декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом Спеціальної сесії

Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй (2001 р.); Політична декларація ООН із питань ВІЛ/СНІДу (2006 р.); Міжнародні принципи з ВІЛ/СНІДу і прав людини, об'єднана редакція (2006 р.); Тимчасове керівництво ЮНЕЙДС із захисту конфіденційності та безпеки інформації, пов'язаної з ВІЛ (2007 р.); Звіт Глобальної комісії з питань ВІЛ та законодавства: «ВІЛ та законодавство: ризики, права та здоров'я» (2012 р.); 90–90–90: Амбітні цілі щодо розширення доступу до лікування ВІЛ (2014 р.); Зведене керівництво з профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування та догляду для ключових груп населення (2014 р.); Керівництво ЮНЕЙДС з профілактики ВІЛ серед дівчат-підлітків та молодих жінок (2016 р.); Політична декларація з питань ВІЛ/СНІДу «Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ та припинення епідемії СНІДу до 2030 року» (2016 р.) [11,с.20] та ін.

В Україні це питання також залишається одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань. Зокрема, Україна підписала Декларацію про відданість справі боротьби зі СНІДом, прийняту Генеральною Асамблеєю ООН (2001р.) і відзначила шляхи виконання її рішень. Нараховується також велика кількість законодавчо-нормативних документів та підзаконних актів щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДу. Наведемо приклад основних керівних документів [12]:

1. Закони України:

- Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (1998 р.) та «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» №2861-VI від 23.12.2010 р.;

- Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки.

2. Укази президента України:

- Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні (2005 р.);

- Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні (2007 р.).

3. Постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України:

- Питання запобігання та захисту населення від ВІЛ/СНІД (1998 р.);
- Про утворення Українського фонду боротьби з ВІЛ-інфекцією і СНІДом (2001 р.);
- Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (2007 р.);
- Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019-2023 роки (залишилася в якості проекту).

4. Накази Міністерства охорони здоров'я України [13]:

- Порядок організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД від № 585 від 10.07.2013 р.;
- Порядок проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків №995 від 05.11.2013 р.;
- Про затвердження нового Клінічного протоколу із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції № 1292 від 05.06.2019 р.;
- Національна стратегія тестування на ВІЛ в Україні: 2019-2030 рр. (ЦГЗ).

Разом з тим, діючі нормативно-правові акти спрямовані в основному на захист особистих прав ВІЛ-інфікованої особи і обходять права здорових людей, особливо уразливих до інфікування, що підкреслює вагомість розробки засобів та методів профілактики зараження [14].

Об'єкт дослідження: проблеми ВІЛ/СНІДу у сучасному суспільстві.

Предмет дослідження: медичні, соціальні аспекти та рівень обізнаності молоді щодо проблем ВІЛ/СНІДу.

Мета дослідження: дослідити медико-соціальні аспекти ВІЛ/СНІДу на сучасному етапі розвитку суспільства та визначити роль медичної сестри у

процесі вирішення проблем ВІЛ/СНІДу, забезпеченні догляду за ВІЛ-інфікованими пацієнтами.

Завдання дослідження:

- провести аналітичний огляд наукових джерел та літератури за темою магістерської роботи;
- здійснити аналітичний огляд ситуації щодо ВІЛ/СНІДу у світі та Україні;
- визначити сутність та обґрунтувати необхідність здійснення профілактичних заходів для запобігання поширення ВІЛ/СНІДу;
- провести емпіричне дослідження для визначення рівня обізнаності молоді в питаннях ВІЛ/СНІДу, опрацювати та представити результати дослідження, сформулювати відповідні висновки;
- визначити перспективні напрями та запропонувати рекомендації щодо вирішення медико-соціальних проблем ВІЛ/СНІДу.

Методи наукового дослідження:

- 1) бібліосемантичний – для аналізу наукових джерел щодо дослідження проблеми поширення пандемії ВІЛ/СНІД та заходів її запобігання;
- 2) логічного узагальнення та системного підходу – для визначення основних понять, проведення кількісного та якісного аналізу проблеми профілактики ризиків інфікування ВІЛ/СНІД;
- 3) медико-статистичний – для аналізу динаміки основних показників поширення ВІЛ/СНІДу в Україні та інших країнах світу;
- 4) соціологічний – для дослідження рівня компетентності студентів-медиків у питаннях ВІЛ/СНІДу;
- 5) математичний та графічний – для обробки та відображення результатів досліджуваної проблеми наочно.

Наукова новизна. Автор вперше проаналізувала обізнаність студентів-медиків щодо вирішення медико-соціальних проблем пов'язаних з ВІЛ/СНІД. Запропоновано два основних напрями вирішення проблеми: здійснення впливу на особистісну поведінку людини та професійну готовність до роботи з ВІЛ-інфікованими.

Практичне значення одержаних результатів полягає у конкретизації проблем, які пов'язані з ВІЛ/СНІДом та визначенні перспективних напрямів їх вирішення.

Апробація результатів роботи. Результати досліджень, що включені до магістерської роботи, оприлюднені на міжнародній науково-практичній конференції.

Публікації. За матеріалами магістерської роботи опубліковано 2 наукових праці у фаховому науковому журналі «Медсестринство».

Обсяг та структура магістерської роботи. Магістерська робота викладена на 92 сторінках і складається із вступу, основних розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків. Робота містить 34 рисунки.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ВІЛ/СНІД У СВІТІ

1.1. Основні відомості, етапи розвитку та сучасні уявлення про ВІЛ/СНІД

Відповідно до сучасних уявлень ВІЛ-інфекція відноситься до невиліковних хвороб, і, в разі відсутності ефективної терапії, закінчується смертю хворого [16]. ВІЛ-інфекція – це соціально небезпечне інфекційне захворювання, що розвивається внаслідок інфікування специфічним вірусом імунодефіциту людини (руйнує імунну систему), довготривалого переживання (персистенції) ВІЛ в лімфоцитах, макрофагах та клітинах нервової тканини. Джерело інфекції – безпосередній носій ВІЛ. Зараження вірусом можливе у таких випадках:

- при статевому контакті з інфікованим незалежно від статевої орієнтації;
- при кровообміні з інфікованим (у тому числі при ін'єкційному вживанні наркотиків, пересадці органів інфікованої людини здоровій та ін.);
- при вигодовуванні грудним молоком інфікованою матір'ю малюка.

Зважаючи на різноманіття ідей щодо виникнення ВІЛ, неможливо чітко вказати, як з'явився цей вірус і чому так важко вражає людський організм. Є думки, що він існував у природі тисячі років і потрапив у кров людини від шимпанзе; гіпотези про те, що це помилка людини, яка працювала в спеціальній лабораторії; навіть про те, що вірус був створений в результаті генно-інженерних маніпуляцій, в процесі розробки біологічної зброї. Головним є те, що ВІЛ є і він поширюється.

Про цю інфекцію, яку спочатку називали по-різному (вірус, асоційований з лімфаденоматією, Т-лімфотропний вірус людини та ін.) стало відомо в США після публікації доповідей Центру з контролю захворюваності в 1981 році. Зазначалося, що вже були відомі випадки захворювань з смертельними наслідками (ймовірно випадки СНІДу), починаючи з 1969 року, які переросли у велику кількість. В 1983

році ВІЛ був виділений з культури клітини хворого, а в 1985 році науковці розробили чутливий метод діагностики інфекції за допомогою імуноферментного аналізу. Так у діагностиці вірусу центральне місце відводилося процесу виявлення антитіл до вірусу у поєднанні з визначенням числа лімфоцитів CD4 у крові хворих. Поступово ВІЛ-інфекція з окремих осередків у Центральній Африці і США поширилася по всій земній кулі.

За припущенням науковців кожного дня у світі інфікується близько 16 тис. осіб і половина з них – це молоді люди віком від 14 до 25 років [17, с.86].

Особливістю хвороби є тривалий хронічний перебіг та кілька стадій.

- інфікування;
- первинна ВІЛ-інфекція (з клінічними ознаками, або без них);
- стадія сероконверсії (поява специфічних антивірусних антитіл);
- латентна стадія;
- стадія ранніх проявів ВІЛ-інфекції;
- синдром набутого імунодефіциту (СНІД).

За відсутності специфічного противірусного лікування пацієнтів, весь ланцюг подій від зараження ВІЛ до смерті може відтворюється десь за 10 років. Проте він може бути меншим або більш тривалим, що залежить від багатьох чинників [18, с.93]. Одним із чинників є шлях зараження. Важливе значення має також вік зараження: якщо інфікування відбулося у віці 16-24 роки, розвиток СНІДу відбувається в середньому десь через 15 років після зараження, а у пацієнтів, які набули ВІЛ у віці 35 років і пізніше, на це потребується в середньому всього 6 років. Від моменту інфікування до появи первинної ВІЛ-інфекції звичайно проходить 2-4 тижні, іноді цей час може бути тривалішим і сягати 10 місяців. Першими ознаками інфікування можуть бути: підвищення температури тіла періодично протягом тривалого часу до 37,5-38°C; збільшення лімфатичних вузлів; підвищена пітливість; стомлюваність, слабкість; безпричинне зниження ваги; безпричинний пронос протягом тривалого часу. Сьогодні вважається, що виявлення пацієнтів на стадії первинної інфекції має важливе

значення, з огляду на те, що можна розпочати специфічне лікування і тоді розвиток захворювання можна контролювати [20].

Далі стадія сероконверсії характеризується появою в крові антитіл до ВІЛ, що виявляються за допомогою стандартного тестування. Після появи антитіл в середньому півроку розвивається рання фаза ВІЛ-інфекції. Пацієнти часто не мають ніяких скарг, тому настає латентна стадія протікання хвороби. Найсерйознішою проблемою при цьому є імунодефіцитний стан. Поступово кількість Т4 - лімфоцитів зменшується, що призводить до розвитку бактеріальних, вірусних, грибкових уражень, оскільки, відбувається порушення структури і функції певної ланки цілісної імунної системи, втрата організмом здатності чинити опір будь-яким інфекціям і відновлювати порушення своїх органів.

Тому у подальшому відбувається перехід в стадію СНІДу, виникають різні супутні захворювання із рецидивами, які демонструють ранні прояви ВІЛ-інфекції. Вже сама стадія СНІДу характеризується проявом опортуністичних інфекцій, виникненням злоякісних пухлин, враженнями нервової системи та ін. Ці захворювання трактують як СНІД-індикаторні [20]. Клініко-лабораторні ознаки СНІД-асоційованих захворювань: С1 – кількість CD4 > 500 мкл; С2 – 200-499; С3 < 200. Реальною загрозою для ВІЛ-інфікованих на останній стадії є смерть. Адже, «поломка» (розбалансування функцій) складної імунної системи призводить до неспроможності людського організму до захисту від будь-якої інфекції, розвитку патологічних реакцій і хвороб.

Існує спеціальна наука, яка вивчає епідемічний процес, закономірності поширення інфекційних хвороб, розробляє заходи попередження і зниження захворюваності та ліквідації окремих інфекцій – епідеміологія. Зокрема, епідемічний процес – це безперервний процес взаємодії мікроорганізму (збудника-паразита) і макроорганізму (людини) на популяційному рівні, який проявляється при певних соціальних і природних умовах поодинокими і множинними захворюваннями, а також безсимптомними формами інфекції, супроводжується поширенням специфічних інфекційних захворювань серед людей і забезпечує збереження збудника у природі як біологічного виду [21].

В Україні розроблена та впроваджена розвинута система епідеміологічного нагляду за випадками ВІЛ-інфекції/СНІДу, що включає офіційні статистичні дані та результати епідеміологічних досліджень, враховує медичні та немедичні фактори, які сприяють поширенню збудника. Як зазначає колектив авторів підручника «Інфекційні хвороби», принципові відмінності інфекції від інших обумовлені надзвичайною складністю структури епідемічного процесу і багатфакторністю його розвитку [22, с.385].

Звернемо увагу на те, що перший етап розвитку епідемії ВІЛ-інфекції (1987-1994 рр.) почався з моменту реєстрації першого випадку ВІЛ-інфекції в Україні у 1987 р. серед (6 випадків) та характеризувався повільним накопиченням кількості хворих на ВІЛ-інфекцію. Протягом наступних 7 років (до 1994 року включно) поширення ВІЛ мало поодинокий характер: від 6 до 40 нових випадків щорічно. Домінував статевий шлях передання, переважно гетеросексуальний.

Але, у 1995 р. ситуація змінилася у зв'язку із потраплянням ВІЛ у середовище споживачів ін'єкційних наркотиків (далі – СІН). Тому другий етап епідемії – це 1995 – 1998 рр. Відтоді поширення ВІЛ-інфекції швидко набуло характеру епідемії. У 1997 р. не залишилося жодного із 27 регіонів країни, де ще б не були виявлені випадки ВІЛ-інфекції серед СІН.

На третьому етапі (від 1999 до 2003 р.) у загальній масі ВІЛ-інфікованих продовжують домінувати споживачі ін'єкційних наркотиків, однак їх частина поступово знижується - до 48,1% у 2003 р. Зростає частка передання ВІЛ статевим шляхом і вертикально (дитині від ВІЛ-інфікованої матері).

Четвертий етап (від 2004 р. до 2007 р.) позначений подальшим зниженням питомої ваги СІН серед ВІЛ-інфікованих – до 46,3% у 2004 р. і до 45,6% у 2005 р.

Наступний етап з 2008 р. по 2013 р. характеризувався тим, що відбулася зміна домінуючих шляхів передачі ВІЛ – питома вага статевого шляху передачі стала більшою ніж штучного парентерального, при введенні наркотичних препаратів, та складала у 2013 році в структурі шляхів передачі ВІЛ 65,7%. Однак, незважаючи на реальне збільшення питомої ваги статевого шляху передання ВІЛ, не можна недооцінювати участі СІН у розвитку епідемії.

Дослідження, що проводяться далі Українським центром профілактики й боротьби зі СНІДом свідчили, що передання ВІЛ статевим шляхом було дуже поширене серед СІН і їхніх сексуальних партнерів. До ризикованої сексуальної поведінки відносяться будь які форми сексуальних контактів. Ризик інфікування ВІЛ статевим шляхом обумовлюється наявністю незахищених сексуальних контактів, їх видом та частотою, а також залежить від біологічної уразливості, яка у жінок вища, ніж у чоловіків, бо перші виступають, як реципієнти і мають триваліший контакт з більшою кількістю потенційно заразного матеріалу.

Сучасний етап розвитку епідемії ВІЛ-інфекції – з 2014 і до нині пов'язаний з недоступністю статистичної інформації, яка надходила з АР Крим, м. Севастополь та окупованої частини Донецької та Луганської областей. Це негативно вплинуло на розрахунки основних показників епідемії як в цілому по країні, так і окремо по кожній з областей. За зібраними даними Центру громадського здоров'я показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в 2018 в Україні досяг рівня 2013 року та становив 40,8 на 100 тис. населення. При аналізі вікової структури науковці виділяли два моменти. Перший – на початку епідемії частка вікової групи 15-29 років становила більше 50 %, а до кінця 2025 року приблизно вона зменшиться до 5%. Другий – те, що у 90-х роках кардинально зросла частка вікової групи 40 років і старше (13-18 % до 68 %), а частка ВІЛ-позитивних осіб старше 50 років ймовірно зросте з 3 до 30 %. Найбільш стабільною протягом всієї епідемії залишається частка ВІЛ-позитивних осіб у віці 30-39 років [23].

Загалом у Європейському регіоні ВООЗ у цей період біля 70-80% усіх шляхів інфікування ВІЛ припадає на статеві контакти: між чоловіками; гетеросексуальну передачу (чоловіки) та гетеросексуальну передачу (жінки).

Медицина на сьогодні не має ідеальних засобів боротьби з ВІЛ/СНІД. Лікування має більше профілактичний характер і спрямовується на підтримання балансу між ВІЛ і імунітетом. Найбільш ефективним і діючим способом лікування є специфічна противірусна терапія за допомогою антиретровірусних препаратів, які дозволяють блокувати розмноження вірусу в крові. АРТ є невід'ємною частиною комплексної медико-соціальної допомоги людям, які

живуть з ВІЛ, та надається на безоплатній основі відповідно до вимог галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я з ВІЛ-інфекції [24]. Одним із факторів успіху АРТ є дотримання складної схеми прийому таких препаратів. Є певні передбачення, що в 2021-2022 рр. внаслідок очікуваного досягнення охоплення АРТ кількість нових випадків інфікування знизиться.

Отже, можемо зробити висновок, що проблема ВІЛ/СНІД стосується кожного, ризик інфікуватися залишається. Разом з тим, якщо вчасно виявити і розпочати лікування, хвороба не буде вироком, можна прожити і з хворобою гідне життя.

1.2. Медико-соціальні проблеми ВІЛ/СНІДу у Європейському регіоні ВООЗ та Україні (аналітичний огляд)

За визначенням ВООЗ, випадок ВІЛ-інфекції з метою епідеміологічного нагляду – це людина з ВІЛ-інфекцією незалежно від клінічних виявів захворювання, у якої за даними лабораторного обстеження виявлено ознаки ВІЛ згідно з лабораторними критеріями, прийнятими в країні. Анонсовані ЮНЕЙДС у 2014 році цілі «90–90–90» стали відправною точкою у моніторингу та оцінці глобальних зусиль з протидії епідемії. Ініціатива Fast-Track Cities була спрямована на розробку, розбудову та посилення максимально ефективних підходів до виконання програм та використання ресурсів у сфері ВІЛ з метою посилення відповіді на СНІД на локальних місцях з тим, щоб до 2030 року досягти цілей Об'єднаної програми ЮНЕЙДС з ВІЛ/СНІДу [25];

- 90% усіх ЛЖВ знатимуть свій статус;
- 90% усіх ЛЖВ стабільно отримуватимуть АРТ;
- 90% усіх ЛЖВ на АРТ матимуть тривале пригнічення вірусного навантаження.

За оприлюдненими даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України, в 2016 році 36,7 мільйонів людей у світі вважалися хворими на ВІЛ-інфекцію на різних її клінічних стадіях. На початок 2019 року ця цифра збільшилася більше ніж на 3% і сягнула 37,9 млн. людей (60% – у Східній і Південній Африці). Завдяки зусиллям, направленим на доступне тестування на наявність інфекції, щороку в світі реєструється близько двох мільйонів нових випадків ВІЛ-інфекції, при цьому 30% інфікованих становлять молоді люди віком 15–24 роки [25].

Враховуючи те, що Україна посідає восьме місце в Європі за чисельністю населення, визначимо наявність проблеми епідемії ВІЛ/СНІД у Європейському регіоні ВООЗ. Європейський центр з контролю і профілактики захворюваності (ECDC) та Європейське регіональне бюро ВООЗ з 2008 р. спільно здійснюють посилений епіднадгляд за випадками ВІЛ/СНІДу в 53 країнах Європейського регіону ВООЗ. Про те, що ВІЛ-інфекція зачіпає мільйони людей в східній частині Європи, залишається однією з найважливіших невирішених проблем систем охорони здоров'я свідчать звіти ВООЗ та ряд інших наукових джерел [27]. Держави, що входять до Регіону, розділені на три географічні зони:

Захід (23 країни: Андорра, Австрія, Бельгія, Данія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Греція, Ісландія, Ірландія, Ізраїль, Італія, Люксембург, Мальта, Монако, Нідерланди, Норвегія, Португалія, Сан-Марино, Іспанія, Швеція, Швейцарія, Великобританія);

Центр (15 країн: Албанія, Боснія і Герцеговина, Болгарія, Хорватія, Кіпр, Чехія, Угорщина, Македонія, Чорногорія, Польща, Румунія, Сербія, Словаччина, Словенія, Туреччина);

Схід (15 країн: Вірменія, Азербайджан, Білорусь, Естонія, Грузія, Казахстан, Киргизстан, Латвія, Литва, Молдавія, Російська Федерація, Таджикистан, Туркменістан, Україна, Узбекистан.) [27].

Надійні дані епідеміологічних досліджень мають визначальне значення для моніторингу ситуації та прийняття службами охорони здоров'я рішень щодо вчасності і ефективності заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Регіоні.

Поступово збільшується кількість країн, що здійснюють розширений епіднадгляд за ВІЛ-інфекцією та повідомляють ECDC про зібрані дані епідеміологічних досліджень. Так епідемія ВІЛ-інфекції у Європейському регіоні за останні десять років за показником вперше діагностованих випадків ВІЛ-інфекції збільшилися на 14% [29]. Крім того, кожна п'ята людина, яка живе з ВІЛ, не знає про свій ВІЛ-позитивний статус. Згідно з доповіддю ECDC в 2014 році було зареєстровано рекордний показник –142 197 нових випадків інфікування ВІЛ.

Використовуючи останні оприлюднені дані, зазначимо, що у 2017 р. ВІЛ-інфекцію в Європейському Регіоні ВООЗ було вперше діагностовано вже майже у 160 тис. осіб (20,0 на 100 тис. населення) – це найвищий рівень за всю історію реєстрації нових випадків інфікування ВІЛ протягом одного року. Загальна кількість вперше виявлених випадків була найбільшою в Східному регіоні – 130861 (82%). В порівнянні з 2016 роком збільшення відбулося на 3%. В тому числі в Україні в 2017 р. було зареєстровано ~10% усіх нових випадків у загальній кількості групи країн. Важливо відмітити, що у 53% людей діагноз ВІЛ-інфекції встановлюється, нажаль, на пізніх стадіях (у віковій групі 50 років і старше), що підвищує ризик подальшого перебігу захворювання, поширення ВІЛ-інфекції та летальності.

