

ОЦІНКА ІНФОРМОВАНOSTІ ТА РОЛЬ КОНСУЛЬТУВАННЯ ПРИ УТОЧНЕННІ ВІЛ-СТАТУСУ У ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ ЖІНКАМИ

Одеський державний медичний університет

За роки епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні ВІЛ-інфікованими жінками народжено більше 14 000 дітей [1]. Ця категорія дітей потребує особливого медичного нагляду і немедичного догляду. Нині веденням дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, займається вузька група фахівців. Для переважної більшості практичних лікарів і медичних сестер, які надають допомогу дітям, це абсолютно новий аспект роботи.

У зв'язку з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу значно розвинулися соціальні служби, що надають допомогу сім'ям людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ). Ефективною моделлю такої допомоги є соціальний супровід сімей — тривала і цілеспрямована діяльність соціального працівника зі створення необхідних умов для оптимального функціонування сім'ї. Соціальним працівникам у сфері допомоги сім'ям ВІЛ-інфікованих людей також необхідна підготовка з питань догляду і ведення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками. Одна з ефективних форм підтримки ЛЖВ — консультування «рівний — рівному». Групи підтримки створюються недержавними організаціями (НДО). Підготовка співробітників НДО і волонтерів цих структур з питань ведення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, стає надзвичайно актуальною.

Оскільки частина дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, позбавлена батьківського піклування і знаходиться у будинках дитини чи шко-

лах-інтернатах, у догляді за ними беруть участь вихователі, педагоги та інший немедичний персонал. Їх інформованість відіграє важливу роль у подоланні дискримінації та стигматизації дітей, запобігає поширенню епідемії.

Отже, існує гостра потреба в навчанні з питань медичного ведення та догляду дітей ВІЛ-інфікованих матерів працівників охорони здоров'я, що надають допомогу дітям, соціальних працівників і членів НДО, педагогічного та іншого персоналу дитячих установ. Одним із важливих моментів ведення дітей ВІЛ-інфікованих жінок є уточнення їх ВІЛ-статусу.

Мета роботи — оцінити інформованість медичних працівників (лікарів і медичних сестер) і немедичного персоналу (вихователі, вчителі), соціальних працівників НДО щодо питань уточнення ВІЛ-статусу в дітей, принципів і навичок консультування з даної проблеми.

Матеріали та методи дослідження

Розроблено анкету з 14 питань для оцінки рівня знань медичних працівників, соціальних працівників, немедичного персоналу, залученого для догляду і виховання дітей ВІЛ-інфікованих матерів. Анкети складаються з трьох блоків питань: 1) уточнення ВІЛ-статусу в дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками; 2) принципи консультування при тестуванні на ВІЛ; 3) навички консультування.

У медичних закладах Одеської області проведено анке-

тування 50 медичних працівників (32 лікарів та 18 медичних сестер), а також 29 осіб без медичної освіти, що залучені для догляду та виховання дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками (15 співробітників будинків дитини та 14 соціальних працівників НДО). Також 10 медичних працівників та 7 соціальних працівників брали участь у навчально-інформаційних семінарах з питань медичного ведення або догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих дітей.

З метою оцінки рівня обізнаності цільових груп з уявленнями про уточнення ВІЛ-статусу дитини, народженої ВІЛ-інфікованою жінкою, принципами консультування при тестуванні на ВІЛ, навичками консультування було підраховано індекс вірних і невірних відповідей.

Гіпотезу про вірогідність відмінностей частот відповідей між групами перевіряли шляхом підрахунку критерію χ^2 .

Результати дослідження та їх обговорення

Перший блок питань стосувався фактичних знань щодо уточнення ВІЛ-статусу дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, методів діагностики ВІЛ-інфекції [2–4]. Ці знання відповідають принципу консультування і тестування на ВІЛ «Надавати достовірну та повну інформацію», що відображено у протоколі «Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», затвердженому Наказом МОЗ



України від 19.08.2005 № 415. Респондентам пропонувалося 6 тверджень відносно циркуляції материнських антитіл у крові дітей, методів і термінів обстеження дітей. Три твердження (2, 5, 6) були вірними, три — помилковими (1, 3, 4). Розподіл відповідей на цей блок питань подано у табл. 1.

