
ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ЖИТЛОВО-ПОБУТОВИХ І МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ УМОВ ПЕРЕБУВАННЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

Сергета І. В., Дударенко О. Б., Ваколюк Л. М.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-430-6-16>

ВСТУП

Відповідно до даних сучасної наукової літератури надзвичайно вагому роль як у процесі поширення ВІЛ-інфекції, так і у суттєвому підвищенні ступеня вразливості різних груп населення до її розповсюдження відіграють глибокі соціальні та економічні зміни, котрі відбуваються в сучасному суспільстві^{1,2,3,4,5,6}.

Зокрема, різке падіння матеріального рівня забезпечення, економічне розшарування суспільства, а також зростання безробіття негативно відбиваються на фізичному і психічному стані та фінансовому добробуті населення, зумовлюючи появу несприятливих змін поведінкових стереотипів суспільної поведінки, які сприяють суттєвому зростанню

¹ ВІЛ-інфекція / СНІД в Україні: довідник. К., 2001. С. 45.

² Проблеми наркоманії, ВІЛ-інфекції та ЗПСШ в Україні: Інформаційний бюлетень. 2000. №1. 40 с.

³ Нагорна А.М., Грузева Т.С., Кульчицька Т.К. Сучасний стан здоров'я підлітків та молоді України та заходи щодо його збереження та покращення. Лікарська справа. 2000. № 6. С. 177-181.

⁴ Соціальні проблеми молоді, яка повертається з місць позбавлення волі: матеріали наукового дослідження. К., 2003. 44 с..

⁵ AIDS epidemic update, December 2002. Geneva: UNAIDS. 2002. November.

⁶ Broder Samuel. Textbook of AIDS Medicine / Samuel Broder. U.S.A.: William Wilkins, 1994. 420 p

рівня поширення венеричних захворювань та ВІЛ-інфекції^{7,8,9,10,11,12,13,14,15}

Отже, надто важливим компонентом вивчення особливостей процесів формування особливостей особистості осіб з ВІЛ-інфекцією слід вважати визначення особливостей житлово-побутових умов та медико-соціальних аспектів місць постійного перебування ВІЛ-інфікованих осіб, критеріальних показників їх соціально-психологічної адаптації в порівнянні з їх практично здоровими ровесниками.

Слід відзначити і те, що наукові дослідження проводились на базі інфекційного відділення Вінницької міської клінічної лікарні №1, Вінницького обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру, Хмельницького та Київського обласних центрів профілактики і боротьби зі СНІДом, Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова та Вінницької лікарні швидкої допомоги, де під наглядом в динаміці спостережень знаходились 230 осіб, які перебували у віці від 20 до 60 років.

1. Особливості житлово-побутових і медико-соціальних умов ВІЛ-інфікованих та практично-здорових осіб

Характеризуючи особливості постійного місця проживання досліджуваних чоловіків, які були залучені до групи ВІЛ-інфікованих осіб, слід було відзначити, що найбільша їх частка, а саме 56,0% проживали в умовах міста, вдвічі меншою була питома вага ВІЛ-інфікованих чоловіків, що мешкали в сільських умовах (28,0%). Ще вдвічі менше, а саме 14,0% досліджуваних, проживали в умовах поселень міського типу, переважно в районних центрах Вінницької, Хмельницької і Київської областей, зрештою, тільки 2,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків слід було відзначити як осіб без постійного місця проживання.

Розглядаючи особливості постійного місця проживання ВІЛ-інфікованих чоловіків у віковому аспекті, необхідно було відмітити, що в

⁷ Лобанов С.О., Лисенко І.П. Патопсихологічні порушення у ВІЛ-інфікованих осіб на ранніх стадіях хвороби Вісник Вінницького державного медичного університету. 1998. Т. 2, № 2. С. 429-433.

⁸ Волонтерство в соціальній роботі. Упоряд.: О. Главник, Н. Романова, Т. Друженко. К.: Главник, 2006. 126 с.

⁹ Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом : Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / Т. Семігіна, О. Банас, Н. Венедиктова [та ін.]. К.: Вид. дім "Києво-Могилянська акад.", 2006. 620 с.

¹⁰ Чуприков А.П., Лобанов С.О. Психопатологічні порушення, що спостерігаються при ВІЛ-інфікуванні та СНІДі Спецвипуск по проблемах ВІЧ/СНІДу. 2003. № 1. С. 48.

¹¹ Якобчук А. В. Розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу у країнах із низьким, середнім і високим рівнем доходів. Східноєвропейський журнал. 2011. №1 (13). С. 25-31.

¹² Levy J. A. HIV pathogenesis and long-term survival. AIDS. 1993. Vol. 7. P. 1401-1410.