В 2018 році вже з меншого числа в порівнянні з 2017 р. (141,6 тисяч) вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції знову було зареєстровано найбільше у Східному регіоні (79%); на Заході – 16% і в Центрі Регіону – 5%. Показники захворюваності на 100 тис. населення наочно відображає рис. 1.1

Найвищі показники нових діагностованих випадків ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення спостерігалися в Російській Федерації (59,0), Україні (37,3), Білорусі (25,2) і Молдові (22,3), а найнижчі – в Боснії і Герцеговині (0,8) та Словенії (1,7).

Далі динаміку найважливіших показників щодо проблеми ВІЛ/СНІД в Європейському регіоні ВООЗ за період 2017-2018 рр. демонструє табл. 1.1

З таблиці, акцентуємо увагу на невисокому відсотку випадків інфікування у віковій групі 15-24 років (вік, що ймовірніше охоплює студентські роки життя). В

2018 році відбулося зменшення частки вікової групи у порівнянні з попереднім роком на 0,9%.

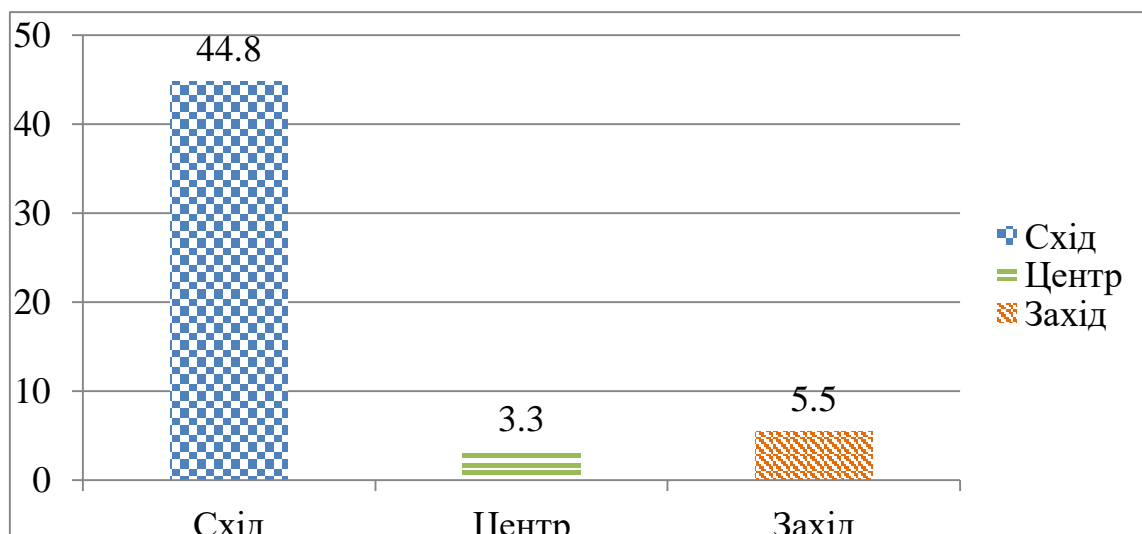


Рис. 1.1. Розподіл показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. населення в Європейському регіоні [15;16]

Але, слід враховувати, що молоді люди у цій віковій категорії недостатньо обізнані щодо ВІЛ-інфекції, рідше обстежуються на ВІЛ, недостатньо охоплені програмами профілактики та лікування. Звичайно проблемою є те, що реєструється більше 600 тис. нових випадків ВІЛ-інфекції, з них більша частина – молоді жінки.

Але, все-таки в Східному регіоні в цій віковій категорії показник є найменшим (6,0), а в порівнянні з минулим роком він навіть зменшився майже на 1%. Припустимо, що такій ситуації посприяло те, що у багатьох країнах продовжує зменшуватися кількість випадків інфікування ВІЛ при вживанні ін'єкційних наркотиків та зростання кількості вперше діагностованих випадків ВІЛ-інфекції за рахунок швидкого збільшення випадків зі статевим шляхом інфікування ВІЛ. При цьому, серйозною причиною зараження є статеві контакти між чоловіками та гетеросексуальна передача інфекції (більше 60% від усіх причин).

Проблемою залишається пізня діагностика ВІЛ-інфекції та СНІДу. СНІД сьогодні – це хвороба, котра, на жаль, невиліковується та забирає життя мільйонів людей. Кожна людина повинна до кінця усвідомити всю небезпеку, яку

несе СНІД, і зробити все можливе, щоб уберегти себе і своїх близьких та рідних від цієї інфекції.

Таблиця 1.1

Динаміка епідеміологічних характеристик вперше встановлених діагнозів ВІЛ/СНІД в Європейському регіоні ВООЗ в період 2017-2018 рр.

ПОКАЗНИКИ	РЕГІОН	ЗАХІД	ЦЕНТР	СХІД
	2017 р.			
Число вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції	159 420	22 354	6 205	130 861
	2018 р.			
	141 552	23 483	6 519	111 550
<i>Відхилення 2018 р. до 2017 р., +/-</i>	- 17868	1129	314	- 19311
Частота випадків ВІЛ-інфекції на 100 000 населення	2017 р.			
	20,0	6,9	3,2	51,1
	2018 р.			
	16,2	6,0	3,3	44,8
<i>Відхилення 2018 р. до 2017 р., +/-</i>	- 3,8	-0,9	0,1	-6,3
Відсоток випадків у віковій групі 15-24 років	2017 р.			
	9,3	11,0	13,7	6,9
	2018 р.			
	8,8	10,3	13,5	6,0
<i>Відхилення 2018 р. до 2017 р., +/-</i>	-0,5	-0,7	-0,2	-0,9
Пізня діагностика ВІЛ: відсоток випадків з CD4 <350 кл / мм3	2017 р.			
	53,1	48,0	52,5	57,2
	2018 р.			
	52,8	48,8	54,6	55,5
<i>Відхилення 2018 р. до 2017 р., +/-</i>	-0,3	0,8	2,1	-1,7

Джерело: складено автором за ВІЛ-інфекція в Україні: 15;16.

Серед вперше виявлених ВІЛ-інфікованих віком старше 14 років з наявною інформацією про кількість CD4-лімфоцитів на момент постановки діагнозу, у більш ніж половини осіб за період, що аналізується (~53%) діагноз був поставлений пізно. За останнє десятиріччя показник реєстрації нових випадків СНІДу в межах Регіону загалом залишався стабільним. Відсоток випадків ВІЛ-інфекції з CD4 <350 кл / мм³ у Східному Регіоні у 2018 р. склав 55,5%. При цьому, рівень захворюваності на СНІД за останні 10 років збільшився на 100% на Сході (від 5,1 до 10,5 на 100 тис. населення в 2018 р).

Разом із тим, за останнє десятиріччя кількість людей, які помирають від ВІЛСНІД, скоротилася на третину за рахунок реалізації нових стратегій управління веденням захворювання. Наприклад, майже 90% країн Європейського регіону ВООЗ реалізують сьогодні політику надання АРТ людям, які живуть з ВІЛ. Водночас, в ООН наголошують на бракові коштів для боротьби з ВІЛ-інфекцією. За їхніми даними, у 2018 році на боротьбу з ВІЛ було виділено 19 млрд. доларів, що на мільярд менше, ніж в 2017 р. і на сім мільярдів менше, ніж в 2020 році.

Результати моніторингу ситуації щодо ВІЛ/СНІД в Україні

Згідно Порядку ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ в Україні та здійснення медичного нагляду за ними (Наказ МОЗ України від 10.07.2013 № 585), метою медичного нагляду за людьми, які живуть з ВІЛ, є систематичний контроль закладів охорони здоров'я стану здоров'я ВІЛ-інфікованих пацієнтів для своєчасного виявлення загрози прогресування хвороби, надання адекватної ефективної медичної допомоги та необхідної консультативної, психологічної та іншої підтримки. Медичний нагляд за пацієнтами розпочинається з дати встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, здійснюється систематично і триває протягом усього життя пацієнта та передбачає періодичні медичні огляди, лабораторні, інструментальні обстеження та консультації інших спеціалістів. На дату взяття під медичний нагляд пацієнта незалежно від стадії його захворювання заповнюється форма первинної облікової документації № 030-5/о «Контрольна

карта диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21.03.2012 р. № 182 [30].

Виявлена захворюваність на ВІЛ-інфекцію в Україні поступово зростала до 2013 р., кількість вперше ВІЛ-інфікованих склала тоді 21631 осіб. Подальше значне зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію відмічалось у 2014 та 2015 р. пов'язане передусім з відсутністю статистичних даних АР Крим та частини території проведення антитерористичної операції. У наступні роки захворюваність на ВІЛ-інфекцію у країні без урахування вище наведених територій мала тенденцію до збільшення.

Результати сероепідеміологічного моніторингу за поширенням ВІЛ, який відображає результати тестування, що обліковуються в межах лабораторних скринінгових та підтверджуючих досліджень демонструє рис. 1.2.



Рис. 1.2. Кількість ВІЛ-позитивних осіб за даними СЕМ та нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в Україні за період 2010-2019 рр.

У 2016 р. захворюваність на ВІЛ-інфекцію в країні зросла на 8,0 % по відношенню до попереднього (2015) року. Кількість вперше зареєстрованих ВІЛ-

осіб склала – 14334 випадки. В 2017 р. вперше діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений у ще більшої кількості осіб – 15 680, що відповідає показнику 37,0 на 100 тис. населення. В 2018 р. – це 15 749 осіб. Показник захворюваності становив у цьому році 40,8 на 100 тис. населення. У 2019 році вперше у житті діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений 16405 особам (16357 громадян України та 48 іноземців). Показник захворюваності відповідно в 2019 р. становив 42,5 на 100 тис. населення за даними офіційної реєстрації. При цьому, 55% були зареєстровані у 4 з 25 регіонів України: Дніпропетровській (3640), Одеській (2322), Донецькій (1503) областях та м. Києві (1 490).

Загалом показник охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних людей у 2018 р. досяг 79,1 %. Серед зареєстрованих у 2018 р. випадків ВІЛ-інфекції більшість припадає на чоловіче населення: співвідношення чоловіків до жінок становить 6:4. Переважна кількість осіб (84,7 %) належить до вікової групи 25-49 років. Поступово збільшуються кількість та відсоток людей віком 40-50 років і старше (15,1 %).

Показник охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних людей у 2019 році досяг 82,6%. На початок 2020 року під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я перебувало 136 130 ВІЛ-позитивних осіб (355,1 на 100 тис. населення) та 4431 дитина з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження.

Динаміка кількості обстежень на ВІЛ (на 100 тис. населення) та показника інфікованості ВІЛ серед громадян України відображена на рис. 1.3.

Загальна оціночна чисельність ЛЖВ в Україні на кінець 2019 р. становила ~ 244 тис. осіб. З них ~ 70 тис. (більш ніж 40%) мають невизначений діагноз ВІЛ-інфекції і перебувають за межами медичного спостереження. Фактично кожен сотий громадянин країни у віці від 15 до 49 років інфікований ВІЛ, що є одним із найвищих показників серед країн Європейського Регіону. Все ж 169 787 осіб були офіційно зареєстровані та перебували під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я. На початок 2020 року, у закладах охорони здоров'я, під медичним наглядом, перебувало 169 787 ВІЛ-інфікованих осіб, з них 80% (136 105 осіб) отримували антиретровірусну терапію.

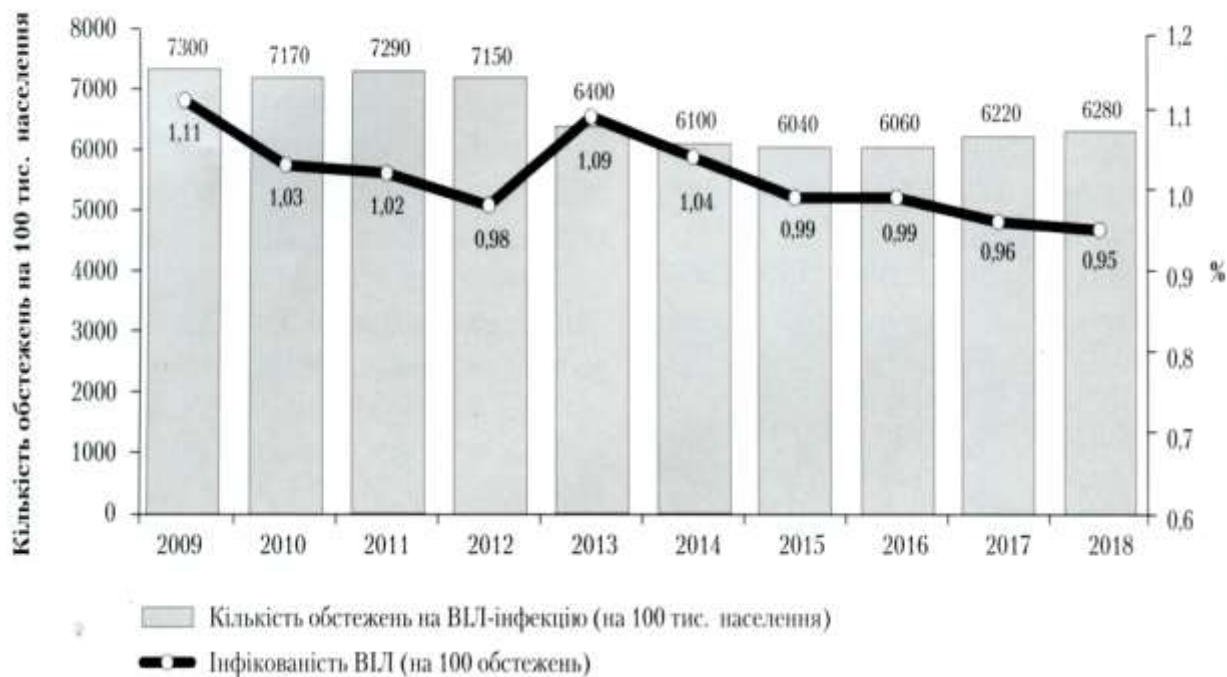


Рис. 1.3 Динаміка кількості обстежень на ВІЛ (на 100 тис. населення) та показника інфікованості ВІЛ серед громадян України за 2018 р. [(В. І. Степаненко, С. В. Іванов, 2019)]

Примітка: в 2019 р. показник інфікованості ВІЛ+результатів на 100 обстежень зменшився до 0,88.

Слід зазначити і те, що епідемія ВІЛ-інфекції в Україні більше сконцентрована у містах. У 2018 р. 76,7 % виявлених випадків ВІЛ-інфекції було зареєстровано серед міського населення (47,1 на 100 тис. населення), 23,3% – серед сільського (28,4 на 100 тис. населення). Статова структура нових випадків ВІЛ-інфекції визначається поступовим зростанням частки чоловіків (61% у 2018 р.).

Відсоток осіб вікової групи 15-24 років є найвищим у західних областях (8,0%), у той час як у південних областях, навпаки, порівняно з іншими регіонами є частка осіб віком 50 років і старше (17,6%). У південних областях найчастіше виявляють пізні стадії хвороби (63%). Відрізняється і структура шляхів передачі ВІЛ.

У період 2005-2018 рр. в структурі шляхів передачі ВІЛ зростала частка статевого шляху (75,4%). Гетеросексуальний шлях було зареєстровано у 72,2%

випадків, гомосексуальний - у 3,2%, проте актуальність парентерального шляху передачі під час введення наркотичних препаратів залишається ще високою (24,0%) (рис. 1.4).

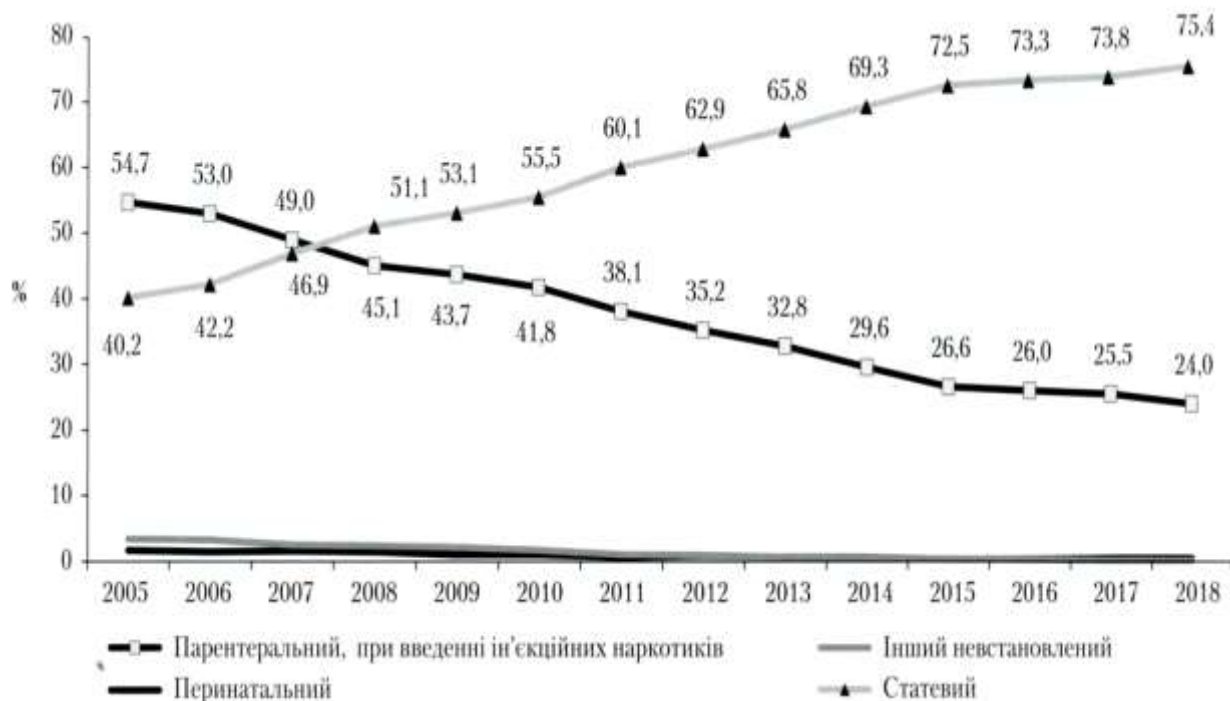


Рис. 1.4. Структура шляхів передачі ВІЛ вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в Україні у 2005-2018 рр. [31, с.11]

Примітка: в 2019-20 рр. кардинальних змін в шляхах передачі ВІЛ-інфекції не відбулося.

З 2015 р. захворюваність на СНІД в Україні зростає з 19,8 на 100 тис. населення до 21,9 у 2017 р. (з 8468 до 9308 осіб). Відповідно смертність від СНІДу зростає з 7,1 до 7,7 на 100 тис. населення (з 3032 до 3298 осіб). У 2018 р. на СНІД захворіло на 469 осіб менше, ніж за 2017 р. (8839 осіб). Це відповідає показнику – 22,9 на 100 тис. населення (темп приросту порівняно з показником 2009 р. становив +99%).

У 2018 році найвищі рівні захворюваності на СНІД на 100 тис. населення зареєстровані в Одеській (74,6), Дніпропетровській (53,1) та Донецькій (51,4) областях, найнижчі – в Івано-Франківській (3,9), Тернопільській (4,0) та Чернівецькій (5,1) областях.

Упродовж цього року від хвороб, зумовлених СНІДом, померло 3448 осіб, що на 150 більше, ніж у 2017 р. Найвищі рівні смертності від СНІДу зареєстровано у Дніпропетровській (26,7 на 100 тис. населення), Одеській (21,1), Миколаївській (13,7), Кіровоградській (12,3), Запорізькій (8,7) областях та в м. Києві (8,9).

Всього за період 1987-2019 рр. в Україні зареєстровано 346 454 нових випадки ВІЛ-інфекції, зокрема 114 487 випадків захворювання на СНІД, від якого за цей період померло 50 691 людина [32]. Слід зазначити, що основною причиною смерті хворих на СНІД залишається туберкульоз – понад 50% усіх випадків смерті від СНІДу.

Разом з тим, за період 2014-2018 рр. країна досягла значного прогресу в лікуванні ВІЛ-позитивних осіб. Охоплення АРТ зросло майже вдвічі (з 56000 до 102000 осіб), утримання на терапії через 12 міс і більше від її початку зросло з 69 до 88 %.

Необхідно зазначити, що в нормативному полі, Урядом та МОЗ України було підготовлено низку змін до регулюючих актів, зокрема до Постанови кабінету Міністрів України від 12 червня 2019 року № 497 «Деякі питання надання послуг представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та людям, які живуть з ВІЛ», які дозволили запуснути процес виділення коштів із державного бюджету на фінансування послуг, пов'язаних з ВІЛ, та визначили головного розпорядника цих коштів (ЦГЗ МОЗ України).