Оскільки цільову групу дослідження становили респонденти, залучені до догляду та виховання ВІЛ-інфікованих дітей, можна припустити, що рівень обізнаності з цих питань цієї категорії населення, насамперед медичних працівників, має бути значно вищим, ніж серед населення України загалом. Аналіз відповідей свідчить, що й медичні працівники у більшості випадків відповідали вірно, але в 20–30 % випадків виявлено помилкові відповіді щодо методів діагностики ВІЛ-інфекції (ІФА, імунного блоту та ПЛР) у різні строки життя дитини. Знання осіб без медичної освіти з цих питань вірогідно гірші. Водночас можна припустити, що форму-

лювання запитання було де-що складним. Але особи, що доглядають за дітьми, надають їм немедичну допомогу, повинні бути певною мірою обізнані щодо питань уточнення ВІЛ-статусу в дітей.

Оцінюючи знання опитуваних за розділом «Уточнення ВІЛ-статусу у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками», можна зробити висновки:

1. Більшість респондентів серед медичного персоналу певною мірою обізнані щодо питань діагностики ВІЛ-інфекції та зняття неінфікованих дітей з диспансерного нагляду.

2. Рівень та глибина поінформованості серед осіб, які здійснюють догляд за ВІЛ-інфікованими дітьми, є недостатніми та досить обмеженими.

Консультування осіб з оточення дітей ВІЛ-інфікованих жінок — найефективніший шлях підвищення якості життя цієї категорії дітей. Медичні працівники, особи, що доглядають та виховують дітей, соціальні працівники повинні володіти

навичками консультування з питань медичного ведення і немедичного догляду ВІЛ-інфікованих дітей. Тому другий блок питань стосувався інформованості респондентів щодо принципів консультування і тестування на ВІЛ, відображених у протоколі [5]. Чотири питання стосувалися обов'язкових мінімальних вимог до процедури консультування і тестування — добровільності, конфіденційності та доступності. Відповідь на друге питання була вірною, решта — помилковими. Розподіл відповідей щодо принципів консультування при тестуванні на ВІЛ подано у табл. 2.

Принцип добровільності не знають 42 % медичних працівників і 55,2 % осіб без медичної освіти (більшість вихователів надали помилкові відповіді, більшість соціальних працівників відповіли вірно). Тестування для виявлення ВІЛ-інфекції може бути проведено тільки після усвідомленої та добровільної згоди пацієнта (батьків дитини). Це оз-

Таблиця 1

Розподіл відповідей щодо уточнення ВІЛ-статусу у дітей ВІЛ-інфікованих матерів

Чи є твердження вірним?	Медичний персонал, %		Немедичний персонал, соціальні працівники, ЛЖВ, %	
	Так	Ні	Так	Ні
1. Усі діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, інфіковані ВІЛ	10 (20)	40 (80)	9 (31)	20 (69)
2. У всіх дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у крові є антитіла до ВІЛ	38 (76)	12 (24)	10 (34,5)	19 (65,5)*
3. Імуноферментний аналіз (ІФА) виявляє сумарні антитіла до ВІЛ, дозволяє достовірно встановити діагноз ВІЛ-інфекції у дітей від ВІЛ-інфікованих матерів у віці до 18 міс	8 (16)	42 (84)	25 (86,2)	4 (13,8)*
4. Імунний блот-метод виявлення генетичного матеріалу ВІЛ дозволяє встановити діагноз ВІЛ-інфекції у дітей від ВІЛ-інфікованих матерів у віці до 18 міс	10 (20)	40 (80)	25 (86,2)	4 (13,8)*
5. Для виключення діагнозу ВІЛ-інфекції в дитини, народженої ВІЛ-інфікованою жінкою, необхідно отримати 2 негативних результати ІФА у віці до 18 міс чи 1 — у віці після 18 міс	48 (96)	2 (4)	25 (86,2)	4 (13,8)
6. У дітей ВІЛ-інфікованих матерів у віці до 18 міс можна достовірно встановити діагноз ВІЛ-інфекції за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР)	35 (70)	15 (30)	12 (41,4)	17 (58,6)*

Примітка. У табл. 1–3: * — відмінності між групами вірогідні при $P < 0,05$.