¹³ Link Bruce G. On Stigma and its Public Health Implications. Columbia University, 2001. 396 p.

¹⁴ Report on the global AIDS epidemic 2008. Vol. 52. P. 56-89.

¹⁵ Textbook of Medical Physiology. [6-th Edition]. Guyton (Ed.), 1981. 392 p.

умовах міста мешкали 60,0% осіб у віці 21-30 років, 60,0% осіб у віці 31-40 років і 46,7% осіб у віці 41-60 років, в умовах сільської місцевості – відповідно 25,0%, 20,0% і 40,0% осіб, в умовах поселень міського типу, переважно в районних центрах – відповідно 12,5%, 16,7% і 13,3% осіб. Не мали місця постійного проживання 1 (2,5%) чоловік, який належав до вікової категорії від 21 до 30 років, та 1 (3,3%) чоловік, який належав до вікової категорії від 31 до 40 років. Водночас серед чоловіків, що були залучені до групи практично здорових осіб, найбільша частка, а саме 76,0% проживали в умовах міста, 13,0% чоловіків мешкали в сільських умовах, 11,0% чоловіків жили в умовах поселень міського типу.

В ході аналізу особливостей постійного місця проживання практично здорових чоловіків, виходячи з віково-обумовлених позицій, слід було відмітити, що в умовах міста мешкали 67,5% осіб у віці 21-30 років, 83,4% осіб у віці 31-40 років і 80,0% осіб у віці 21-30 років, в умовах сільської місцевості – відповідно 12,5%, 13,3% і 13,3% осіб, в умовах поселень міського типу, переважно в районних центрах – відповідно 20,0%, 3,3% і 6,7% осіб.

Оцінюючи особливості житлових умов, потрібно визначити, що 41,0% ВІЛ-інфікованих осіб, які досліджувались, проживали в окремій квартирі, 21,0% чоловіків мешкали в індивідуальному будинку, 10,0% досліджуваних осіб знімали житло, 5,0% чоловіків проживали в гуртожитку. Оскромно слід відзначити, що 2 чоловіка (2,0%) не мали постійного місця проживання. Необхідно підкреслити, що подібне розшарування досліджуваних осіб цілком відповідало даним офіційної статистики щодо характеру місць постійного перебування та проживання осіб з ВІЛ інфекцією і, отже, підтверджувало репрезентативність досліджуваної вибірки

Під час оцінки особливостей житлових умов практично-здорових чоловіків потрібно було визначити, що найбільша їх частка, а саме 62,0% осіб проживали в окремій квартирі, 21,0% чоловіків мешкали в індивідуальному будинку, 11,0% досліджуваних осіб проживали в гуртожитку, 6,0% чоловіків знімали житло.

Відмінними умови життя потрібно було визнати лише у 2,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків із числа досліджуваних осіб, добрими – у 10,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків, задовільними – у 38,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків. Проте половина (50,0%) з числа осіб, житлово-побутові умови яких вивчались, мешкали в умовах, що не відповідали санітарно-гігієнічним та медико-соціальним вимогам, зокрема, в незадовільних умовах проживали 23,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків, в крайне незадовільних – ще більше, а саме 27,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків.

Оскромно необхідно відзначити, що у віковому аспекті як відмінні визначали власні умови життя лише 5,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків, що перебували у віці 21-30 років, як добрі – 12,5% ВІЛ-інфікованих осіб у віці 21-30 років, 6,7% ВІЛ-інфікованих осіб у віці 31-40 років і 10,0% ВІЛ-інфікованих осіб у віці 41-60 років, як задовільні – відповідно 37,5%, 30,0% і 46,7% осіб. Перебували в незадовільних житлово-

побутових умовах 20,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків у віці 21–30 років, 26,7% ВІЛ-інфікованих чоловіків у віці 31-40 років і 23,3% ВІЛ-інфікованих чоловіків у віці 41-60 років, в крайнє незадовільних – відповідно 25,0%, 36,7% і 20,0% осіб.

Отже, протягом вікового діапазону від 21 до 30 років найбільша частка досліджуваних осіб, віднесених до групи ВІЛ-інфікованих осіб, знаходилась у задовільних умовах життя, протягом вікового діапазону від 31 до 40 років – вікового діапазону від 41 до 60 років – знов у задовільних умовах.

Натомість серед практично здорових чоловіків відмінними умови життя були у 11,0% осіб, добрими – у 49,0% осіб, задовільними – у 36,0%, незадовільними – лише у 4 осіб (4,0%). Випадків, коли житлові умови слід було визнати крайнє незадовільними, не реєструвалось. Водночас необхідно відзначити, що як відмінні визначали власні умови життя 10,0% практично здорових чоловіків, які перебували у віці 21-30 років, 10,0% практично здорових чоловіків, які перебували у віці 31-40 років, 13,3% практично здорових чоловіків, які перебували у віці 41-60 років, як добрі – відповідно 42,5%, 60,0% і 66,7% осіб, як задовільні – відповідно 37,5%, 36,7% і 33,3% осіб. Перебували в незадовільних житлово-побутових умовах лише 4 чоловіка (10,0%), що перебували у віці 21-30 років.