В Україні було схвалено Державну стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року. Головною метою Стратегії є подолання епідемій ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів як глобальних загроз громадському здоров'ю та благополуччю населення, покращення якості і тривалості життя, зменшення рівня захворюваності, інвалідизації та смертності шляхом створення та функціонування ефективних, інноваційних, гнучких систем надання якісних і доступних послуг профілактики, діагностики, лікування, догляду та підтримки, що базуються на правах та потребах людини і пацієнта [34].

1.3. Значення та зміст профілактичних заходів для запобігання поширення ВІЛ/СНІДу

ВООЗ рекомендувала використовувати таке визначення: «профілактика захворювань – це заходи, спрямовані на попередження захворювань: боротьба з факторами ризику, імунізація, сповільнення розвитку захворювання і зменшення його наслідків. Медична профілактика – це вид діяльності системи охорони здоров'я, в основному первинної ланки, спрямований на раннє виявлення і зниження ризику розвитку захворювань, а також на зниження негативного впливу на здоров'я факторів внутрішнього і зовнішнього середовища.

Слід визначити види профілактики: первинна; вторинна; третинна; четвертинна. Первинна профілактика – комплекс медичних і немедичних заходів, які направлені на попередження відхилень у стані здоров'я і попередження захворювань, загальних для всього населення і окремих (регіональних, соціальних, вікових, професійних і інших) груп та індивідуумів. Соціальні, медичні, гігієнічні та виховні заходи спрямовані, по-перше, на запобігання виникнення захворювань шляхом усунення причин і умов їх виникнення; по-друге, на підвищення стійкості самого організму до дії несприятливих факторів зовнішнього середовища.

Вторинна профілактика – комплекс медичних, соціальних, санітарно-гігієнічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на раннє виявлення і попередження загострень і ускладнень захворювань, а також на попередження зниження працездатності, у тому числі інвалідизації і передчасної смерті.

Третинна профілактика – це заходи, які спрямовані на запобігання розвитку ускладнень та погіршення перебігу захворювання.

Четвертинна профілактика – це заходи по зменшенню наслідків чи взагалі припиненню непотрібних або надмірних інтервенцій у здоров'я пацієнта, захист пацієнта від нових медичних втручань, запропонування пацієнту етично коректного лікування [35, с.115].

Основним принципом профілактики ВІЛ-інфекції є безпечна та відповідальна поведінка, здоровий спосіб життя. Тому головною стратегією, спрямованою на уповільнення поширення ВІЛ, як і раніше, залишається широка пропаганда, що має своєю метою зміни в способі життя населення.

Основні підходи до профілактики ВІЛ-інфекції:

1. Тестування та консультування з питань ВІЛ та ЗПСШ. до- і після тестове консультування.
2. Пропаганда безпечного сексу.
3. Епідеміологічне обстеження вогнища. Виявлення та обстеження контактних.
4. Специфічна преекспозиційна профілактика.
5. Постекспозиційна профілактика.
6. Антиретровірусна терапія (АРВТ) [36].
7. Перинатальна профілактика.
8. Програми «Зниження шкоди».

Так профілактика ВІЛ-інфекції повинна проводитися комплексно щодо джерел вірусу, механізмів, шляхів і факторів передачі, а також серед осіб з уразливих груп населення.

Відносно виявленого джерела ВІЛ-інфекції, застосовуються заходи, що знижують вірогідність передачі вірусу:

1. Своєчасне виявлення і встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції.
2. Специфічна терапія антиретровірусними препаратами за призначенням лікаря (в тому числі профілактична хіміотерапія у вагітних) знижує вірусне навантаження у ВІЛ-інфікованого і зменшує ризик передачі ВІЛ-інфекції.
3. Направлення на обстеження і лікування ППСШ інфікованого ВІЛ зменшує ризик передачі статевим шляхом.
4. Направлення споживачів ін'єкційних наркотиків на лікування наркотичної залежності знижує активність джерела в передачі вірусу при використанні наркотиків.

Заходи щодо механізмів, шляхів і факторів передачі – це:

1. Проведення дезінфекції та стерилізації медичного інструментарію та обладнання в медичних установах, а також обладнання та інструментарію в перукарнях, косметологічних салонах, салонах, які здійснюють пірсинг і татуаж, застосування одноразового інструментарію.
2. Забезпечення і контроль за безпекою практик медичних маніпуляцій і використанням бар'єрних методів захисту.
3. Обстеження донорів крові та будь-яких інших донорських матеріалів на наявність антитіл до ВІЛ при кожній здачі донорського матеріалу, карантинізація препаратів крові і вибракування інфікованого донорського матеріалу. Довічне відсторонення ВІЛ-інфікованих і позитивних в ІФА при референс-дослідженні від здачі крові, плазми, органів і тканин.
4. Проведення епідеміологічного розслідування при ВІЛ-інфекції.
5. Консультування/навчання різних груп населення - як чутливого контингенту, так і джерел інфекції - менш небезпечній поведінці.
6. Профілактична робота з уразливими групами населення.
7. Запобігання контакту дитини з біологічними рідинами матері має поєднуватися з призначенням АРВ препаратів і досягається: під час пологів при плановому проведенні кесаревого розтину у ВІЛ-інфікованих жінок; після пологів шляхом заміни грудного вигодовування дитини ВІЛ-інфікованої матері на штучне. За бажанням інфікованої ВІЛ жінки їй може бути надано допомогу по профілактиці небажаної вагітності.

Заходи щодо чутливого контингенту – це:

1. Контактними особами при ВІЛ-інфекції вважаються особи, які мали можливість інфікуватися виходячи з відомих механізмів, шляхів і факторів передачі збудника інфекції, встановлення максимально повного кола осіб, що мали контакти з ВІЛ-інфікованим, дозволяє інформувати про методи та способи захисту від зараження ВІЛ в ході дотестового консультування та обстеження на ВІЛ-інфекцію.
2. Навчання безпечній поведінці в плані зараження ВІЛ-інфекцією є основним заходом профілактики ВІЛ-інфекції серед контактних осіб і населення.

3. Проведення превентивної хіміопрофілактики. Для екстреної профілактики захворювання особам, які зазнали ризику зараження ВІЛ-інфекцією, призначають антиретровірусні препарати, в тому числі: новонародженим від ВІЛ-інфікованих матерів, медпрацівникам і іншим особам, які постраждали при наданні допомоги ВІЛ-інфікованим особам; громадянам, щодо яких є підстави вважати наявність контакту, що спричинило ризик інфікування ВІЛ [37].

Важливим моментом є профілактика внутрішньолікарняного інфікування ВІЛ-інфекцією, основою якої є дотримання протиепідемічного режиму в лікувально-профілактичних закладах відповідно до встановлених вимог.

Профілактичні заходи проводяться виходячи з положення, що кожен пацієнт розцінюється як потенційне джерело гемоконтактних інфекцій (гепатит В, С, ВІЛ та інших).

З метою профілактики професійного зараження ВІЛ-інфекцією проводиться [37]:

1. Комплекс заходів з профілактики аварійних ситуацій при виконанні різних видів робіт.
2. Облік випадків отримання при виконанні професійних обов'язків травм, мікротравм персоналом, аварійних ситуацій з попаданням крові і біологічних рідин на шкіру і слизові оболонки.
3. При виникненні аварійної ситуації на робочому місці медичний працівник зобов'язаний негайно провести комплекс заходів щодо запобігання зараження ВІЛ-інфекцією (ПКП - постконтактна профілактика).

Усі ЛПЗ повинні бути забезпечені або мати при необхідності доступ до експрес-тестів на ВІЛ та антиретровірусних препаратів.

З боку пацієнта, увага приділяється профілактиці посттрансфузійного інфікування ВІЛ, інфікування ВІЛ при пересадці органів і тканин і при штучному заплідненні включає заходи щодо забезпечення безпеки при заборі, заготівлі, зберіганні донорської крові та її компонентів, органів та тканин, а також при використанні донорських матеріалів.

Висновки до розділу 1

Отже, ВІЛ-інфекція – це соціально небезпечне інфекційне захворювання, що розвивається внаслідок інфікування специфічним вірусом імунодефіциту людини. Джерело інфекції – безпосередній носій ВІЛ. Інфікування може відбутися при попаданні біологічних матеріалів у кровоток або лімфатичну систему здорової людини.

Східний регіон, в який входить Україна має найвищі показники по загальній кількості вперше виявлених випадків ВІЛ-інфікування. Узагальнена оціночна чисельність людей які живуть з ВІЛ в Україні за останні роки складає більше 240 тис. осіб, з них велика частина осіб мають невизначений діагноз ВІЛ-інфекції і перебувають за межами медичного спостереження. В структурі шляхів передачі ВІЛ превалює частка статевого шляху (75,4%). За досліджуваний період зросла захворюваність на СНІД, відповідно і смертність від СНІДу. Разом з тим, Україна досягла значного прогресу в лікуванні ВІЛ-позитивних осіб на основі АРТ. Це дає надію на те, що ВІЛ сьогодні – не вирок, з ним потрібно навчитися жити.

На шляху до інтеграції із світовою та європейською спільнотами в Україні було схвалено Державну стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, головною метою якої є подолання епідемій ВІЛ-інфекції/СНІДу.

В процесі дослідження визначено, що профілактика ризиків інфікування залишається основним механізмом запобігання поширення ВІЛ/СНІДу. Здійснення профілактики має особливості в молодіжному середовищі. Перш за все, основними ризиками інфікування є ті, що пов'язані із способом життя і поведінкою: вживання ін'єкційних наркотиків; часта зміна статевих партнерів та незахищений секс; захоплення татуваннями та пірсингом; інше.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МЕТОДИ, ОБ'ЄКТ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ (НА ПРИКЛАДІ КЗ «ОЛЕКСАНДРІЙСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФАХОВИЙ КОЛЕДЖ»)

2.1. Програма, методи, об'єкт дослідження

I. Методологічна частина

1. Опрацювати наукову літературу та джерела інформації щодо теми дослідження.
2. Проблема – з одного боку – високі показники захворюваності на ВІЛ/СНІД в суспільстві, розповсюдженість епідемії ВІЛ/СНІДу в молодіжному середовищі та наявність випадків зараження серед медичних працівників та невирішеність питання обґрунтованості профілактики ризиків інфікування ВІЛ/СНІД в середовищі студентів-медиків на сучасному етапі розвитку суспільства – з іншого.
3. Мета даного емпіричного дослідження – зібрати необхідну інформацію про поставлену проблему та визначити роль медичної сестри в організації та реалізації заходів профілактики ризиків інфікування ВІЛ/СНІД в середовищі студентів-медиків.
4. Цілі та завдання:
 - визначити джерела, з яких респонденти дізналися про ВІЛ/СНІД вперше;
 - визначити рівень володіння інформацією щодо ВІЛ/СНІД (етіопатогенез, діагностика, клінічна картина, лікування, профілактика, прогноз);
 - визначити рівень обізнаності студентів-медиків щодо можливих шляхів передачі ВІЛ-інфекції;
 - визначити рівень обізнаності студентів-медиків щодо можливих способів інфікування медичних працівників при виконанні своїх професійних обов'язків;
 - визначити рівень участі студентів-медиків у інтерактивних заходах (бесіда, тренінг, вебінар, круглий стіл, конференція тощо) на теми, що стосувалися ВІЛ/СНІД;

- з'ясувати наявність / відсутність комунікаційних бар'єрів в аспекті обговорення проблем, що стосуються ВІЛ/СНІД у родинному чи дружньому колі;
- визначити думку опитуваних щодо категорій населення, які найчастіше хворіють на ВІЛ/СНІД;
- з'ясувати готовність студентів-медиків застосовувати засоби захисту при виконанні медичних маніпуляцій;
- визначити потребу в отриманні додаткової інформації про профілактику ВІЛ/СНІДу;
- визначити рівень готовності студентів-медиків до ведення здорового способу життя;
- з'ясувати відношення студентів-медиків до хворих на ВІЛ/СНІД та, які почуття вони в них викликають.

5. Об'єктом дослідження виступають студенти медичного фахового коледжу.

6. Предметом дослідження – обізнаність студентів-медиків щодо проблем ВІЛ/СНІДу та обґрунтування профілактики ризиків інфікування ВІЛ в їх спільноті.

7. Гіпотеза: чим більше і ефективніше студенти-медики будуть інформовані про методи профілактики ризиків інфікування ВІЛ/СНІД, тим нижчими будуть статистичні показники щодо інфікування вірусом у їх спільноті.

2. Процедурна частина

1. Генеральна сукупність 240 осіб – студенти-медики КЗ «Олександрійський медичний фаховий коледж» Кіровоградської області.

2. Вибірка: за рекомендаціями щодо визначення вибірки n визначено спроможність опитування всієї генеральної сукупності, яка є невеликою, що забезпечить отримання даних з імовірністю $P=0,954$, і вище і достатню репрезентивність результатів.

3. Метод дослідження: опитування

4. Інструментарій: анкета-опитувальник.

5. Поетапне дослідження двох блоків респондентів (рис. 2.1):

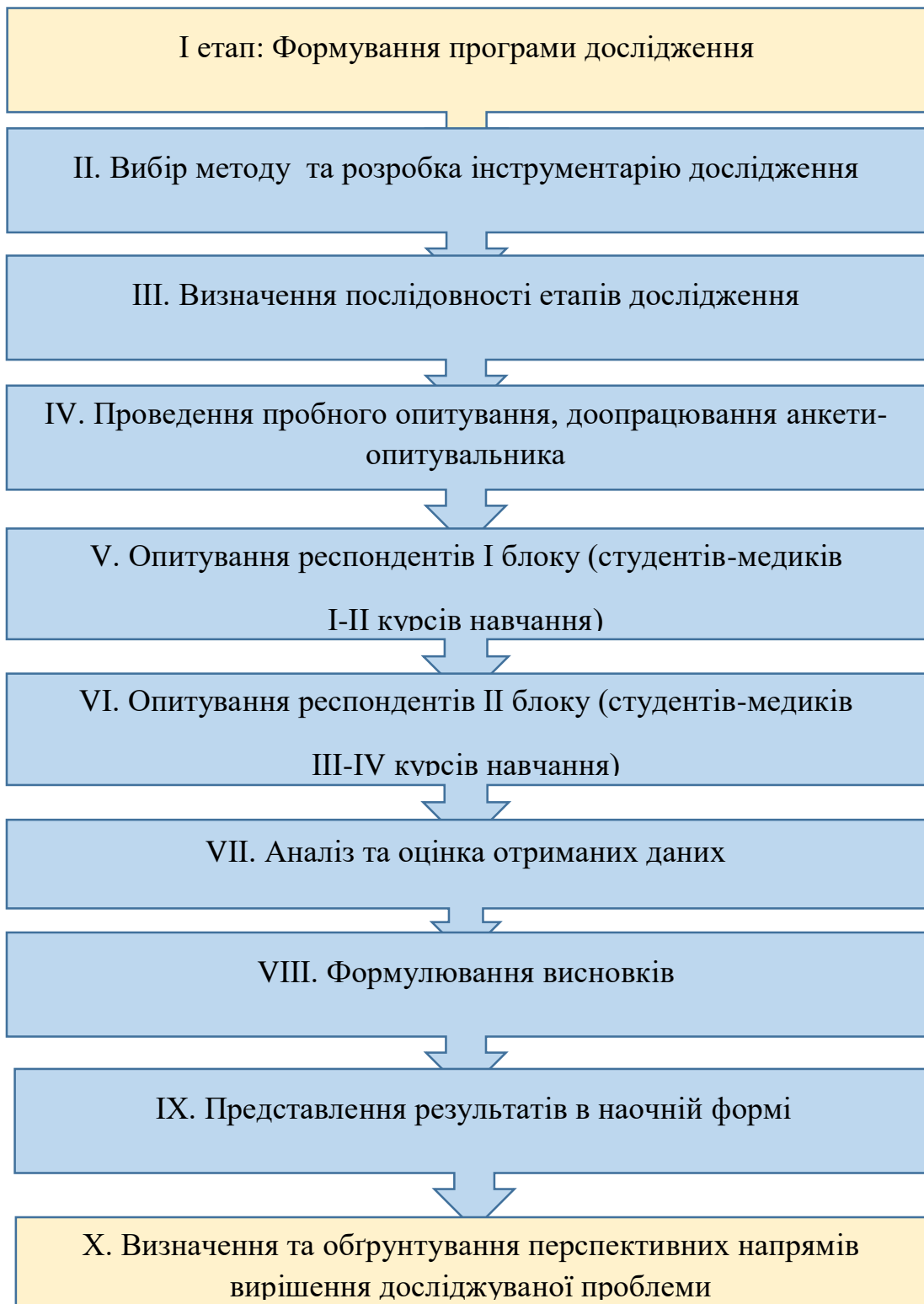


Рис. 2.1. Етапи дослідження

6. Опрацювання результатів та формування висновків.

В процесі проведення дослідження використовувалися такі методи:

1) бібліосемантичний – для аналізу наукових джерел щодо дослідження проблеми поширення пандемії ВІЛ/СНІД та заходів її запобігання;

2) логічного узагальнення та системного підходу – для визначення основних понять, проведення кількісного та якісного аналізу проблеми профілактики ризиків інфікування ВІЛ/СНІД;

3) медико-статистичний – для аналізу динаміки основних показників поширення ВІЛ/СНІДу в Україні та інших країнах світу;

4) соціологічний – для дослідження рівня компетентності студентів-медиків щодо профілактики ризиків інфікування ВІЛ/СНІД та обґрунтування пріоритетності заходів для її здійснення;

5) математичний та графічний – для обробки та відображення наочного відображення результатів досліджуваної проблеми.

В магістерській роботі використано основний інструмент соціологічного дослідження – анкету-опитувальник, в основу якого покладено ряд запитань, що стосувалися визначення рівня обізнаності студентів-медиків в питаннях ВІЛ/СНІДу (додаток 1).

Опрацювання результатів опитування здійснювалося за допомогою медико-статистичного методу та математичних розрахунків. Зокрема, абсолютне відхилення вираховувалося за допомогою формули:

Абс. відхилення (X_i) = $X_n - X_0$, де

де X_n – поточний рівень; X_0 – базисний рівень.

Показники екстенсивності, які відображають питому вагу, структуру, розподіл, склад явища представлені відношенням частини до цілого і вираховувалися за формулою:

$$\text{Частка } (Z_n) = \frac{Y_n}{Y} * 100\%, \text{ де}$$

U_n - абсолютна величина частини явища;

U - абсолютна величина цілої сукупності явища

Результати опитування послужили основою третього розділу магістерської роботи. Для деталізації даних було здійснено аналіз за окремими блоками респондентів та системне опрацювання даних з позиції порівняння (співставлення) результатів між двома блоками респондентів одночасно.

З метою оптимізації обробки даних та автоматизації процесів інформацію було введено в таблиці спеціальної стандартної програми Excel - 2013 на персональному комп'ютері системи Celeron оболонки Windows XP Professional.

Наочне відображення отриманих результатів здійснено за допомогою спеціального меню «Таблиця» та «Робота з діаграмами».

2.2. Узагальнені результати рівня обізнаності студентів-медиків у питаннях ВІЛ/СНІДу

Як вже було зазначено вище, в даному дослідженні прийняли участь 240 респондентів – студентів I-IV курсів КЗ «Олександрійський медичний фаховий коледж» Кіровоградської області. Аналітичні дані, на яких базується дослідження винесені в додаток 2 магістерської роботи.

Результати опитування засвідчили, що переважна більшість респондентів першого блоку і другого блоку (92%) вперше дізналася про ВІЛ/СНІД із розповідей у школі. Лише (8%) із телебачення та Інтернет джерел (рис. 2.2.). Це вказує на те, що під час навчання в школі, підлітки обов'язково отримують базову інформацію про проблеми ВІЛ/СНІДу.

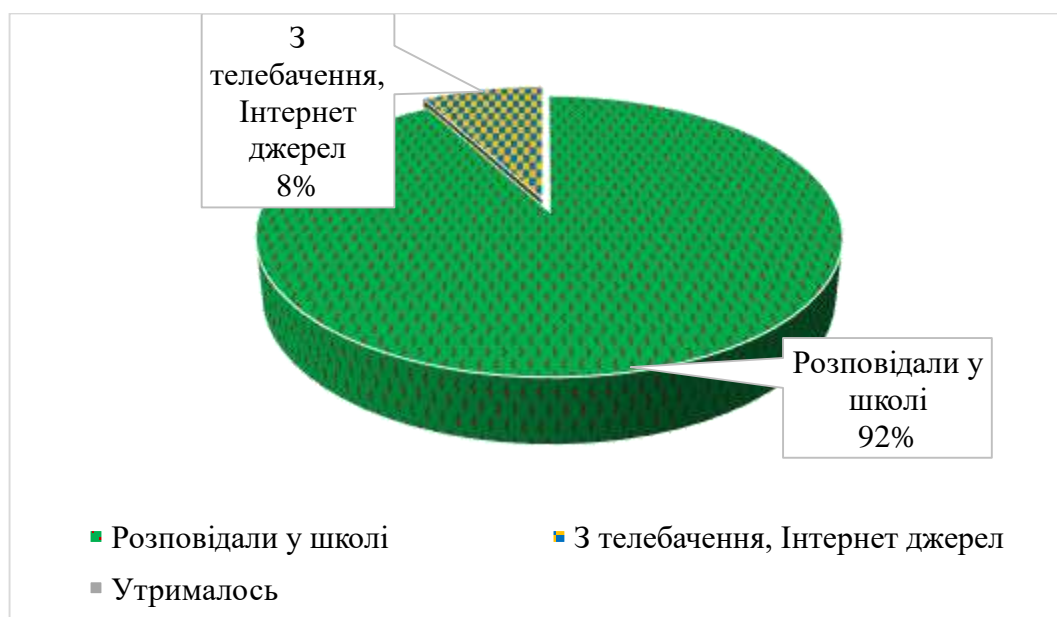


Рис. 2.2. Джерела інформації щодо ВІЛ/СНІДу

Як свідчать результати опитування (рис. 2.3), переважна більшість опитаних студентів (64%) вважають, що володіють достатньою інформацією про ВІЛ/СНІД (етіопатогенез, клінічну картину, діагностику, лікування, прогноз, профілактику). При цьому третина опитаних, а це 36% дали заперечну відповідь, що свідчить про відсутність достатньої інформації про ВІЛ/СНІД і її усвідомлення. Можна припустити, що це вже є група ризику, для якої потрібно виробляти відповідні програми інформування про ВІЛ/СНІД. Таких, що утримались не виявлено.

