

Значним підґрунтям в процесі створення науково обґрунтованого переліку заходів з оптимізації кадрового забезпечення населення фахівцями-офтальмологами повинна бути оцінка якості трудового життя фахівців офтальмологічного профілю та задоволеності їх умовами праці, існуючою оплатою праці, наявною системою підвищення мотивації та заохочення до зростання її результативності.

Результати соціологічного опитування виявили низку проблем професійної діяльності офтальмологів, у т.ч. погане матеріально-технічне забезпечення ( $38,5 \pm 2,2$  на 100 опитаних); застарілі медичні технології ( $37,6 \pm 3,3$ ); брак фінансових ресурсів ( $45,9 \pm 3,4$ ), відсутність матеріальних та нематеріальних стимулів ( $52,8 \pm 3,4$ ); недостатність інформаційних ресурсів; недосконалі організаційні технології ( $35,3 \pm 3,3$ ); погані санітарно-гігієнічні умови праці ( $26,5 \pm 3,3$ ) тощо.

Підтвердили потребу у підвищенні кваліфікації  $75,0 \pm 3,0$  на 100 опитаних лікарів офтальмологічного профілю, виявлено причини низької частоти підвищення кваліфікації фахівцями, встановлено бажані її форми, з акцентом на дистанційні.

Проведення комплексу описаних етапів наукових досліджень дозволило отримати необхідні наукові дані та науково обґрунтувати систему заходів з удосконалення кадрового забезпечення офтальмологічної служби в умовах реформування галузі, створити функціонально-структурну модель кадрового забезпечення офтальмологічної служби.

*Слабкий Г.О.<sup>1</sup>, Миронюк І.С.<sup>1</sup>, Білак-Лук'ячук В.Й.<sup>2</sup>, Брич В.В.<sup>1</sup>*

## **Оцінка знань працівників інфекційних відділень закладів охорони здоров'я м. Ужгорода з питань ВІЛ/СНІДу та визначення рівня толерантності до ВІЛ-позитивних людей**

<sup>1</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород

<sup>2</sup>Центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород

Актуальність. Згідно даних Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні спостерігається друга за величиною епідемія ВІЛ-інфекції серед країн Східної Європи та Центральної Азії. За оціночними даними в країні мешкає 19% людей, які живуть з ВІЛ, від загальної кількості ЛЖВ в цьому регіоні та припадає 25% смертей від оціночної кількості смертей від СНІДу, розрахованої для країн Східної Європи та Центральної Азії.

У червні 2016 року Генеральною асамблеєю ООН під час зустрічі високого рівня з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом проголошено Стратегію прискороного подолання епідемії ВІЛ-інфекції Fast Track, яка поставила перед міжнародною спільнотою амбітні цілі: до 2020 року виявити 90% людей, які живуть з ВІЛ, надати 90% з них антиретровірусну терапію (АРТ) та забезпечити ефективність лікування для 90% осіб, які перебувають на АРТ.

Зусилля охорони здоров'я на світовому рівні призвели до вражаючих успіхів в напрямку реалізації Стратегії «Прямуювання до Нуля». Тому основні зусилля необхідно зосередити на активізації профілактики ВІЛ-інфекції, забезпеченні лікуванням ВІЛ-позитивних осіб, зниженні рівня стигми і дискримінації по відношенню до людей, які живуть з ВІЛ. Відомим є той факт, що високий рівень стигматизації та дискримінації у зв'язку з ВІЛ/СНІДом є одним з факторів, що сприяє поширенню епідемії ВІЛ-інфекції у країні.

Стигма і дискримінація, пов'язані з ВІЛ/СНІД, чинять серйозний психологічний вплив на самосвідомість ВІЛ-позитивних людей, викликаючи депресію, понижуючи самооцінку людини, та призводять до важких емоційно-психологічних наслідків. Дані результатів національних досліджень демонструють, що рівень стигматизації залишається на високому рівні.

Особливої актуальності питання зниження стигматизації ЛЖВ з боку медичних працівників набуває в умовах реформування системи медичної допомоги населенню України та інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в систему первинної медичної допомоги та загальну медичну мережу.

Мета. Оцінити рівень знань з питань ВІЛ/СНІДу, їх вплив на формування проявів стигми та дискримінації по відношенню до ВІЛ-позитивних людей та готовність до проведення лікування ВІЛ-позитивних осіб.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось за допомогою спеціально розробленого опитувальника (анонімна анкета). Анкета складалась з 28 питань, розділених на блоки, які включали питання щодо обізнаності з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, оцінки власних ризиків інфікування ВІЛ на робочому місці, упередженого ставлення до ВІЛ-позитивних людей. Було опитано 168 працівників інфекційних відділень закладів охорони здоров'я міста Ужгорода віком від 28 до 72 років.

Результати та їх обговорення. В ході проведеного дослідження виявлено елементи дистанціювання та дискримінації медичних працівників по відношенню до ВІЛ-позитивних осіб.