Розподіл відповідей щодо принципів консультування при тестуванні на ВІЛ

Чи є твердження вірним?	Медичний персонал, %		Немедичний персонал, соціальні працівники, ЛЖВ, %	
	Так	Ні	Так	Ні
1. Тестування дитини, народженої ВІЛ-інфікованою жінкою, обов'язкове, відмова батьків від обстеження дитини — це порушення закону	21 (42)	29 (58)	16 (55,2)	13 (44,8)
2. Перед- та післятестове консультування, а також повідомлення про результат тесту слід здійснювати з дотриманням конфіденційності	46 (92)	4 (8)	28 (96,6)	1 (3,4)
3. Конфіденційність означає не повідомляти нікого про ВІЛ-статус батьків і дитини	7 (14)	43 (86)	25 (86,2)	5 (13,8)*
4. Тестування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, за методом ІФА є безплатним для всіх, але тестування за методом ПЛР є платним	15 (30)	35 (70)	12 (41,4)	17 (58,6)

начає, що пацієнту надано зрозумілою для нього мовою у доступній формі достатньо інформації, він зрозумів, дав згоду на проходження тестування. Тиск або примушування до проходження тестування неприпустимі.

Переважає більшість респондентів вірно відповіла на друге питання про принцип конфіденційності, але відповідь на третє питання свідчить, що більшість осіб без медичної освіти не повною мірою розуміє, що таке «конфіденційність». Інформація, яка стала відома консультанту чи особі, яка проводила тестування, є конфіденційною. Ця інформація може бути передана законним представникам неповнолітнього або недієздатного пацієнта, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання, суду у випадках, передбачених законами України [5].

Четверте питання стосується принципу економічної доступності: добровільне тестування повинно бути безплатним для всіх пацієнтів. Більше помилкових відповідей надали вихователі.

Оцінюючи знання опитуваних за розділом «Принципи консультування та тестування на ВІЛ», можна зробити висновки, що більшість респон-

дентів серед медичного персоналу та соціальних працівників певною мірою обізнані з цих питань. Найменшу інформованість виявив педагогічний персонал, рівень та глибина поінформованості є недостатніми і досить обмеженими.

Слід відмітити, що респонденти, які брали участь в інформаційно-навчальних семінарах з питань догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих дітей, виявилися більш обізнаними щодо діагностики ВІЛ-інфекції у дітей і принципів консультування та тестування (кількість вірних відповідей коливалася у межах 86–100 %), ніж ті, хто ніколи не брав участі в подібних заходах.

Третій блок питань стосувався навичок консультування «Слухати та узнавати» та «Формування впевненості та надання підтримки». Друге твердження є помилковим, три інших — вірні. Розподіл відповідей щодо навичок консультування надано у табл. 3.

На перше питання цього блоку щодо визначення консультування більшість респондентів відповіли вірно. Але на решту питань щодо конкретних навичок «Слухати та узнавати» і «Формування впевненості та надання підтримки» відповіді респондентів розподілилися майже порівну, що

свідчить про низьку обізнаність з цих питань.

Висновки

1. Результати дослідження свідчать, що медичні працівники мають задовільну обізнаність щодо методів уточнення ВІЛ-статусу дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, але вони недостатньо поінформовані щодо навичок консультування та деяких принципів консультування і тестування на ВІЛ.

2. Соціальні працівники мають низьку обізнаність щодо медичних аспектів діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, але їх інформованість щодо принципів консультування й тестування на ВІЛ задовільна.