Порівняльна характеристика двох блоків респондентів дозволила визначити, що найбільша проблема недостатності інформації про ВІЛ/СНІД серед студентів I – II курсу. Зокрема, не володіють інформацією 73% опитаних, а ствердну відповідь дали лише 27%. Зовсім протилежна ситуація склалася у другому блоці респондентів, а саме, ствердну відповідь дали 86% опитаних. При цьому були і заперечні відповіді, що склало 14% від загальної кількості опитуваних другого блоку. Таким чином, студенти-медики III – IV курсу на 53% більше обізнані у питаннях ВІЛ/СНІДу ніж студенти I – II курсу, що може свідчити про те, що під час навчання студенти отримують достатньо знань щодо досліджуваної проблеми.

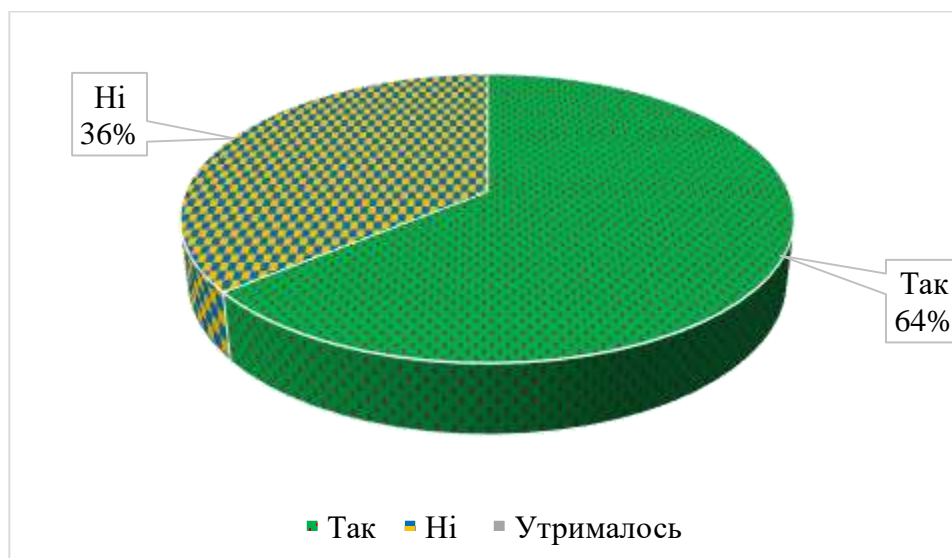


Рис. 2.3. Рівень володіння достатньою інформацією про ВІЛ/СНІД (етіопатогенез, клінічна картина, діагностика, лікування, прогноз, профілактика)

Дослідження показало, що більша частина опитуваних (90%) розуміють різницю між ВІЛ та СНІДом, а 10% респондентів зазначили, що не розуміють різниці. Порівнюючи відповіді респондентів двох блоків можна зробити висновки, що краще обізнані у питаннях ВІЛ/СНІДу респонденти другого блоку. Адже, розуміють різницю між ВІЛ та СНІДом 95% опитаних і лише 5% дали заперечну відповідь. А серед респондентів першого блоку ствердно відповіли 80% опитаних і 20% студентів відповіли, що не розуміють різниці.

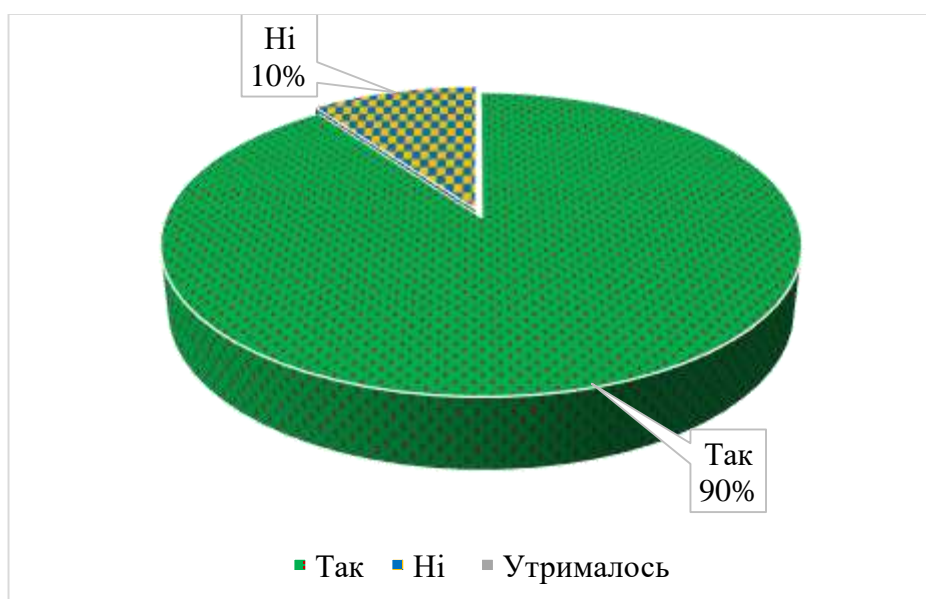


Рис. 2.4. Рівень володіння знаннями щодо різниці між ВІЛом і СНІДом

Незначна більшість респондентів 125 осіб (52%) не приймали участь у інтерактивних заходах (бесіда, тренінг, вебінар, круглий стіл, конференція тощо) на тему, що стосувалася ВІЛ/СНІД і 115 осіб (48%) мали позитивну відповідь (рис. 2.5). Причому ці показники значно відрізняються в залежності від курсу на якому навчаються респонденти. Так, позитивну відповідь на це питання на I – II курсі дало 18 студентів (20%) і 97 студентів (64%) III – IV курсу. Це свідчить про те, що під час навчання в медичному коледжі студенти активно залучаються до інтерактивних заходів на тему, що стосується ВІЛ/СНІДу.

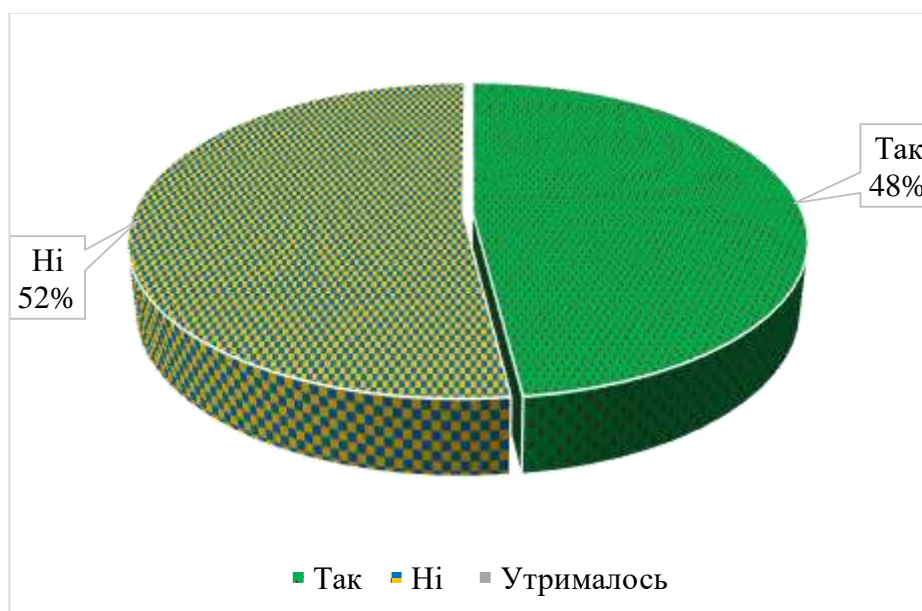


Рис. 2.5. Рівень прийняття участі у інтерактивних заходах

При дослідженні даного питання, на жаль, з'ясувалося, що значна більшість респондентів (97%) не обговорювали проблеми, що стосуються ВІЛ/СНІДу у родинному колі. Лише (3%) респондентів обговорювали ці питання у родині (рис. 2.6). Якщо порівнювати відповіді респондентів двох блоків, то можна зробити висновок що в сім'ях респондентів першого блоку ці питання не обговорювалися взагалі, так як жоден студент I – II курсу не дав ствердної відповіді. Лише 5% респондентів другого блоку зазначили, що обговорювали проблеми ВІЛ/СНІДу в родині.

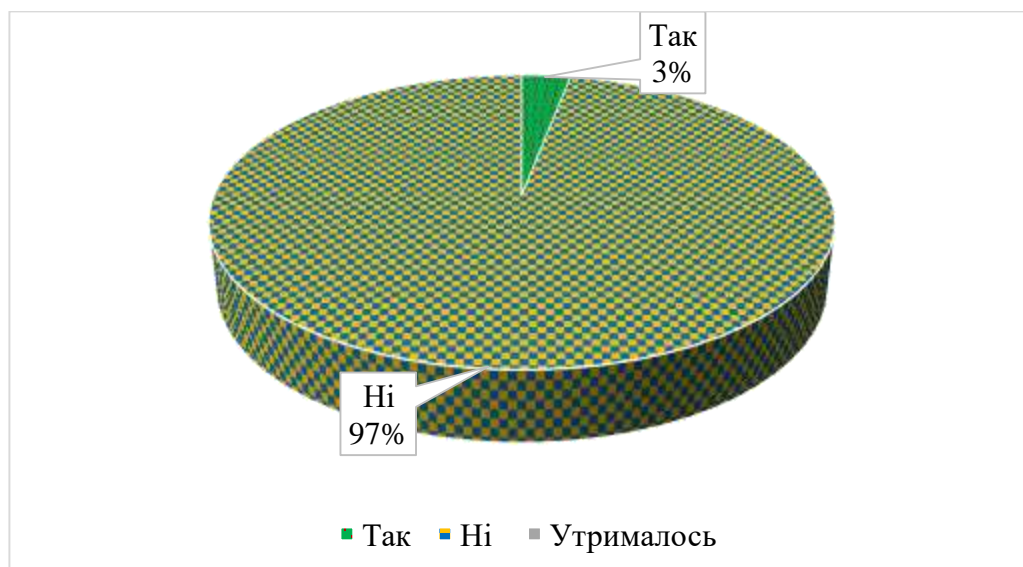


Рис. 2.6. Рівень обговорення проблем, що стосуються ВІЛ/СНІД у родинному колі

Результати опитування показали, що проблеми ВІЛ/СНІДу майже не обговорюються у колі друзів. Про це зазначили 92% респондентів і лише 8% респондентів обговорювали з друзями проблеми, що стосуються ВІЛ/СНІДу (рис. 2.7).

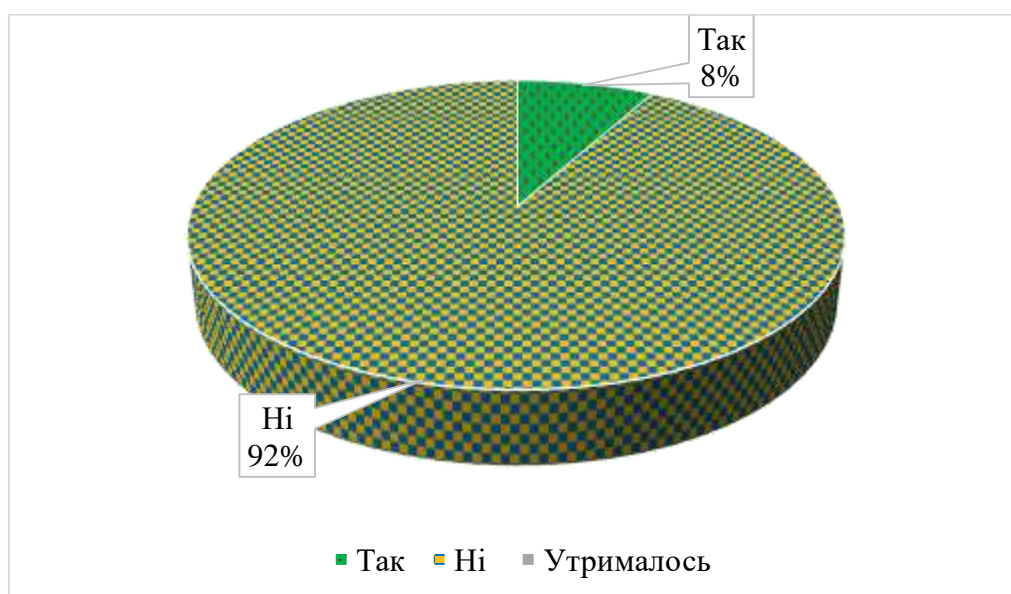


Рис. 2.7. Рівень обговорення проблем, що стосуються ВІЛ/СНІД у колі друзів

Було також визначено, що значна більшість опитуваних 83% знають шляхи передачі ВІЛ-інфекції і 17% респондентів не мають відповіді на це запитання

(рис. 2.8). У ході аналізу дослідження було також зафіксовано відмінності в рівні поінформованості в залежності від курсу респондентів. Можна відзначити, що студенти I – II курсу гірше обізнані щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції. Зокрема, знають шляхи передачі ВІЛ-інфекції 61% опитаних, а 39% опитаних дали протилежну відповідь. Ствердну відповідь на дане запитання дали 96% респондентів другого блоку і лише 4% опитаних зазначили, що не знають усі шляхи передачі ВІЛ/СНІДу.

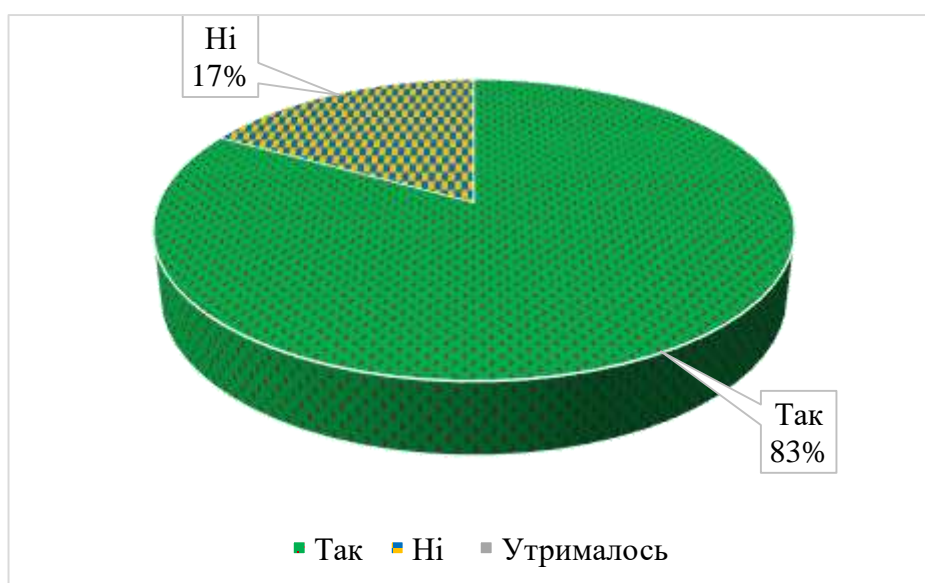


Рис. 2.8. Рівень знань щодо шляхів передачі ВІЛ/СНІДу

Більша частина респондентів (98%) відповіли, що СНІД не передається при обіймах та рукоштовпанні, лише 2% опитаних не знають відповіді і саме вони є респондентами першого блоку. При дослідженні з'ясувалося, що значна більшість респондентів (88%) вважають, що СНІД не передається при укусах комарів чи інших комах, 9% осіб не знають відповіді на це питання і 3% осіб вважають, що такий шлях зараження можливий.

Порівняльна характеристика двох блоків респондентів дозволила визначити, що студенти I – II курсу менше володіють інформацією щодо шляхів передачі ВІЛ/СНІДу.

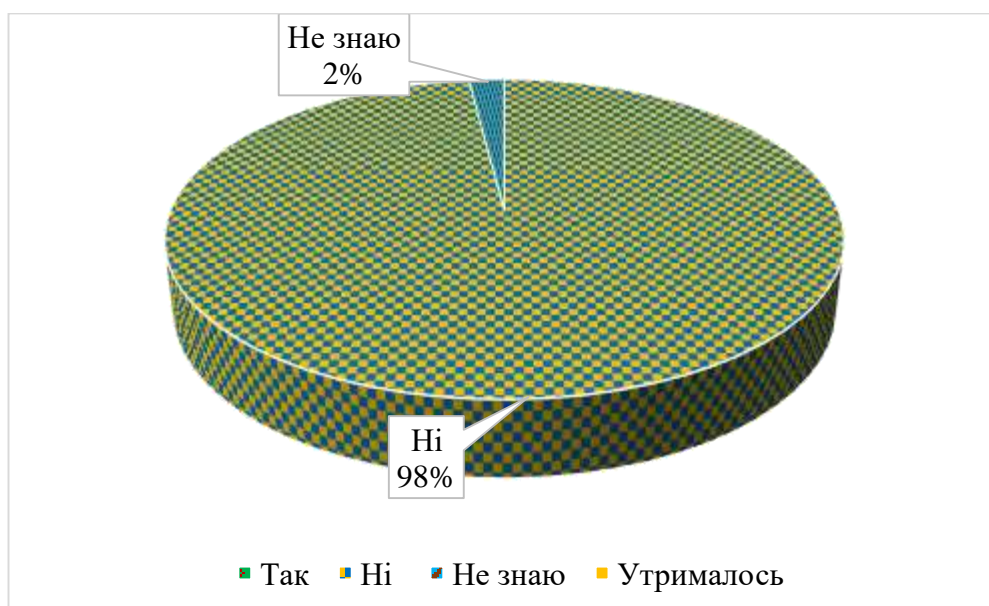


Рис. 2.9. Результати знань щодо передачі ВІЛ при обіймах та рукоштовпанні
Зокрема,

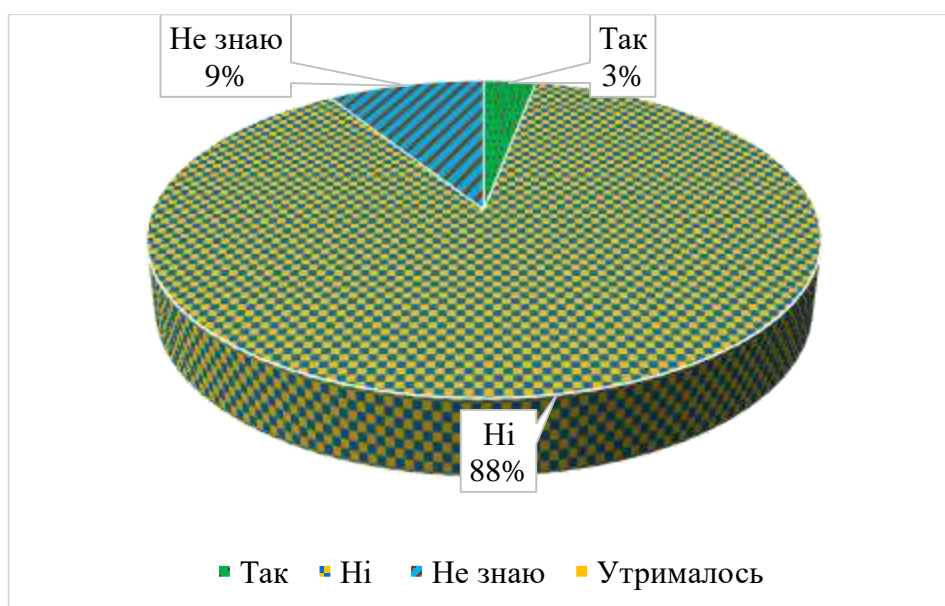


Рис. 2.10. Результати знань щодо передачі ВІЛ при укусах комарів чи інших комах

Дослідження показало, що значна частина опитуваних 96% впевнені, що СНІД передається від матері до плода через плаценту і 4% респондентів не знають відповіді на це запитання (рис. 2.11). Заперечної відповіді не дав жоден респондент. Якщо порівнювати відповіді респондентів двох блоків, то можна зробити висновок що не знають відповіді на дане питання у першому блоці 10% респондентів, а у другому лише 1% осіб. Це свідчить про те, що студенти III – IV

курсу краще володіють інформацією щодо шляхів передачі ВІЛ/ СНІДу, ніж студенти I – II курсу.