Медичні працівники проінформовані про шляхи передачі ВІЛ інфекції в межах 91,0-99,0%. На питання, що відображають рівень знань медичних працівників про парентеральний шлях передачі, правильно відповіли 96,2%

респондентів. Однак, 64,4% недостатньо володіють знаннями про правила проведення постконтактної профілактики при аварійних ситуаціях та принципи профілактики вертикальної трансмісії.

47,1% всіх опитаних вважає, що ВІЛ-інфіковані пацієнти повинні лікуватися окремо від інших, щоб захистити загальне населення від інфікування, та 82,5% вважає, що ВІЛ-інфіковані несуть повну відповідальність за своє захворювання. 72,2% респондентів відповіли ствердно на питання «Вважаю, що ВІЛ-інфіковані пацієнти найбільше загрожують моїй безпеці на робочому місці» та 37,1% вважають цей ризик надзвичайно високим.

65,3% опитаних медичних працівників вказали, що не почувалися б спокійно працюючи поряд з ВІЛ-позитивним колегою, що свідчить про приховану стигматизацію, пов'язану з ВІЛ. Незважаючи на поінформованість про відсутність побутового шляху передачі ВІЛ-інфекції, 32,5% всіх опитаних уникають торкатися одягу та особистих речей пацієнтів, побоюючись інфікування ВІЛ.

З дискримінаційним твердженням «Надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим – це марнування ресурсів, адже вони не виліковуються» згодні тільки 4,2% опитаних. Серед опитаних 75,1% зазначили, що при проведенні маніпуляцій завжди використовують гумові рукавички.

Виявлено тенденцію до стигматизації ВІЛ-позитивних пацієнтів – представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ: рівень стигматизації робітників комерційного сексу (РКС) – 54,5% та чоловіків, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ) 41,7%. Причому традиційно всі медичні працівники більш толерантно ставляться до представників групи ЧСЧ порівняно з групою РКС.

Висновки. Опитані медичні працівники володіють достатньо високим рівнем знань щодо ризиків інфікування ВІЛ, декларативно виявляють толерантність до ВІЛ-позитивних осіб. Однак в ході дослідження виявлено приховану стигматизацію ВІЛ-інфікованих, представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, дистанціювання та прояви дискримінації по відношенню до ВІЛ-позитивних осіб.

*Сорока І.З.*

## **Профілактика станів та захворювань населення України, спричинених йодною недостатністю шляхом фортифікації солі та харчових продуктів йодовмісними сполуками**

**ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»**

За даними загальнонаціонального репрезентативного дослідження забезпеченості населення мікронутрієнтами, проведеного ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН Україна», Інститутом медицини праці АМН України спільно з Дитячим Фондом ООН (2004 р.), доведена актуальність проблеми йододефіциту для всієї території України. З картографічних даних ВООЗ дефіцит йоду – від легкого до помірного ступеня – виявляється на всій території України.

Результати Мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС), проведеного в Україні в 2012 за участю Державної служби статистики, Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку та Швейцарської агенції розвитку та співробітництва показують, що тільки 20,7% домогосподарств в Україні споживають належним чином йодовану сіль. Україна є однією з 25 країн світу з дефіцитом йоду.

У всіх вікових групах дефіцит йоду може викликати зоб, збільшення щитовидної залози через її адаптацію до хронічного дефіциту йоду. Дефіцит йоду у дитинстві спричиняє порушення інтелектуальної активності та затримку росту і є важливою причиною психічних розладів у всьому світі. Йододефіцит у вагітних жінок призводить до збільшення випадків втрати вагітності та дитячої смертності, кретинізму та неонатального гіпотиреозу у дітей. Навіть незначний дефіцит йоду у жінок під час вагітності спричиняє подальші освітні та когнітивні порушення у їхніх дітей в майбутньому. В тих регіонах, де більшість населення не отримує цей мікроелемент в достатку, спостерігається більш висока частка агресивного раку щитовидної залози.

За даними Держстату 2016 року в Україні серед дітей віком до 1-го року життя зареєстровано 56 осіб з вродженим гіпотиреозом (0,15 на 1000 дітей відповідного віку). Серед дітей віком 0-14 років зареєстровано 31123 особи з захворюванням на дифузний зоб, що становить 4,79 випадки на 1000 дітей відповідного віку; 615 осіб з набутим гіпотиреозом (0,09 на 1000 дітей відповідного віку). Серед населення старше 18 років зареєстровано 10402 особи з гіпотиреозом (29,7 на 100 тис. відповідного населення) проти 9976 осіб (28,4 на 100 тис. нас. відповідного віку) в 2015 році. На вузловий зоб (нетоксичний, ендемічний) – 29982 особи, старші 18 років (85,7 на 100 тис. відповідного населення).

Універсальне йодування солі є рекомендованою стратегією контролю за дефіцитом йоду і вимагає, щоб вся сіль, яка використовується для приготування їжі, включаючи харчову промисловість та сільськогосподарську, була йодована. За даними Дитячого фонду Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ), більш ніж 140 країн реалізують