3. Рівень інформованості педагогічного персоналу з більшості питань уточнення ВІЛ-статусу у дітей ВІЛ-інфікованих матерів і принципів консультування був недостатнім.

4. Результати дослідження свідчать про низьку інформованість усіх категорій респондентів щодо навичок консультування.

5. Рівень інформованості респондентів корелює з участю в навчально-інформаційних заходах з питань догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих



Розподіл відповідей щодо навичок консультування

Чи є твердження вірним?	Медичний персонал, %		Немедичний персонал, соціальні працівники, ЛЖВ, %	
	Так	Ні	Так	Ні
1. Консультування — це надання допомоги шляхом спілкування	43 (86)	7 (14)	25 (86,2)	5 (13,8)
2. Завдання консультування — змусити консультованих виконувати рекомендації консультанта	30 (60)	20 (10)	9 (30)	20 (70)*
3. Активне слухання, з'ясування без засудження тверджень пацієнта більше сприяє прийняттю ним рішень, ніж надання чітких рекомендацій	26 (52)	24 (48)	14 (48,3)	15 (51,7)
4. Консультант повинен розпізнавати та схвалювати все, що батьки (опікуни) та їх дитина роблять вірно	30 (60)	20 (40)	20 (69)	9 (31)

дітей: кращі знання показали респонденти, які брали участь у таких заходах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. — <http://www.aidsalliance.kiev.ua>

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.12.2000 № 344. Про затвердження методич-

них рекомендацій з удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

3. *Попередження* трансмісії ВІЛ від матері до дитини: Навчальний посібник для акушерів-гінекологів, неонатологів, педіатрів, інфекціоністів, сімейних лікарів, організаторів охорони здоров'я, лікарів-інтернів і студентів / В. М. Запорожан, М. Л. Аряєв, Н. В. Котова та ін. — К.: Акві-К, 2003. — 184 с.

4. *Догляд і підтримка* дітей з ВІЛ-інфекцією: Навчальний посібник для персоналу дитячих установ, батьків, опікунів, соціальних працівників та інших осіб, що доглядають за дітьми з ВІЛ-інфекцією / М. Л. Аряєв, Н. В. Котова, О. О. Старець та ін. — К.: Кобза, 2003. — 168 с.

5. *Наказ* Міністерства охорони здоров'я України від 19.08.2005 № 415. Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол).

УДК 616.36-036.12-07

К. Л. Сервецький, **В. К. Напханюк**, А. В. Андронік

ЧАСТОТА ФЕНОТИПІВ ГАПТОГЛОБІНУ У ХВОРИХ НА ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ

Одеський державний медичний університет

Вірусні гепатити — одна з найпоширеніших форм інфекційного ураження печінки. Як відомо [1], одним із пускових механізмів розвитку вірусних гепатитів є проникнення до гепатоцита вірусу та його реплікація. На шляху реплікації вірусу в гепатоциті існують різні захисні бар'єри — нуклеази, що розщеплюють ДНК і РНК, одним із індукторів яких є цитокіни, зокрема інтерферони. Сьогодні біохімічні дослідження вірусних гепатитів

стали невід'ємною частиною діагностичного процесу [2]. Їхній розвиток у цьому напрямку відбувався одночасно з вивченням самого вірусного гепатиту і залежав від науково-технічного прогресу: успіхів біології, медицини, фізики, біотехнології та пізнання морфоструктури (клітинної, субклітинної), біохімії, фізіології та патохімії самої печінки [3]. Різноманітність і складність метаболічних процесів, у яких бере участь печінка, її бар'єр-

на дезінтоксикаційна роль в організмі поставили завдання розробки відповідних методів дослідження для клінічної медицини. Але сьогодні стало зрозумілим, що не може бути одного методу, який би міг дати повну характеристику морфофункціонального стану печінки за умов вірусного гепатиту. Водночас, незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених розв'язанню цієї проблеми, в доступній літературі практично не до-