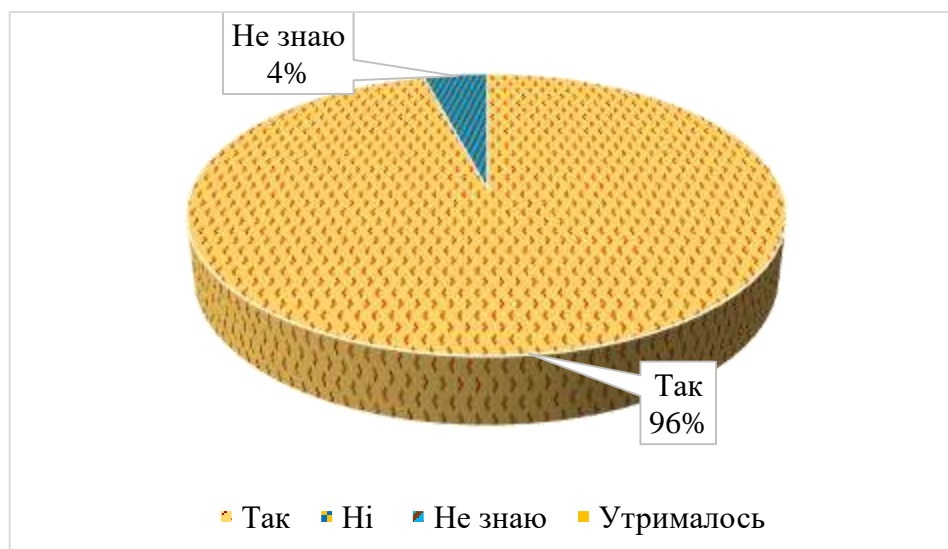


Рис. 2.11. Результати знань щодо передачі ВІЛ від матері до плода через плаценту

Значна кількість респондентів (95%) відповіли, що СНІД не передається при спільному користуванні побутовими речами і лише 5% не знають відповіді на дане запитання, вони є студентами I – II курсу.

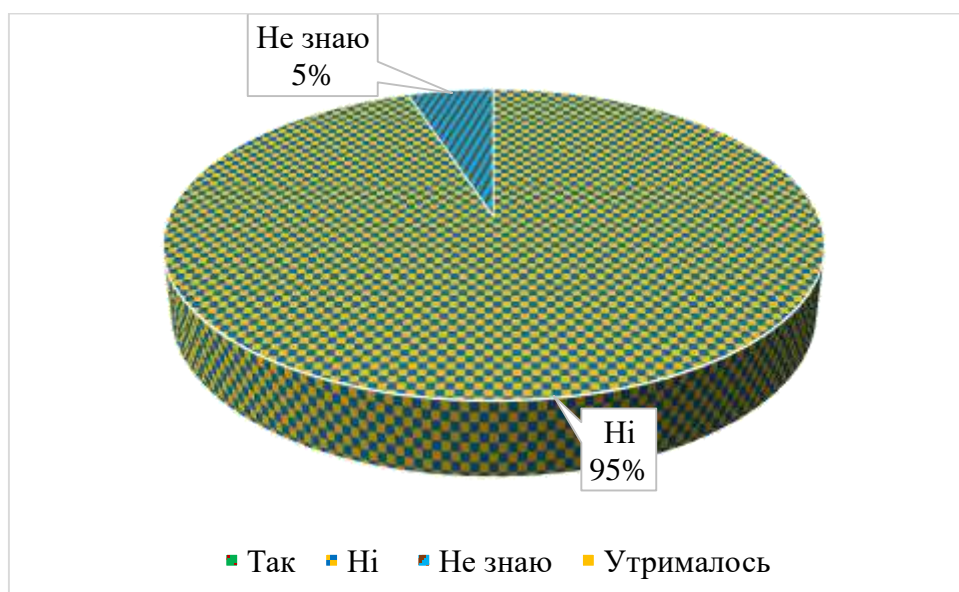


Рис. 2.12. Результати знань щодо передачі ВІЛ при спільному користуванні побутовими речами

Більше половини респондентів (56%) вважають, що ризик ВІЛ-інфікування пов'язаний із наданням сексуальних послуг, а 44% опитуваних вважають, що найбільше ризикують наркомани (рис. 2.13).



Рис. 2.13. Результати знань щодо груп ризику населення у передачі ВІЛ

Проституцію як один із чинників ризику визнали 100% респондентів обох блоків.



Рис. 2. 14. Результати думки про проституцію як чинник ризику

Студенти I – II курсу із способами профілактики знайомі на 26% менше, ніж студенти III-IV курсу, а дали протилежну відповідь на 23% більше. У загальному знайомі з способами профілактики 91% опитаних (рис. 2.15).

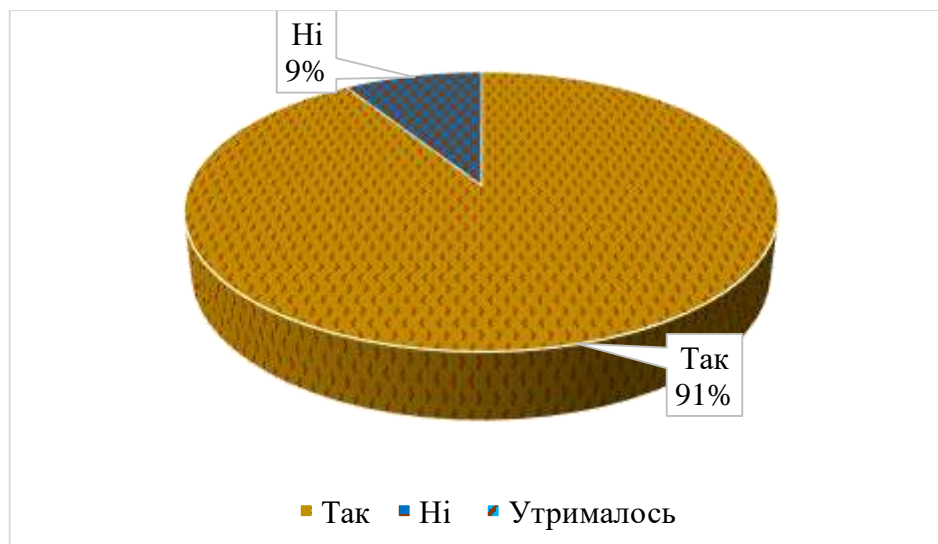


Рис. 2.15. Результати знань щодо способів профілактики ВІЛ/ СНІДу

Значна частина респондентів (87%) вважають презерватив надійним захистом від інфекції, 5% мають сумніви відносно надійності використання презервативів, а 8% не мали чіткої відповіді (рис. 2.16).

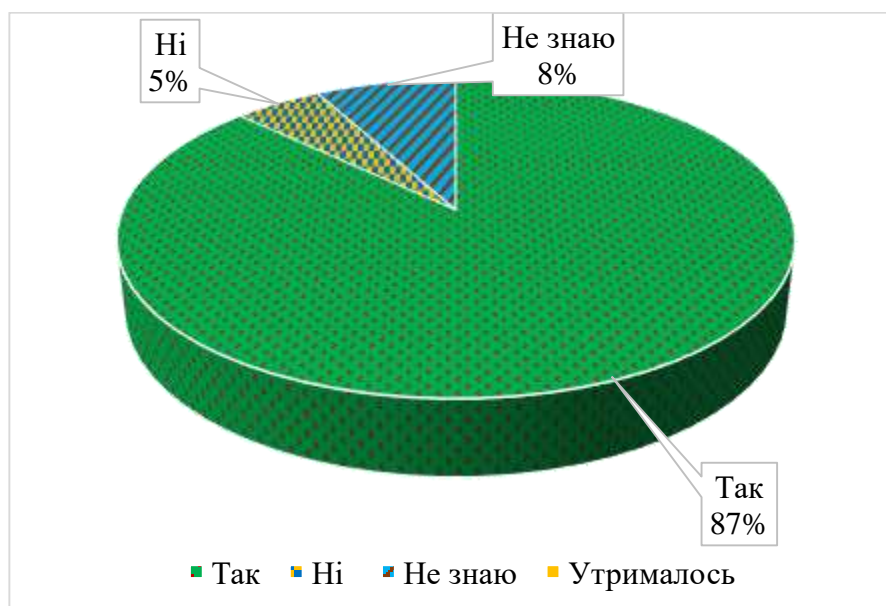


Рис. 2.16. Результати думки респондентів щодо надійності презервативу як засобу захисту

Незахищений секс, як один із способів зараження ВІЛ-інфекцією, визнали 95% респондентів і лише 5% з них схилилися до іншої думки (рис. 2.17).

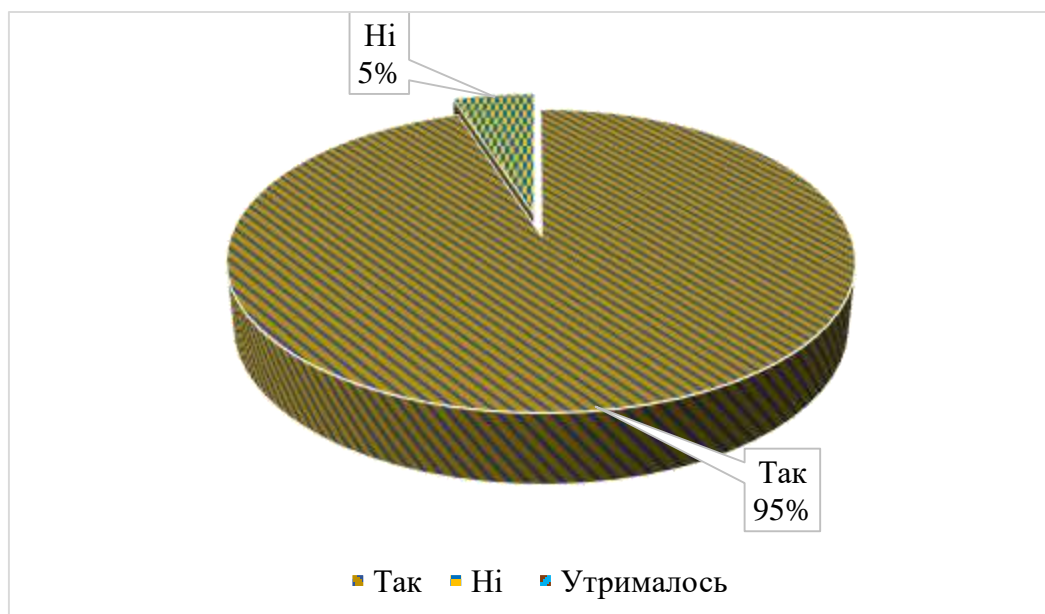


Рис. 2.17. Результати думки респондентів щодо незахищеного сексу як одного із способів зараження ВІЛ/СНІДом

Слід акцентувати увагу на тому, що мають можливість купувати презервативи самостійно і у достатній кількості лише 12% респондентів, а значна більшість 88% такої можливості не мають!

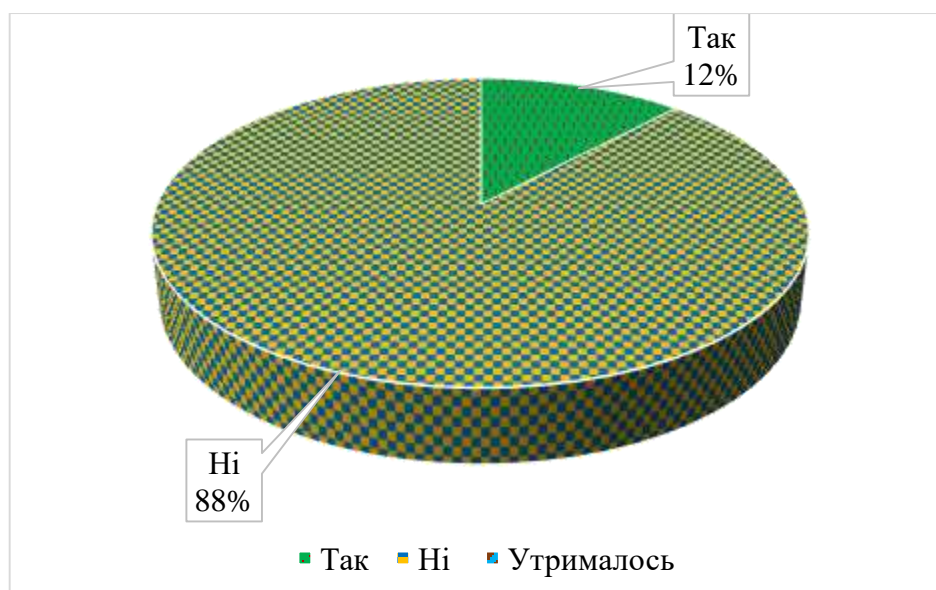


Рис. 2.18. Спроможність студентів купувати презервативи у достатній кількості

Дослідження показало, що молодь не має можливості за потреби купувати засоби захисту (59% респондентів відмітили високу вартість презервативів). Крім того, 32% респондентів вказали, що соромляться їх купувати, а 9% – на недостатність пунктів цілодобового продажу презервативів (рис. 2.19).



Рис. 2.19. Причини неспроможності студентів купувати презервативи у достатній кількості

Так стало відомо, що переважна більшість респондентів 98% вважають за необхідне застосовувати медичним працівникам захисний одяг при виконанні маніпуляцій і лише 2% респондентів не мають відповіді на це запитання. Заперечну відповідь не дав жоден респондент, що є позитивним результатом (рис. 2.20). Зроблено висновок, що студенти медичного коледжу мають високу свідомість та розуміють необхідність використання захисного одягу у практичній діяльності.

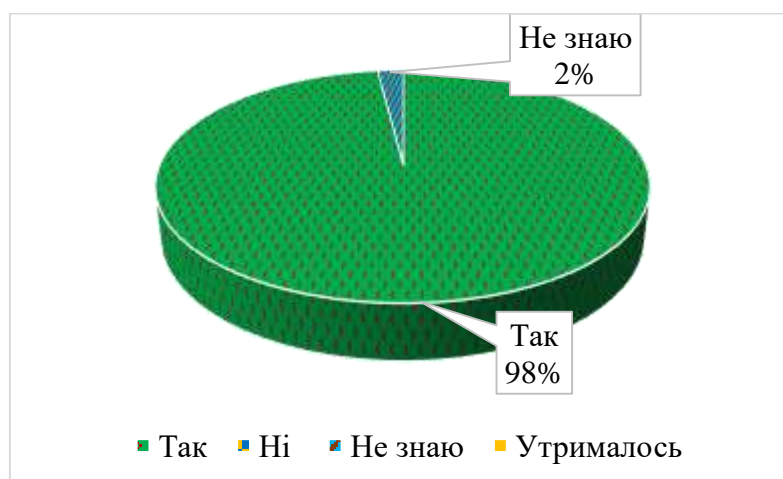


Рис. 2.20. Рівень знань щодо потреби користування медичними працівниками захисним одягом (рукавички, маски, екрани) при виконанні маніпуляцій

Адже, 91% респондентів зазначили, що будуть використовувати захисний одяг при виконанні маніпуляцій і лише 9% відповіли – іноді. Заперечну відповідь не дав жоден респондент (рис. 2.21):

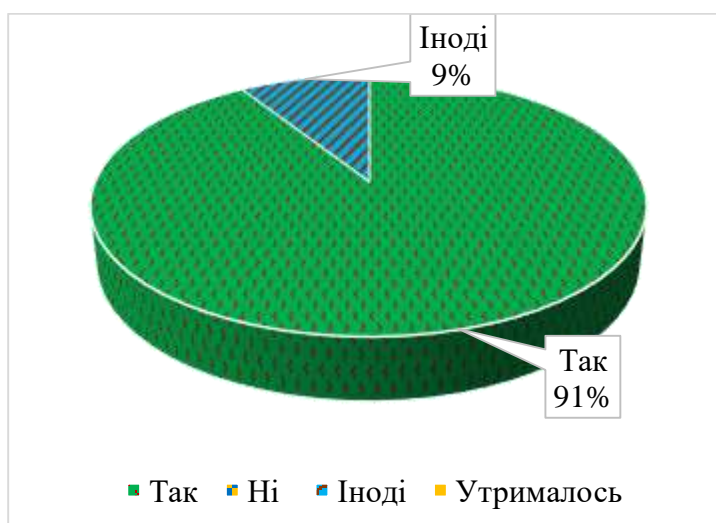


Рис. 2.21. Частка опитаних, що буде користуватися захисним одягом при виконанні маніпуляцій

За отриманими даними можна зробити висновок, що попит на інформацію про проблему ВІЛ/ СНІДу серед молоді є високим. Адже, більша частина опитуваних 60% відчувають потребу поповнити свої знання з цього питання, інші 40% опитаних такої потреби не відчувають. Співвідношення між рівнем знань респондентів різних курсів можна побачити на рис. 2.22.

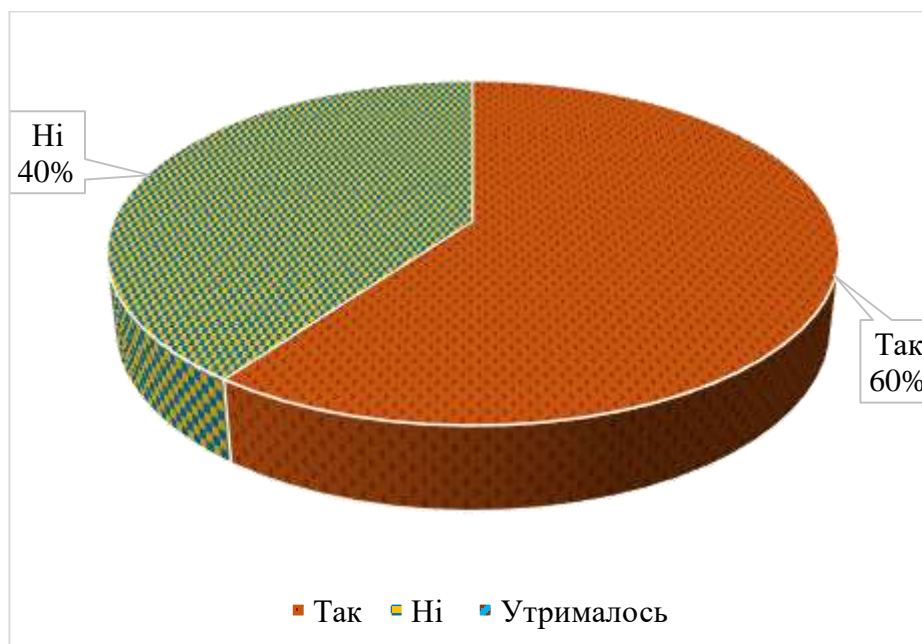


Рис. 2.22. Частка опитаних, що відчують потребу в поповненні своїх знань з питань ВІЛ/СНІДу

Порівняльна характеристика двох блоків респондентів дозволила визначити, що найбільша проблема недостатності інформації про ВІЛ/СНІД серед студентів I – II курсу. Зокрема, поповнити свої знання з питань ВІЛ/СНІДу виявили бажання 94% респондентів першого блоку і лише 6% дали протилежну відповідь. А серед респондентів другого блоку поповнити знання з питань ВІЛ/СНІДу виявили бажання 39% , що на 55% менше в порівнянні з першим блоком. Значна більшість респондентів другого блоку (61%) відповіли, що не потребують додаткових знань з даного питання.

Таким чином, студенти-медики III – IV курсу на 55% більше обізнані у питаннях ВІЛ/СНІДу ніж студенти I – II курсу, що свідчить про те, що під час навчання студенти отримують достатньо знань щодо досліджуваної проблеми. Опитування показало, що більшість осіб 68% володіє інформацією, де можна пройти обстеження на наявність ВІЛ-інфекції, а 32% опитаних дали протилежну відповідь. Але простежується залежність поінформованості від курсу навчання респондентів. Так, із 89 опитуваних I – II курсу, лише 15% осіб, а значна більшість (85%) відповіли, що не знають де можна пройти обстеження на

наявність ВІЛ-інфекції. Проте, респонденти другої групи 100% відповіли, що знають відповідь на дане запитання. Узагальнені показники демонструє рис. 2.23.

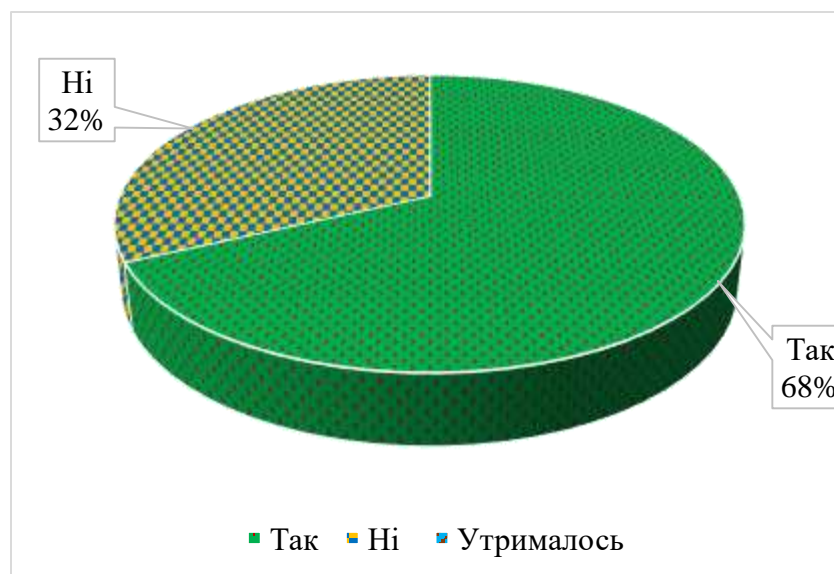


Рис. 2.23. Частка опитаних, що знає, де можна пройти обстеження на наявність ВІЛ-інфекції

Також з'ясовано, що більша частина опитаних (53%) намагається вести здоровий спосіб життя, 17% опитаних дали протилежну відповідь і 30% респондентів відповіли, що ведуть здоровий спосіб життя іноді.