Під час аналізу рівня освіти, який був здобутий, необхідно відзначити, що 44,0% ВІЛ-інфікованих осіб мали середню спеціальну освіту, 30,0% ВІЛ-інфікованих осіб – повну середню освіту, 22,0% ВІЛ-інфікованих осіб – неповну середню освіту і лише 4,0% ВІЛ-інфікованих осіб відрізнялись наявністю вищої освіти. Поглиблене вивчення вікових особливостей рівня здобуття освіти серед ВІЛ-інфікованих осіб дозволили виявити той факт, що середню спеціальну освіту мали 42,5% чоловіків у віці 21-30 років, 30,0% чоловіків у віці 31-40 років і 60,0% чоловіків у віці 41-60 років, повну середню освіту – відповідно 27,5% чоловіків у віці 21-30 років, 40,0% чоловіків у віці 31-40 років і 23,3% чоловіків у віці 41-60 років, неповну середню освіту – відповідно 27,5% чоловіків у віці 21-30 років, 23,3% чоловіків у віці 31-40 років і 13,3% чоловіків у віці 41-60 років, вищу освіту – відповідно 2,5% чоловіків у віці 21-30 років, 2,5% чоловіків у віці 31-40 років і 6,7% чоловіків у віці 41-60 років.

Зовсім іншим слід було вважати освітній рівень чоловіків, які відносились до групи практично здорових осіб. У цьому випадку суттєво переважала частка чоловіків, які здобули вищу освіту, що складала 46,0%. Крім того, потрібно зазначити, що 19,0% досліджуваних чоловіків мали неповну вищу освіту та навчались в умовах вищих навчальних закладів різного рівня акредитації. Зрештою, 35,0% чоловіків мали середню спеціальну освіту. Осіб, які б мали лише повну або неповну освіту виявлено не було. Натомість, розглядаючи віково-зумовлені особливості рівня здобуття освіти серед практично здорових осіб, слід було відзначити, що вищу освіту мали 25,0% чоловіків у віці 21-30 років, 53,3% чоловіків у віці 31-40 років і

66,7% чоловіків у віці 41-60 років, неповну вищу освіту – 47,5% чоловіків у віці 21-30 років, спеціальну середню освіту – 27,5% чоловіків у віці 21-30 років, 46,7% чоловіків у віці 31-40 років і 33,3% чоловіків у віці 41-60 років.

Розглядаючи особливості трудової адаптації, слід відзначити, що працювали на момент обстеження 26,0% ВІЛ-інфікованих осіб, в тому числі 25,0% чоловіків у віці 21-30 років, 26,7% чоловіків у віці 31-40 років і 26,7% чоловіків у віці 41-60 років, не працювали фактично в 3 рази більше осіб, а саме 74,0% досліджуваних чоловіків, уражених ВІЛ, в тому числі 75,0% чоловіків у віці 21-30 років, 73,3% чоловіків у віці 31-40 років і 73,3% чоловіків у віці 41-60 років. Разом з тим серед практично здорових осіб спостерігалась картина протилежного змісту – працювали або навчались на момент обстеження 82,0% чоловіків, в тому числі 62,5% чоловіків у віці 21-30 років, 90,0% чоловіків у віці 31-40 років і всі 100% чоловіків у віці 41-60 років, не працювали 18,0% досліджуваних чоловіків, що відносились до групи практично здорових, в тому числі 37,5% чоловіків у віці 21-30 років (у переважній більшості в зв'язку з навчанням) і 10,0% чоловіків у віці 31-40 років.

Цікаві дані були одержані в ході вивчення особливостей сімейного положення досліджуваних осіб. Так, серед ВІЛ-інфікованих осіб мали власні родини лише 35,0% чоловіків, в тому числі 30,0% осіб у віці 21-30 років, 23,3% осіб у віці 31-40 років і 53,3% осіб у віці 41-60 років, натомість не мали власних родин лише 65,0% чоловіків, в тому числі відповідно 70,0% осіб у віці 21-30 років, 76,7% осіб у віці 31-40 років і 46,7% осіб у віці 41-60 років.