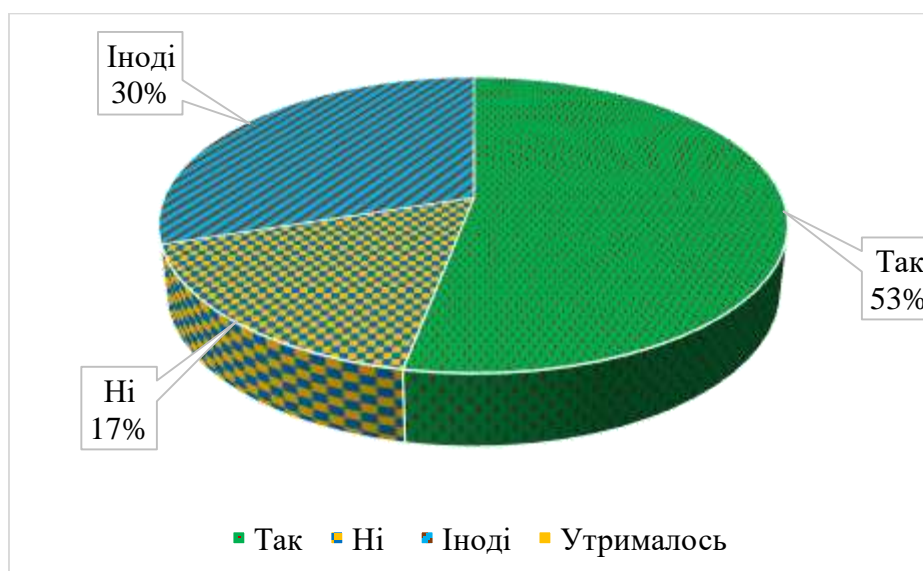


Рис. 2.24. Частка опитаних, які намагаються вести здоровий спосіб життя

Результати дослідження показали, що значна більшість респондентів 73% не мають серед друзів та рідних ВІЛ-інфіковані чи хворі на СНІД, а 27% вказали, що не володіють даною інформацією (рис. 2.25).

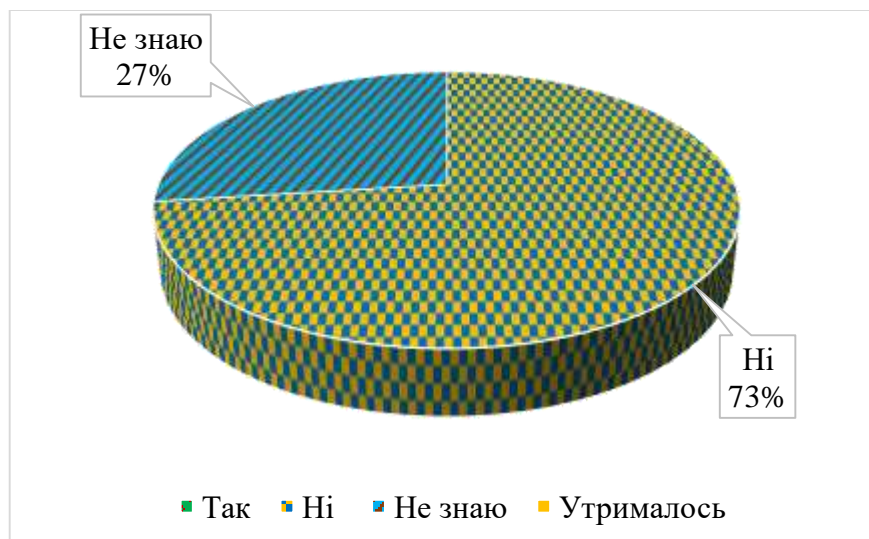


Рис. 2.25. Частка респондентів щодо довіряють друзям та рідним у питаннях ВІЛ/СНІДу

Результати дослідження показали, що студенти медичного коледжу є досить толерантними по відношенню до людей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу. Так, 65% респондентів відповіли, що продовжать спілкуватися з ВІЛ-позитивним другом, 11% припинять спілкування і 24% не мають відповіді на це запитання.

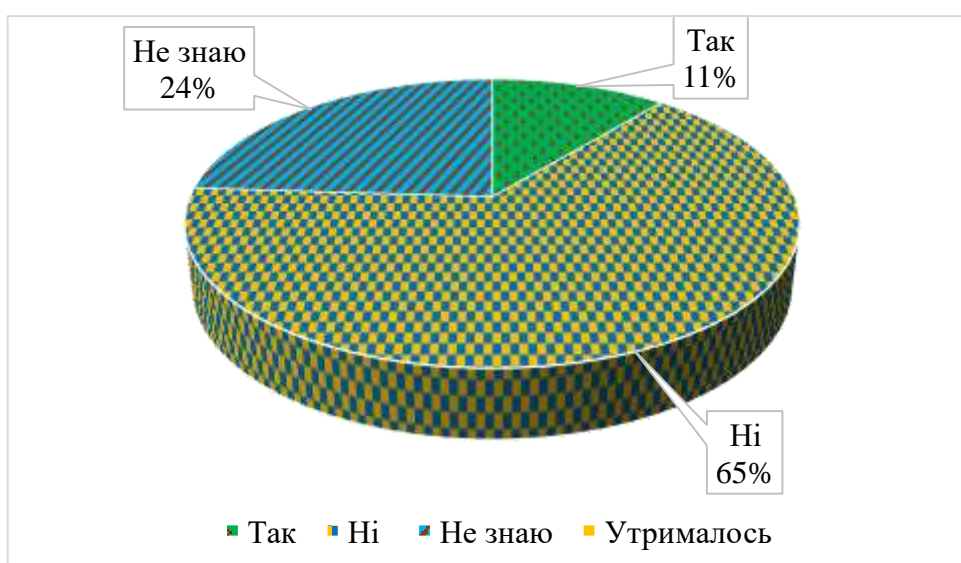


Рис. 2.26. Результати вивчення існування проблеми дискримінація та стигматизація ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД осіб

Значна більшість респондентів 81% відповіли, що ВІЛ-інфіковані не потребують ізоляції від оточуючих, а 19% мають протилежну думку (рис. 2.27). Порівняльна характеристика двох блоків респондентів дозволила зробити висновки, що студенти III - IV курсу більш толерантні по відношенню до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, ніж студенти I - II курсу. Зокрема, 90% опитаних другого блоку відповіли, що ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД не потребують ізоляції від оточуючих, а серед респондентів першого блоку таких було 65%. Різниця цих часток склала 25%.



Рис. 2.27. Результати вивчення потреби в ізоляції ВІЛ-інфікованих від оточуючих (на думку респондентів)

Так було визначено, що більшість респондентів 62 % готові працювати з ВІЛ-інфікованими пацієнтами, 13% не погоджуються і 25% не мають чіткої відповіді. Готовність працювати з ВІЛ-інфікованими пацієнтами відрізняється в залежності від курсу навчання. Так, готовність працювати з ВІЛ-інфікованими пацієнтами виявило 72% респондентів другого блоку і менше половини (45%) респондентів першого блоку. Заперечну відповідь дали 24% опитаних першого блоку і лише 7% респондентів другого блоку. Не мають відповіді на дане запитання 31% опитаних першого блоку і 21% респондентів другого блоку.

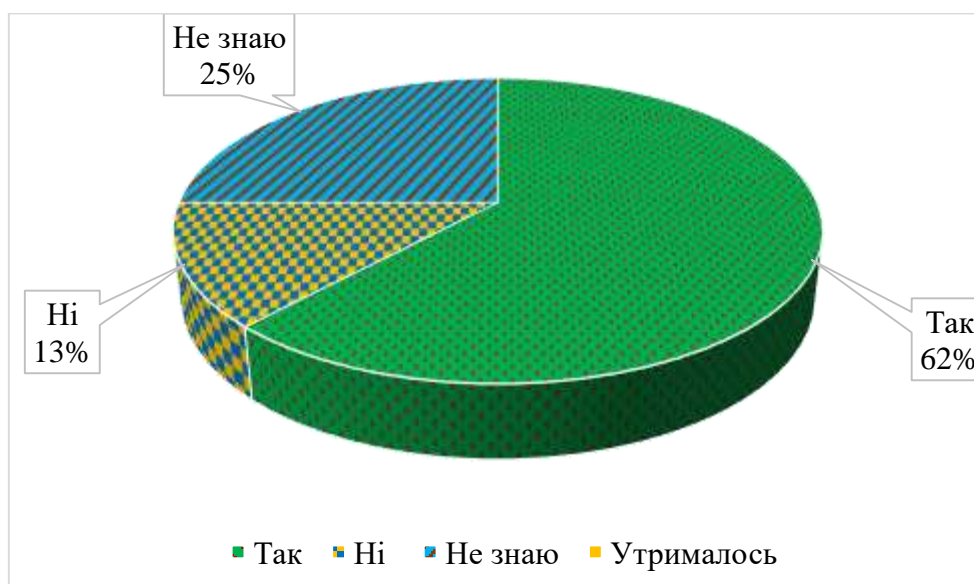


Рис. 2.28. Результати вивчення професійної готовності до роботи з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД особами

У ході опитування з'ясувалося, що 91% опитуваних відчувають співчуття до хворих на СНІД і лише 9% респондентів мають протилежну думку. Таких, що утримались немає (рис. 2.29).

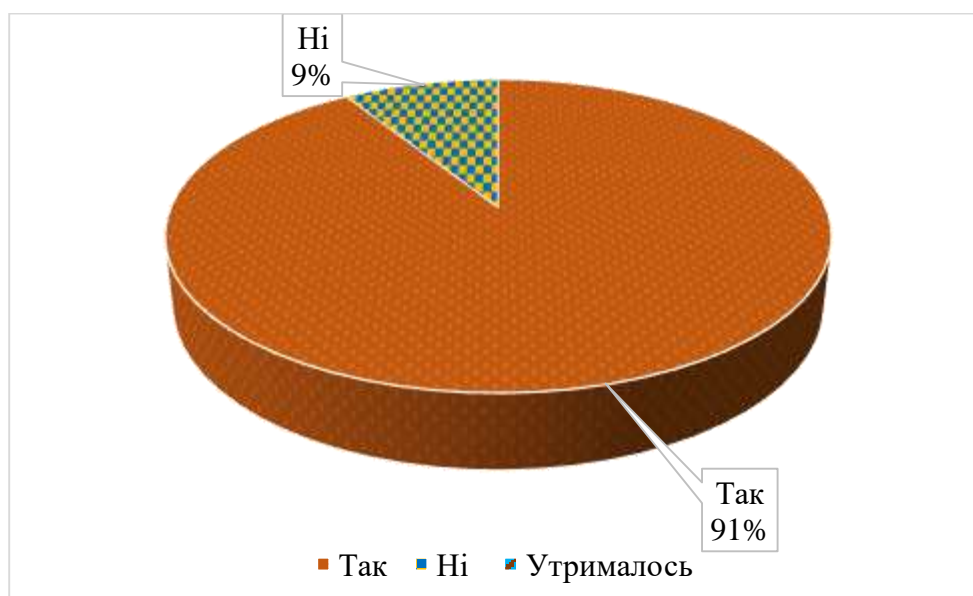


Рис. 2.29. Результати вивчення рівня професійної емпатії до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД осіб

Висновки до розділу 2

Для вирішення поставлених завдань було прийнято рішення про отримання первинної інформації методом опитування, розроблено програму соціологічного дослідження, використано загальнонаукові та спеціальні методи дослідження.

Отже, в магістерській роботі були опитані студенти-медики – особливе молодіжне середовище, оскільки, існує кореляція між рівнем освіти та вірогідністю інфікування ВІЛ. В процесі навчання студенти опрацьовують медичну статистичну інформацію, вивчають спеціальні предмети та оволодівають професійними (медичними) навичками на практичних заняттях, в т.ч. на клінічних базах.

Результати опитування двох блоків респондентів (I-II та III-IV курсів) медичного фахового коледжу за допомогою анкети-опитувальника дозволили визначити, що у загальному більша половина опитаних достатньо володіє інформацією щодо проблеми ВІЛ/СНІДу та знає шляхи інфікування ВІЛ. При цьому, студенти старших курсів є більше обізнаними щодо проблеми ВІЛ/СНІД. Великою проблемою є комунікаційні бар'єри щодо обговорення проблем ВІЛ/СНІД у родинному колі та у колі друзів. Крім того, проблемою є унеможливлення придбання молоддю контрацептивів у достатній кількості, вільно це можуть зробити лише 12% опитаних. Разом з тим, більша половина респондентів розуміє необхідність використання захисного одягу при виконанні медичних маніпуляцій. В той же час, респонденти вказали на потребу в поглибленні знань з профілактики зараження ВІЛ/СНІД в медичній галузі на основі сучасного прогресу.

Зважаючи на результати дослідження, виокремилися два напрями профілактичної роботи: особистісно-виховний та професійний.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВИРІШЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ВІЛ/СНІДУ

3.1. Удосконалення програм навчання майбутніх медичних працівників попередженню ризиків інфікування при професійному контакті з ВІЛ

Профілактика ризиків інфікування на робочих місцях – тема актуальна для усіх країн світу. В Україні також на законодавчому рівні створено досить сприятливі умови для запровадження заходів контролю і профілактики ВІЛ-інфекції на робочих місцях [47, с.35]. Але, праця медиків – це складний і відповідальний вид діяльності [50]. З огляду на її особливості працівники сфери охорони здоров'я, в т.ч. молодші спеціалісти з медичною освітою підпадають під вплив комплексу чинників фізичної, хімічної та біологічної природи. Медики також зазнають високого нервово-емоційного напруження, перенавантаження окремих органів та їх систем. Тому проблемою є захворювання, які виникають внаслідок професійної діяльності та зумовлені виключно або переважно тривалим впливом шкідливих речовин, певних видів робіт та інших факторів, пов'язаних з роботою [50].

Сьогодні особлива увага приділяється ролі біологічних факторів, як чинникам професійних захворювань у медичних працівників, оскільки, ряд випадків інфікування, які виникають при виконанні професійних обов'язків, залишаються нерозпізнаними (це стосується ВІЛ-інфекції). Перелік професійних захворювань затверджений постановою КМУ від 08.11.2000 № 1662 включає Розділ V «Захворювання, викликані дією біологічних факторів», де визначено перелік інфекційних захворювань, в т.ч. ВІЛ/СНІД.

Відповідно до ст.22 Закону України «Про охорону праці» роботодавець повинен організувати розслідування та вести облік нещасних випадків,

професійних захворювань та аварій, як це передбачено положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України за погодженням з всеукраїнськими об'єднаннями профспілок. Але, офіційне підтвердження професійного інфікування ВІЛ є досить складним завданням і пов'язується зі значною кількістю виробничих травм і аварій у медичних працівників, що виникають у разі прямого контакту з кров'ю та іншими біологічними рідинами, які можуть бути контаміновані ВІЛ. При цьому, ризик інфікування при різних травмах є різним. Високий ризик інфікування – при порізі предметом з видимими слідами крові, при уколі порожнистою голкою (для внутрішньовенних ін'єкцій) великого діаметру, при попаданні інфікованої крові безпосередньо в кровоток, при попаданні великого об'єму крові на слизову оболонку очей. Низький ризик інфікування – при попаданні крові або інших біологічних рідин на неушкоджену шкіру, при контакті з сечею, слюзою без видимої домішки крові. Оцінка ступеня ризику має вирішальне значення для вирішення питання про призначення профілактичного медикаментозного лікування – постконтактної профілактики. Це медичний захід, спрямований на попередження розвитку інфекції після імовірного контакту з патогенним мікроорганізмом.

В рамках теми дослідження акцентуємо увагу на необхідності набуття знань студентами-медиками щодо ризику інфікування ВІЛ під час проходження виробничої практики та надалі в процесі професійної діяльності. Незнання нормативної бази, термінів здачі аналізів у разі медичної аварії може призвести до неможливості оформлення відповідних документів та офіційного визнання професійного захворювання.

Зокрема, ще в 1998 році був визначений Порядок та умови обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції. В документі зазначено, що страховими випадками є:

- смерть працівника від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції внаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ним професійних обов'язків;

- визнання працівника інвалідом внаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ним професійних обов'язків;

- тимчасова втрата працездатності працівником внаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ним професійних обов'язків;

- інфікування працівника вірусом імунодефіциту людини під час виконання ним професійних обов'язків.

Виплата страхової суми застрахованому працівнику здійснюється страховиком на підставі довідок про обстеження на антитіла до вірусу імунодефіциту людини, проведене протягом 5 днів після аварії, з негативним результатом; довідки про обстеження на антитіла до вірусу імунодефіциту людини, проведене протягом перших трьох місяців після аварії, з позитивним результатом та ін. [52].

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 травня 2000 року № 120 визначив напрями вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Вище сказане потребує знань щодо поняття «медична аварія» та алгоритму дій в разі її виникнення. Так Порядок підтвердження зв'язку зараження ВІЛ-інфекцією з виконанням працівником своїх професійних обов'язків визначив поняття «аварія» - безпосередній відкритий фізичний контакт з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами внаслідок потрапляння їх на шкіру/слизову оболонку, під шкіру/слизову оболонку, який трапився при виконанні професійних обов'язків [53].

Обстеження особи на ВІЛ, з кров'ю чи біологічними матеріалами якої відбувся випадок контакту, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, проводиться згідно з вимогами Порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол), затвердженого наказом Міністерства

охорони здоров'я України від 19 серпня 2005 року № 415 та Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 грудня 2010 року № 1141.

Єдині вимоги до проведення екстреної постконтактної профілактики після випадку контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаного з виконанням професійних обов'язків, з метою попередження розвитку ВІЛ-інфекції встановив Порядок проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків, дія якого поширюється на усі форм власності, персонал яких включено до Переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції [54].

Отже, для профілактики та раннього виявлення професійних захворювань у медичних працівників необхідно проводити навчання способам запобігання інфікування ВІЛ ще студентам-медикам, а вже потім впроваджувати освітні програми безпеки на робочому місці. Володіння достовірною інформацією щодо професійної захворюваності медичних працівників є важливим джерелом для оцінки та управління професійними ризиками. Також необхідно і надалі вдосконалювати нормативно-правову базу, яка регламентує питання безпеки умов праці та охорони здоров'я медичних працівників з метою впровадження комплексної ефективної системи безпеки умов праці та охорони здоров'я медичних працівників.

3.2. Організація та підвищення професійної готовності медичної сестри до надання паліативної допомоги ВІЛ-інфікованими

Виділяють 3 критичних періоди адаптації ВІЛ-інфікованих:

- 1) період після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції;
- 2) період після появи клінічних ознак;
- 3) період завершення життєдіяльності [33, с.5].

Перший критичний період настає після повідомлення звістки про інфікованість ВІЛ. Для цього періоду характерні в основному психоемоційні проблеми пацієнта, які проявляються реакціями: страху (болісної смерті, зараження близьких людей), тривоги (з приводу порушення конфіденційності, неможливості що-небудь змінити, необхідності давати звіт про своє інтимне життя).

Пацієнти скаржаться на відчуття неспокою, психічної напруженості, нервозності, неможливості взяти себе в руки, на труднощі засипання і порушення нічного сну; відчуття «скутості»; труднощі в концентрації уваги, нездатність розслабитися, прискорене серцебиття, дратівливість, задишку, локальну пітливість.

Повідомлення про інфікованість ВІЛ породжує тяжкі емоційні переживання, які пов'язані з уявленнями про відсутність ефективної терапії і несприятливий прогноз. Самогубство при цьому розглядається хворим як спосіб уникнути болю, безпорадності, ганьби.

Завданням медпрацівників є встановлення контакту з ВІЛ-інфікованим пацієнтом. Медпрацівник повинен проявляти повну доброзичливість і прихильність до ВІЛ-інфікованих осіб незалежно від їхнього способу життя, вибору статевих партнерів. Неприпустимий прояв будь-яких суб'єктивних емоцій з приводу індивідуальних особливостей таких пацієнтів. Шаноблива поведінка медпрацівника дає хворому відчуття безпеки і підсилює свідомість власної гідності [45].

У процесі спілкування медсестри з пацієнтом у них складаються міжособистісні відносини. При цьому велике значення мають щирість, доброзичливість. Дуже небезпечне нетерпіння медичної сестри, її недбалість у виразах, байдуже ставлення до співрозмовника, формалізм.

Недостатнє володіння медичними працівниками навичками спілкування і неувага до особливостей психічного стану пацієнтів приводять до провокування конфліктних ситуацій, а також до проявів агресії з боку хворої людини [33, с.10].

Другий критичний період адаптації ВІЛ-інфікованої людини припадає на третій період хвороби - період появи клінічних симптомів СНІДу. У цей період внаслідок вираженого імунодефіциту у ВІЛ-інфікованого хворого виникають так звані СНІД-асоційовані захворювання. Ними є вторинні захворювання, а також онкологічні захворювання. Вторинні захворювання можуть бути викликані самою різноманітною флорою: вірусною, бактеріальною, грибовою, протозойною, умовно-патогенною. Поява ВІЛ-асоційованих захворювань свідчить про перехід ВІЛ-інфекції в стадію СНІДу. СНІД проявляється різноманітним симптомам. Це і виражене схуднення хворих, і багатомісячні діарея і лихоманка, і важкі ураження шкірних покривів, язика і слизових оболонок. У цей період можуть з'явитися всі відомі інфекційні захворювання (туберкульоз, сальмонельоз, кандидоз та багато інших), а також нові, раніше не відомі, хвороби, які властиві тільки СНІДу. Поява специфічного (СНІД-індикаторного) захворювання дозволяє навіть без лабораторного підтвердження поставити діагноз «СНІД». До СНІД-індикаторних захворювань відносять саркому Капоші у молодих, пневмоцистну пневмонія, волохату лейкоплакію язика тощо.

У період клінічних проявів відзначається наростання астенії, яка проявляється підвищеною стомлюваністю, нестійкістю настрою, іноді появою агресії [33, с.13].

Медсестрам доводиться стикатися з різноманітними формами перебігу ВІЛ-інфекції та у фінальній його стадії, в якій СНІД протікає з шлунково-кишковими розладами, з ураженням легень, рецидивуючими болючими ураженнями порожнини рота. Часто у хворого виникають порушення мозкових функцій, сліпота, глухота, паралічі, раннє слабоумство.

У третій критичний період адаптації істотних зусиль від медичної сестри вимагає і проблема вмирання хворих. Розуміння неминучості смерті викликає у людини занепокоєння своєю неминучістю, невідворотністю і невизначеністю настання.

У цей період підвищується емоційна вразливість у невиліковно хворих людей, що робить сестринський процес більш відповідальним і складним. Хворі часто задають медсестрам і лікарям питання: «Чи скоро я помру?» Вимагаючи правди, хворий на СНІД не надто представляє свою реакцію на неї. Часто знання того, що скоро настане смерть, не сприяє полегшенню стану хворого. По суті, задаючи таке питання, пацієнт, перш за все, сподівається на позитивні новини, на відповідь: «Ні, ще не скоро». Заперечення дозволяє вмираючому хворому побачити найменший, існуючий шанс на одужання і полегшує його душевні страждання. Це далеко не завжди, означає, що пацієнт дійсно не знає про наближення смерті. Він просто вважає за краще залишатися в невіданні. Якщо ж медпрацівники починають говорити про те, що все буде добре і пацієнт одужає, тривожність у вмираючого зростає, бо він починає розуміти повну безнадійність свого стану. Оптимізм в такій ситуації викликає у хворого на СНІД недовіру і підозрілість [33, с.14].

Вмираючий здатний усвідомити своє становище і нерідко хоче поговорити про наближення смерті, але тільки в тому випадку, якщо його вислухають без поверхневих спроб втішити. Часто люди вмирають на самоті. Страх смерті і біль стають ще сильніше, якщо залишити людину одну. Медичні сестри повинні якомога довше спілкуватися з вмираючим хворим, уважно вислуховувати його скарги і по можливості виконувати його прохання. Слід враховувати, що вмираючі пацієнти часто воліють більше говорити, ніж слухати оточуючих. Важливо надати їм таку можливість.

ВІЛ-інфіковані пацієнти більшу частину свого життя проводять поза лікарнею, бо ВІЛ-інфекція - це тривале, багаторічне захворювання. У стаціонар вони потрапляють в стадії СНІДу, коли приєднуються вторинні інфекції або пухлини.

Звичайно, в стаціонар вони можуть потрапити і в безсимптомну стадію за причинами, не пов'язаними з ВІЛ-інфекцією.

Медсестри повинні добре знати чинники передачі ВІЛ-інфекції та вживати всіх заходів з профілактики подальшого її поширення. Медичні халати, рукавички, маски необхідні не тільки для проведення інвазивних процедур. Маски необхідно надягати і тоді, коли хворий через важкий імунодефіцит потребує захисту від вірусних інфекцій. Не рекомендується працювати медсестрам з гострими захворюваннями верхніх дихальних шляхів. Будь-яка інфекція, навіть сама, на перший погляд, невинна, може сильно погіршити перебіг інфекційного процесу ВІЛ-інфікованого хворого.

Білизна, забруднена кров'ю, може стати джерелом зараження, тому персоналу завжди необхідно надягати рукавички, коли вони міняють постільну білизну після ВІЛ-інфікованого хворого. Цю забруднену білизну необхідно кип'ятити або замочувати в розчині хлорного вапна. Всі відходи повинні поміщатися в подвійну упаковку і спалюватися. Крім того, слід часто мити руки з милом.

Поширені, яскраво виражені екзантеми і енантеми можуть викликати у медсестри почуття огиди, яке необхідно приховати від пацієнта, і знаходити в собі сили, терпіння для того, щоб безпристрасно обробляти його рани і виразки. ВІЛ-інфіковані потерпають вираженою пітливістю, особливо вночі, тому необхідно їх щодня обмивати, протирати, переодягати в чисту білизну.

При розвитку пневмоцистної пневмонії, яка характеризується швидким розвитком дихальної недостатності, необхідно постійно дбати і підтримувати такого хворого, допомагати йому в прийнятті вимушеного положення в ліжку, давати зволожений кисень.

У різних хворих різні потреби: одні потребують інтенсивного догляду та постійної підтримки; інші ж в змозі самі впоратися з цими проблемами, але їм потрібен чуйний співрозмовник, бо важко бути наодинці з тривожними думками про майбутнє.

Медична сестра часто стає дуже необхідною і близькою пацієнтові, їй хворий може відкритися часом більше, ніж лікарю. Медсестра повинна проявляти не

тільки тактовність і співчуття до хворого, а й роз'яснювати важливість лікування. Вона може пояснити хворому, що ВІЛ-інфекція - це тривале багаторічне захворювання, і від самого пацієнта залежить, як довго він може прожити. Необхідно вселяти ВІЛ-інфікованій людині, що якщо вона хоче продовжити своє життя на багато років, то необхідно берегтися, намагатися не заражатися іншими інфекційними захворюваннями, не засмагати, не вживати алкоголь і наркотики, тонізуючі препарати, уникати фізичних і психічних стресів, вагітності, приймати вітаміни і протиретровірусні препарати.

Важливо постійно говорити пацієнтові, що здоровий спосіб життя і виконання призначень лікаря призведе до того, що вірус імунодефіциту буде в його організмі перебувати в багаторічному пасивному стані, і хвороба не буде прогресувати. Необхідно вселити в страждаючу людину надію про те, що не все ще втрачено, бо вчені в усьому світі активно займаються пошуками ефективних засобів лікування, розробкою вакцини. І можливо, якщо пацієнт не буде впадати в паніку, а буде виконувати всі призначення і рекомендації лікарів, то в майбутньому його хвороба буде виліковна [45].

3.3. Перспективи долучення студентів-медиків до волонтерства

Молодь є найчутливішою та найвразливішою частиною населення країни, яка потребує в кризових ситуаціях захисту, різного роду допомоги та підтримки. У зв'язку з посиленням впливу на найуразливіші групи населення проблеми ВІЛ/СНІД, постала нагальна проблема в тому, щоб волонтери взяли на себе частину відповідальності за розв'язання соціально-психологічних проблем суспільства. Слід відмітити, що останні роки в Україні волонтерство набуває масового поширення, спостерігається зростання тенденції до урізноманітнення соціально-психологічної допомоги та форм роботи з молоддю. Зокрема, долучення студентів-медиків до волонтерської діяльності.

«Волонтер» (з англ.) означає «доброволець». Це людина, яка добровільно, не переслідуючи корисливих цілей, займається діяльністю на користь суспільства, не одержуючи за це грошової винагороди [60, с.38]. Активно долучаючись до волонтерського руху, студенти-медики здійснюють надання безкорисної допомоги тим, хто її потребує. Адже, волонтерський рух для молодих людей його учасників є невичерпним джерелом здобуття освіти, можливістю вчитись. За допомогою волонтерства відбувається соціалізація особистості завдяки самовизначенню, самоорганізації, самопізнанню, саморегуляції, самореалізації, самоосвіті й самовихованню. Волонтерська діяльність розглядається, як система взаємин між людьми, добровільне надання необхідної допомоги людині людиною. Не зважаючи на те, що волонтери не одержують матеріальної допомоги у вигляді заробітної плати у процесі своєї діяльності, вони здобувають інше – розвиток власних здібностей, моральне задоволення, відчуття власної необхідності тим, хто потребує допомоги, відчуття, що вони приносять користь, здобувають нові знання тощо.

Студенти-волонтери можуть знаходити спільну мову з різними групами населення і обмінюватися з ними інформацією про ВІЛ/СНІД. Вони можуть керувати програмами зі сприяння здоровій поведінці, такими, як аудиторні заняття в громаді або навчальні програми з профілактики зараження ВІЛ. Вони можуть сприяти ініціативам з освіти та інформування для надання широким верствам населення та особам, які приймають рішення, інформації про проблеми здоров'я і профілактичні заходи. Студенти медичних професій також мають унікальну можливість взяти в цьому участь і можуть сприяти ефективним профілактичним заходам, наприклад таким, як припинення вживання наркотичних засобів, зміни сексуальної поведінки тощо.

В свою чергу, волонтери повинні бути не тільки підготовленими до різноманітних напрямків соціальної роботи, але й мати відповідні знання, навички й уміння для надання допомоги людям з особливими потребами, людям з ВІЛ/СНІДом, людям з наркотичною залежністю та ін. Будь-яка професійна діяльність волонтера побудована на детально сформованій соціальній програмі,

проте слід пам'ятати також про те, що підбір, навчання та підготовка добровольців повинна бути чітко структурованою.

У волонтерів-студентів мотивація діяльності відрізняється професійною направленістю: з одного боку, вона є формальною – отримання заліку, проходження практики; а з іншого є реальною – набуття знань зі спеціальності, напрацювання професійних навичок і вмінь. Характерною для цієї групи волонтерської діяльності є спрямованість на спілкування з професіоналами, знайомство з новими проектами, технологіями та методиками, тобто те, що може допомогти їм у майбутній діяльності. Студентів в основному цікавлять ті види діяльності, які безпосередньо пов'язані з їхнім фахом. Відмінним також є те, що для студентів-волонтерів важлива оцінка не однолітків, а колег, клієнтів. Тих людей, які безпосередньо пов'язані з професійною діяльністю і які сприяють самоствердженню студента не тільки як спеціаліста, але і як особистості.

Пропонується застосування взаємодії студентських волонтерських об'єднань з державними медичними організаціями. Спільними профілактичними заходами можуть бути:

- поширення інформації та залучення молоді до експрес-тестування на ВІЛ;
- навчання населення прийомам надання першої допомоги (участь у «Дні здоров'я»);
- участь в акціях з профілактики ВІЛ/СНІД (до міжнародного Дня молоді);
- участь в заходах щодо здорового способу життя в різних освітніх установах.

Відповідно, показники результативності спільної профілактичної роботи можуть бути такими:

1. Взаємодія:

- розширення співпраці, соціального партнерства установ професійної освіти і державних медичних організацій;
- забезпечення наступності між медичними організаціями та професійною медичною освітою;
- передача досвіду профілактичної діяльності студентам-медикам та ін.

Основні напрями взаємодії демонструє графічно наступний рис. 3.1.

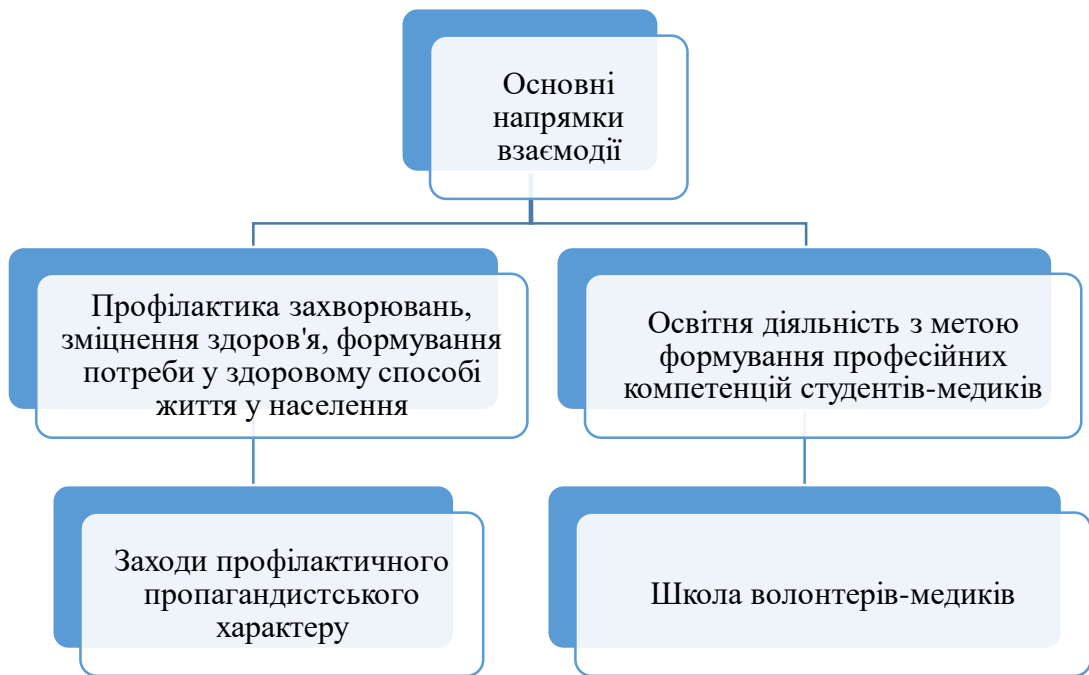


Рис. 3.1. Основні напрямки взаємодії.

2. Профілактична діяльність:

- збільшення доступності профілактичних послуг населенню;
- вирішення проблем відсутності обізнаності населення щодо профілактики захворювань та шкідливих звичок, формування установки на здоровий спосіб життя.

3. Студенти-медики:

- збільшення кількості студентів-медиків, залучених до профілактичної діяльності;
- забезпечення ефективного розвитку компетентностей студентів-медиків;
- реалізація професійної соціалізації студентів-медиків;
- залучення студентів-медиків до участі в конференціях, дослідницьких і проектних розробках профілактичної спрямованості.

Умови ефективності системи взаємодії:

- посилення взаємодії зацікавлених освітніх і державних медичних установ;
- розвиток інфраструктури з надання «профілактичної допомоги» населенню;
- вдосконалення статистичного обліку та моніторинг профілактичної діяльності в регіоні;

- підвищення рівня громадської обізнаності щодо питань, пов'язаних з профілактикою захворювань, пропагандою ЗСЖ;
- залучення студентів-медиків до профілактичної роботи, як повноправних суб'єктів профілактичної діяльності медичних установ регіону.

Висновки до розділу 3

Професійна готовність медичної сестри до роботи з ВІЛ-інфікованими включає знання усіх ризиків інфікування, шляхів передачі інфекції та відповідну організацію медичної діяльності. Незнання нормативної бази, термінів здачі аналізів у разі медичної аварії може призвести до неможливості оформлення відповідних документів та офіційного визнання професійного захворювання. Для профілактики та раннього виявлення професійних захворювань необхідно проводити навчання способам запобігання інфікування ВІЛ в студентські роки, а вже потім впроваджувати освітні програми безпеки на робочому місці.

Другим завданням медпрацівників є встановлення контакту з ВІЛ-інфікованими пацієнтами. Зокрема, медсестри повинні проявляти повну доброзичливість і прихильність до ВІЛ-інфікованих осіб незалежно від їхнього способу життя, вибору статевих партнерів. Неприпустимий прояв будь-яких суб'єктивних емоцій з приводу індивідуальних особливостей таких пацієнтів. Шаноблива поведінка медсестри дає хворому відчуття безпеки і підсилює свідомість власної гідності.

На медсестрі лежить велика відповідальність не тільки за здійснення якісного сестринського догляду, а й за навчання хворого і членів його сім'ї або людей, які доглядають за хворим, елементам правильного догляду та запобіжних заходів. Медсестри також зобов'язані зберігати в таємниці відомості про результати лабораторного дослідження і медичного огляду пацієнта.

Перспективами доручення до волонтерської діяльності є соціалізація особистості завдяки самовизначенню, самоорганізації, самопізнанню, саморегуляції, самореалізації, самоосвіті й самовихованню.

ВИСНОВКИ

Отже, за результатами проведеного дослідження зроблено висновки:

1. Провівши аналітичний огляд наукової літератури та праць таких дослідників як Баранова Н., Білак–Лук'янчук В.Й., Ратаніна О.М., Булик Р.Є., Кушнірик О.В., Ільїнська І.Ф. встановлено, що ВІЛ-інфекція – це довготривале інфекційне захворювання, яке розвивається в результаті інфікування вірусом імунодефіциту людини. Хвороба характеризується прогресуючою дисфункцією імунної, нервової, лімфатичної та інших систем організму. СНІД є кінцевою стадією ВІЛ-інфекції. Вірус передається: статевим шляхом (при статевих стосунках з ВІЛ-інфікованою особою); парентеральним шляхом (через кров); від ВІЛ-інфікованої матері до дитини.

2. Аналітичний огляд проблеми ВІЛ/СНІДу у Європейському регіоні ВООЗ дозволив визначити, що найвищі показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію (44,8 на 100 тис. населення) – в Східній частині Європейського регіону, до якого відноситься Україна. Результати моніторингу ситуації щодо ВІЛ/СНІД в Україні вказали на те, що захворюваність на ВІЛ-інфекцію має тенденцію до збільшення. Показник захворюваності в середньому за досліджуваний період становив більше 40 на 100 тис. населення. Епідемія характеризується переважним ураженням осіб працездатного віку, особливо чоловіків. З 2008 року відбулася кардинальна зміна в шляхах передачі ВІЛ. Частка статевого шляху склала більше 75%. Основною причиною високої смерті хворих на СНІД залишається туберкульоз – понад 50% усіх випадків.

3. Профілактика, як і превентивна медицина, є пріоритетним напрямом трансформації системи охорони здоров'я в Україні та світі. В основі профілактики зараження ВІЛ – поведінка людини, а саме уникнення випадкових статевих контактів, використання бар'єрних способів захисту; невживання ін'єкційних наркотиків; використання будь-якого інструментарію, як у медичних установах, так і в побуті, при різних маніпуляціях лише після відповідної стерилізації; обов'язкова перевірка донорської крові та ін.

4. Результати опитування двох блоків студентів-медиків I-II та III-IV курсів медичного фахового коледжу за допомогою анкети-опитувальника дозволили визначити, що:

- на момент дослідження не всі, хоча і більша половина (64%) опитаних достатньо володіє інформацією щодо проблеми ВІЛ/СНІДу. При цьому, студенти старших курсів є більше обізнаними щодо проблеми ВІЛ/СНІД (86%), а серед студентів I-II курсів це лише 27%;

- великою проблемою є комунікаційні бар'єри щодо обговорення проблем ВІЛ/СНІД у родинному колі (97% заперечних відповідей) та у колі друзів (для 92% тем табу);

- значна більшість (86%) опитаних знають шляхи передачі інфекції. Крім того, 91% знають способи запобігання ризикам (профілактики) інфікування ВІЛ/СНІД. Але проблемою є унеможливлення придбання молоддю контрацептивів у достатній кількості, вільно це можуть зробити лише 12% опитаних.

- профілактика ризиків інфікування ВІЛ/СНІД зачіпає професійну готовність студентів-медиків. 98% респондентів розуміють необхідність використання медичними працівниками індивідуальних засобів захисту. Разом з тим, більша половина респондентів (60%) вказали на потребу в поглибленні знань на основі сучасного прогресу і, які забезпечують профілактику зараження ВІЛ/СНІД в медичній галузі;

- позитивним є те, що половина (53%) опитаних прийняли рішення і 30% мають наміри вести здоровий спосіб життя, де своє чільне місце займає безпечна сексуальна поведінка;

- 88% студентів-медиків не вважають за потрібне ізолювати інфіковану особу і навіть 62% погодилися б працювати з ВІЛ-інфікованими, що свідчить про високий поріг професійної адаптації студентів до професійної діяльності. У 91% опитаних хворі на ВІЛ/СНІД викликають співчуття через обмеженість в них життєвих благ, стигматизацію та дискримінацію у суспільстві.

- профілактика ризиків інфікування ВІЛ має здійснюватися у двох напрямках: змінювати поведінку людини та навчання техніки безпеки при здійсненні маніпуляцій у професійній (медичній) діяльності.

У ході написання магістерської роботи було прийнято рішення використати метод опитування. Було складено програму – це документ, що розкриває досліджувану (проблемну) ситуацію і процедуру її вивчення, в ньому всебічно обґрунтовуються методологічні підходи й методичні заходи соціологічного дослідження.

Студенти-медики – особливе молодіжне середовище, оскільки, в процесі навчання студенти опрацьовують медичну статистичну інформацію, вивчають спеціальні предмети та оволодівають професійними (медичними) навичками на практичних заняттях, в т.ч. на клінічних базах. Існує кореляція між рівнем освіти та вірогідністю інфікування ВІЛ.

5. В якості практичних рекомендацій в магістерській роботі визначено перспективні напрями та рекомендації щодо вирішення медико-соціальних проблем, а саме:

- удосконалення процесу навчання майбутніх медиків попередженню ризиків інфікування при професійному (медичному) контакті з ВІЛ;
- покращення організації та підвищення професійної готовності медичної сестри до надання паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим;
- долучення студентів-медиків до волонтерства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баранова Н. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: прогнозування, моделювання, оцінка. *Україна: аспекти праці*. 2006. Вип. 1. С. 19-25.
2. Білак–Лук’янчук В.Й, Ратаніна О.М. Огляд міжнародного і національного законодавства та політик у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу *Економіка і право охорони здоров’я*. 2017. Вип. 2 (6), С.20-27.
3. Більська О.В. Людський потенціал і людський капітал: сутність, трансформація, життєвий цикл. *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип 7. С. 26-32.
4. Бондар Є.Б. Соціально-психологічні особливості студентської молоді. On line. URL: file:///C:/Users/Admin/Downloads/Nznuoaf_2009_11_79.pdf(Дата звернення 04.01.2021).
5. Булик Р.С., Кушнірик О.В. Сучасні аспекти профілактики ВІЛ-інфекції. On line. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/suchasni-aspekti-profilaktiki-vil-infekczii/>(Дата звернення 21.12.2020).
6. Баришева О.І., Муштай Н.В. Особливості психологічної допомоги ВІЛ/СНІД-інфікованим особам. *Актуальні проблеми психології: Екологічна психологія: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України* /За ред. С. Д.Максименка. Т.7 Вип. 24. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2010. 320с. С. 5-15.
7. Вірусологія: підручник / І.Г. Будзанівська, Т.П. Шевченко, Г.В. Коротєєва та ін. Київ: ВПЦ "Київський університет", 2019. 351 с.
8. Вірусологія: підручник / С. М. Шамрай, Д.В. Леонтєв. Харків: Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди, 2019. 244 с
9. ВІЛ/СНІД в Україні: молодь під загрозою. On line. URL: <https://www.dw.com/uk/вил-снід-в-україні-молодь-під-загрозою/a-16413902> (Дата звернення 27.11.2020).

10. ВІЛ-інфекція/СНІД / В.Д. Москалюк, С.Р. Меленко Чернівці: Вид-во Буковинського державного медичного університету, 2012. 190 с.
11. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» №50. On line. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_50_2019.pdf (Дата звернення 03.12.2020).
12. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» №51. On line. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_51_2020.pdf (Дата звернення 10.12.2020).
13. Внутрішні хвороби: У 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю / Глушко Л.В., Федоров С.В., Скрипник І.М. та ін. К., 2019. 680 с.
14. Волошок О. В. Особисті чинники тривожності студентської молоді. *Вісник ОНУ імені І. І. Мечникова. Психологія*. 2012. Вип. 8 (20). С. 479-484.
15. Доконтактна та постконтактна медикаментозна профілактика ВІЛ-інфекції: Державний експертний цент МОЗ України. On line. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/dokontaktna-ta-postkontaktna-medykamentozna-profilaktyka-vil-infekcziyi> (Дата звернення 23.12.2020).
16. Епідеміологія (навчальний посібник для підготовки до практичних занять). Б.М. Дикий, Т.О. Нікіфорова. Івано-Франківськ: Видавництво Івано-Франківського державного медичного університету, 2006. – 196 с.
17. Захист медичних працівників: профілактика ВІЛ/СНІДу на робочому місці. Посібник. К., 2008. On line. URL: https://www.hareact.eu/sites/default/files/1418-0_0.pdf (Дата звернення 18.01.2021).
18. Гльїнська І.Ф. Популярно про ВІЛ-інфекцію On line. URL: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/people/vil-pop/vil-pop5.htm> (Дата звернення 20.01.21)

19. Ініціатива FAST-TRACK CITIES подолання СНІДУ як загрози здоров'ю населення до 2030 року. On line. URL: https://health.kievcity.gov.ua/files/docs/Fast-Track_90-90-90.pdf
20. Інфекційні хвороби : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів / О. А. Голубовська [та ін.] ; за ред. О. А. Голубовської. 2-е вид., переробл. і допов. Київ : Медицина, 2018. 686 с. (с. 385).
21. Інфекційні хвороби: підруч. для студ. мед. ЗВО. Затверджено вченою радою ХНМУ / За ред. В.М. Козька. Київ, 2019. 312 с.
22. Калениченко Р.А. Волонтерство в соціальній роботі. Навч. посіб. Київ: КиМУ, 2008. 86 с.
23. Кудрин Л.А., Брызгин М.Б., Ефремова Е.Н. Социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных людей. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskie-osobennosti-vich-infitsirovannyh-lyudey>
24. МОЗ України. Новини. On line. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/jak-ukraina-zupinit-epidemiju-vilnidu> (Дата звернення 06.11.2020).
25. Моніторинг виконання Декларації ООН про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Керівництво з розробки ключових показників. Женева: ЮНЕЙДС, 2005. 116 с.
26. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДУ в Україні станом на початок 2019 року. On line. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Natsionalna%20otsinka%20sytuatsyi%20z%20VIL_SNIDu%20v%20Ukraini%20na%20pochatok%202019.pdf _____ (Дата звернення 06.11.2020).
27. Офіційний сайт Верховної Ради України (Розділ «Законодавство України»). On line. URL: <https://zakon.rada.gov.ua>; (Дата звернення 09.11.2020).
28. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. On line. URL: <https://moz.gov.ua>. (Дата звернення 11.11.2020).

29. Офіційний сайт Центру громадського здоров'я України. On line. URL: <https://phc.org.ua/pro-centr/usunennya-pravovikh-bareriv> (Дата звернення 16.11.2020).
30. Оцінка політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. On line. URL: http://knowledge.org.ua/wp-content/uploads/2017/08/HIV-Legal-Assessment-2017-UA_print.pdf (Дата звернення 02.11.2020).
31. Порядок ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ в Україні та здійснення медичного нагляду за ними: Наказ МОЗ України від 10.07.2013 № 585. On line. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1255-13#Text>(Дата звернення 11.11.2020).
32. Порядок проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків:Наказ МОЗ України №955 від 05.11.2013 р. On line. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1980-13#Text> (Дата звернення 12.11.2020).
33. Практичний посібник МОП: ВІЛ/СНІД та сфера праці. Женева: міжнародне бюро праці, 2001/Пер. з англ. під наук. ред. нац. кор. МБП в Україні В.І. Костриці. Київ: ВІПОЛ, 2002.
34. Проект USAID RESPOND (2012 – 2017 pp.). On line. URL: <http://respond.org.ua/ukr/interventions/list> (Дата звернення 01.02.2021).
35. Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-іфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції:

Постанова КМУ України від 16 жовтня 1998 р. N 1642. On line. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1642-98-п#Text> (Дата звернення 20.01.2021).

36. Про затвердження Порядку підтвердження зв'язку зараження ВІЛ-інфекцією з виконанням працівником своїх професійних обов'язків: Наказ МОЗ України від 17.03.2015 № 148. On line. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0377-15#Text> (Дата звернення 22.01.2021).

37. Порядок організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД: Наказ МОЗ України від 10.07.2013 № 585. On line. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1256-13#Text> (Дата звернення 20.01.2021).

38. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року: Розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1415-р On line. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-р#Text> (Дата звернення 13.01.2021).

39. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року: Розпорядження КМУ України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р. On line. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-р#Text> (Дата звернення 25.01.2021).

40. Профілактика ВІЛ/СНІДу у сфері праці в Україні. К.: МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я. 118с. On line. URL: http://www.lhsi.org.ua/images/uploads/files/info%20center/biblioteka/case-management%20HIV_AIDS/REPORT%20GTZ_investigation_FINAL.pdf (Дата звернення 18.01.2021).

41. Профілактичні заходи в практиці лікарів загальної практики – сімейної медицини. частина II: навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України / В.І.Кривенко, О.П.Федорова, С.П.Пахомова [та ін.] Запоріжжя: АА Тандем, 2017 . 260 с.

42. Пукало Р. М., Пукало А. Р., Пукало С. Є. Епідемія ВІЛ/СНІДУ в Україні та проблемні питання нормативно-правової базиборотьби з нею. On line. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_242_04.pdf (Дата звернення 20.01.2021).
43. Психологічні особливості студентського віку. На допомогу кураторам. Вип. 3 / [укладачі : Л. М. Яворовська, Р. Ф. Камишнікова, О. Є. Поліванова, С. Г. Яновська, С. М. Куделко]. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2013. 88 с.
44. Степаненко В. І. Сучасні тенденції щодо захворюваності на ВІЛ/СНІД у світі та в Україні: перспективні заходи вирішення проблеми / В. І. Степаненко, С. В. Іванов // Укр. журнал дерматології, венерології, косметології. 2019. №4. С. 9-23.
45. О. Б. Психологія особистості: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 280 с.
46. Хутка С. В. Проблема вимірювання рівня соціальної адаптованості особистості: визначення ключового індикатора. *Наукові записки НаУКМА*. Т. 70. Соціологічні науки. Київ: ВД «КМ Академія». 2007. С. 27-33.
47. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Статистика ВІЛ/СНІДУ On line. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilnid/statistika-z-vilnidu> (Дата звернення 03.11.2020).
48. Центр громадського здоров'я МОЗ України On line. URL: <https://phc.org.ua/dlya-pacientiv/pro-vilnid> (Дата звернення 18.11.2020).
49. Шевцова Ю.М Особливості роботи з молоддю в контексті людського розвитку: нова державна парадигма. On line. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej16/txts/12SYUMNDP.pdf> (Дата звернення 05.01.2021).
50. Barnett T., Whiteside A. AIDS in the 21st century: disease and globalization. New York: Macmillan, 2002. P. 23-29.
51. Buckley J.C. Temporary Migration in Eurasia and HIV/AIDS Transmission in the Southern Caucasus. First Eastern Europe and Central Asia AIDS Conference. Moscow, 2006. P. 56.

52. Development of HIV and AIDS Workplace Policies by NGO's in Uganda. Case Study Report./Part of STOP AIDS NOW! Development Project, 2007
53. HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 – WHO/Europe. On line. URL: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-surveillance-report-2019.pdf> (Дата звернення 07.12.2020).
54. Semigina T. Tracking Global HIV/AIDS Initiatives and their Impact on the Health System in Ukraine. Interim report / T.Semigina, I.Griga, D.Bogdan, I. Schevchenko, V.Bondar, K.Fuks, N. Spicer On line. URL: http://www.sph.ukma.kiev.ua/images/1210854730_Ukraine.pdf. (Дата звернення 20.11.2020).
55. UNAIDS: HIV and AIDS in Ukraine. On line. URL: <https://www.unaids.org/ru/regionscountries/countries/ukraine> (Дата звернення 04.11.2020).

ДОДАТКИ

АНКЕТА-ОПИТУВАЛЬНИК**щодо ставлення молоді до проблеми ВІЛ/СНІДу****1. Вік** _____**2. Стать** _____**3. З яких джерел Ви дізналися про ВІЛ/СНІД вперше?**

А) розповідали в школі

Б) з телебачення, Інтернет джерел

В) свій варіант _____

4. Чи володієте Ви достатньою інформацією про ВІЛ/СНІД (етіопатогенез, діагностика, клінічна картина, лікування, профілактика, прогноз)?

А) так

Б) ні

В) свій варіант _____

5. Чи розумієте Ви різницю між ВІЛ та СНІДом?

А) так

Б) ні

В) своя відповідь _____

6. Чи приймали Ви участь у інтерактивних заходах (бесіда, тренінг, вебінар, круглий стіл, конференція тощо) на теми, що стосувалася ВІЛ/СНІД?

А) так

Б) ні

В) своя відповідь _____

7. Чи обговорювали Ви проблеми, що стосуються ВІЛ/СНІД у родинному колі?

А) так

Б) ні

В) своя відповідь _____

8. Чи обговорювали Ви проблеми, що стосуються ВІЛ/СНІД у колі друзів?

А) так

Б) ні

В) своя відповідь _____

9. Чи знаєте Ви шляхи передачі ВІЛ-інфекції?

А) так

Б) ні

10. Чи передається СНІД при обіймах та рукостисканні?

А) так

Б) ні

В) не знаю

11. Чи передається СНІД при укусах комарів чи інших комах?

А) так

Б) ні

В) не знаю

12. Чи передається СНІД від матері до плода через плаценту?

А) так

Б) ні

В) не знаю

13. Чи передається СНІД при спільному користуванні побутовими речами?

А) так

Б) ні

В) не знаю

14. Які категорії населення найчастіше хворіють на ВІЛ/СНІД?

- A) наркомани
- Б) люди які надають сексуальні послуги
- В) свій варіант _____

15. Чи вважаєте Ви проституцію одним із чинників ризику?

- A) так
- Б) ні
- В) не знаю

16. Чи знаєте Ви усі способи профілактики ВІЛ/СНІДу, в т.ч. в професійній (медичній діяльності)?

- A) так
- Б) ні
- В) свій варіант _____

17. Чи вважаєте Ви, що презерватив є надійним захистом від СНІДу?

- A) так
- Б) ні
- В) не знаю

18. Чи вважаєте Ви, що незахищений секс є одним із способів зараження ВІЛ-інфекцією?

- A) так
- Б) ні

19. Чи маєте Ви можливість купувати презервативи у достатній кількості?

- A) так
- Б) ні

20. Що заважає Вам вільно купувати презервативи?

- A) висока ціна
- Б) сором`язливість

В) недостатність пунктів продажу

С) свій варіант _____

21. Чи потрібно медичним працівникам користуватися захисним одягом (рукавички, маски, екрани) при виконанні маніпуляцій?

А) так

Б) ні

В) не знаю

22. Чи будете Ви використовувати захисний одяг (рукавички, маски, екрани) при виконанні маніпуляцій?

А) так

Б) ні

В) інколи

23. Чи відчуваєте Ви потребу поповнити свої знання з питань ВІЛ/СНІДу?

А) так

Б) ні

24. Чи знаєте Ви де можна пройти обстеження на наявність ВІЛ-інфекції?

А) так

Б) ні

25. Чи намагаєтеся Ви вести здоровий спосіб життя?

А) так

Б) ні

В) іноді

26. Чи є серед Ваших друзів та рідних ВІЛ-інфіковані чи хворі на СНІД?

А) так

Б) ні

В) не знаю

27. Якщо Ви дізнаєтеся, що Ваш друг ВІЛ-інфікований чи припините спілкування з ним?

А) так

Б) ні

В) не знаю

28. Чи потрібно ізолювати ВІЛ-інфікованих від оточуючих?

А) так

Б) ні

В) свій варіант _____

29. Чи погодилися б Ви працювати з ВІЛ-інфікованими пацієнтами?

А) так

Б) ні

В) не знаю

30. Чи викликають у Вас співчуття хворі на СНІД?

А) так

Б) ні

Додаток 2

**Аналітичні дані узагальнених результатів опитування респондентів І-ІІ
блоку**

Таблиця 2.1

Джерела інформації щодо ВІЛ/СНІДу

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	І - ІІ	І - ІІ	ІІІ - ІV	ІІІ - ІV		
Розповідали у школі	81	91	140	93	221	92
З телебачення, Інтернет джерел	8	9	14	7	22	8
Утрималось						
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.2

**Рівень володіння достатньою інформацією про ВІЛ/СНІД (етіопатогенез,
клінічна картина, діагностика, лікування, прогноз, профілактика)**

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	І - ІІ	І - ІІ	ІІІ - ІV	ІІІ - ІV		
Так	24	27	130	86	154	64
Ні	65	73	21	14	86	36
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.3

Рівень володіння знаннями щодо різниці між ВІЛом і СНІДом

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	І - ІІ	І - ІІ	ІІІ - ІV	ІІІ - ІV		
Так	71	80	144	95	215	90
Ні	19	20	7	5	26	10
Утрималось	0	0	0			
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.4

Рівень прийняття участі у інтерактивних заходах

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	18	20	97	64	115	48
Ні	71	80	54	36	125	52
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.5

Рівень обговорення проблем, що стосуються ВІЛ/СНІД у родинному колі

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	0	0	8	5	8	3
Ні	89	100	143	95	232	97
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.6

Рівень обговорення проблем, що стосуються ВІЛ/СНІД у колі друзів

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	5	6	14	9	19	8
Ні	84	94	137	91	221	92
Утрималось	0	0	0	0		
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.7

Рівень знань щодо шляхів передачі ВІЛ/СНІДу

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	54	61	145	96	199	83
Ні	35	39	6	4	41	17
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.8

Результати знань щодо передачі ВІЛ при обіймах та рукостисканні

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	0	0	0	0	0	0
Ні	84	94	151	100	235	98
Не знаю	5	6	0	0	5	2
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.9

Результати знань щодо передачі ВІЛ при укусах комарів чи інших комах

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	7	8	0	0	7	3
Ні	65	73	145	96	210	88
Не знаю	17	19	6	4	23	9
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.10

Результати знань щодо передачі ВІЛ від матері до плода через плаценту

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	80	90	150	99	230	96
Ні	0	0	0	0	0	0
Не знаю	9	10	1	1	10	4
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.11

Результати знань щодо передачі ВІЛ при спільному користуванні побутовими речами

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	0	0	0	0	0	0
Ні	76	85	151	100	227	95
Не знаю	13	15	0	0	13	5
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.12

Результати знань щодо груп ризику населення у передачі ВІЛ

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Наркомани	38	43	68	45	106	44
Люди, що надають сексуальні послуги	51	57	83	55	134	56
Свій варіант	0	0	0	0	0	0
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.13

Результати думки про проституцію як чинник ризику

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	89	100	151	100	240	100
Ні	0	0	0	0	0	0
Не знаю	0	0	0	0	0	0
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.14

Результати знань щодо способів профілактики ВІЛ/ СНІДу

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	68	76	150	99	218	91
Ні	21	24	1	1	22	9
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.15

Результати думки респондентів щодо надійності презервативу як засобу захисту

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	70	79	138	91	208	87
Ні	8	9	5	4	13	5
Не знаю	11	12	8	5	19	8
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.16

Результати думки респондентів щодо незахищеного сексу як одного із способів зараження ВІЛ/СНІДом

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	80	90	149	99	229	95
Ні	9	10	2	1	11	5
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.17

Спроможність студентів купувати презервативи у достатній кількості

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	6	7	23	15	29	12
Ні	83	93	128	85	211	88
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.18

Причини неспроможності студентів купувати презервативи у достатній кількості

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Висока ціна	51	57	90	60	141	59
Сором'язливість	33	37	44	29	77	32
Недостатньо пунктів продажу	5	6	17	11	22	9
Утрималось						
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.19

Рівень знань щодо потреби користування медичними працівниками захисним одягом (рукавички, маски, екрани) при виконанні маніпуляцій

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	83	93	151	100	234	98
Ні	0	0	0	0	0	0
Не знаю	6	7	0	0	6	2
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.20

Частка опитаних, що буде користуватися захисним одягом при виконанні маніпуляцій

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	79	89	140	93	219	91
Ні	0	0	0	0	0	0
Іноді	10	11	11	7	21	9
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.21

Частка опитаних, що відчують потребу в поповненні своїх знань з питань ВІЛ/СНІДу

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	84	94	59	39	143	60
Ні	5	6	91	61	97	40
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.22

Частка опитаних, що знає, де можна пройти обстеження на наявність ВІЛ-інфекції

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	13	15	151	100	164	68
Ні	76	85	0	0	76	32
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.23

Частка опитаних, які намагаються вести здоровий спосіб життя

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	35	39	91	60	126	53
Ні	25	28	16	11	41	17
Іноді	29	33	44	29	73	30
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.24

**Частка респондентів щодо довіряють друзям та рідним у питаннях
ВІЛ/СНІДу**

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	0	0	0	0	0	0
Ні	56	63	119	79	175	73
Не знаю	33	37	32	21	65	27
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.25

**Результати вивчення існування проблеми дискримінація та стигматизація
ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД осіб**

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	16	18	10	7	26	11
Ні	45	51	111	73	156	65
Не знаю	28	31	30	20	58	24
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.26

Результати вивчення потреби в ізоляції ВІЛ-інфікованих від оточуючих

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	31	35	15	10	46	19
Ні	58	65	136	90	194	81
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.27

Результати вивчення професійної готовності до роботи з ВІЛ-інфікованими

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	40	45	109	72	149	62
Ні	21	24	10	7	31	13
Не знаю	28	31	32	21	60	25
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

Таблиця 2.28

Результати вивчення рівня професійної емпатії до інфікованих ВІЛ/СНІД

Варіанти	Кількість відповідей	Частка, %	Кількість відповідей	Частка, %	ЗКВ	Частка, %
Курс	I - II	I - II	III - IV	III - IV		
Так	79	89	139	92	218	91
Ні	10	11	12	8	22	9
Утрималось	0	0	0	0	0	0
Всього	89		151			
Разом					240	100