Водночас серед практично здорових чоловіків власні родини мали вдвічі більше осіб, а саме 77,0% чоловіків, в тому числі 70,0% осіб у віці 21-30 років, 76,7% осіб у віці 31-40 років і 86,7% осіб у віці 41-60 років, натомість не мали власних родин лише 23,0% чоловіків, в тому числі відповідно 30,0% осіб у віці 21-30 років, 23,3% осіб у віці 31-40 років і 13,3% осіб у віці 41-60 років. Слід відзначити, що як сироти виховувались 17,0% чоловіків, інфікованих ВІЛ, в тому числі 20,0% осіб у віці 21-30 років, 16,7% осіб у віці 31-40 років і 13,3% осіб у віці 41-60 років.

Оцінюючи особливості взаємовідносин в родині ВІЛ-інфікованих осіб, потрібно відзначити, що незадовільними вони були у 48,0% чоловіків, задовільними – у 34,0% чоловіків, добрими – у 18,0% чоловіків. Разом з тим майже дзеркальна картина, проте зворотного змісту, реєструвалась серед практично здорових осіб: як незадовільні їх відзначав – лише 1 чоловік (1,0%), як задовільні – 22,0% чоловіків, як добрі – 77,0% чоловіків.

Аналогічні співвідношення спостерігались і у віковому аспекті. Так, серед ВІЛ-інфікованих осіб незадовільними вважали власні сімейні взаємовідносини 48,0% чоловіків у віці 21-30 років, 47,5% чоловіків у віці 31-40 років і 46,7% чоловіків у віці 41-60 років, задовільними – відповідно 34,0% чоловіків у віці 21-30 років, 35,0% чоловіків у віці 31-40 років і 23,3% чоловіків у віці 41-60 років, добрими – відповідно

18,0% чоловіків у віці 21-30 років, 17,5% чоловіків у віці 31-40 років і 30,0% чоловіків у віці 41-60 років. Серед практично здорових осіб незадовільними вважали власні сімейні взаємовідносини тільки 2,5% чоловіків у віці 21-30 років, задовільними – 15,0% чоловіків у віці 21-30 років, 33,3% чоловіків у віці 31-40 років і 20,0% чоловіків у віці 41-60 років, добрими – 82,5% чоловіків у віці 21-30 років, 67,7% чоловіків у віці 31-40 років і 80,0% чоловіків у віці 41-60 років.

Своє матеріальне становище вважали незадовільним 55,0% ВІЛ-інфікованих осіб, задовільним – 42,0% ВІЛ-інфікованих осіб, добрим – 3,0% ВІЛ-інфікованих осіб. Як відмінні власний матеріальний стан не відзначала жодна особа із числа досліджуваних чоловіків. Натомість серед практично здорових чоловіків незадовільним своє матеріальне становище вважала лише 1 (1,0%) особа, задовільним – 23,0% осіб, добрим, найбільша частка чоловіків, а саме 64,0% осіб, відмінним – 12,0%.

Така ж картина реєструвалась і у віковому аспекті. Серед ВІЛ-інфікованих осіб незадовільними вважали своє матеріальне становище 55,0% чоловіків у віці 21-30 років, 37,5% чоловіків у віці 31-40 років і 70,0% чоловіків у віці 41-60 років, задовільними – відповідно 42,0% чоловіків у віці 21-30 років, 55,0% чоловіків у віці 31-40 років і 30,0% чоловіків у віці 41-60 років, добрими – лише 3,0% чоловіків у віці 21-30 років і 7,5% чоловіків у віці 31-40 років. В той же час серед практично здорових осіб незадовільним вважали власний матеріальний стан тільки 1 чоловік (2,5%) у віці 21-30 років, задовільними – 32,5% чоловіків у віці 21-30 років, 26,7% чоловіків у віці 31-40 років і 6,7% чоловіків у віці 41-60 років, добрими – 62,5% чоловіків у віці 21-30 років, 53,3% чоловіків у віці 31-40 років і 76,7% чоловіків у віці 41-60 років, відмінними – 2,5% чоловіків у віці 21-30 років, 20,0% чоловіків у віці 31-40 років і 16,7% чоловіків у віці 41-60 років.

Палили серед ВІЛ-інфікованих осіб 74,0% досліджуваних чоловіків, в тому числі 70,0% чоловіків у віці 21-30 років, 80,0% чоловіків у віці 31-40 років і 73,3% чоловіків у віці 41-60 років, натомість, не палили серед ВІЛ-інфікованих осіб 26,0% досліджуваних чоловіків, в тому числі 30,0% чоловіків у віці 21-30 років, 20,0% чоловіків у віці 31-40 років і 26,7% чоловіків у віці 41-60 років.

Оцінюючи особливості споживання алкогольних напоїв, необхідно відзначити, що серед ВІЛ-інфікованих осіб кожного дня їх споживали 37,0% чоловіків, не менш ніж 1 раз на тиждень – 8,0% чоловіків, не менш ніж 1 раз на місяць – 41,0% чоловіків, дуже і дуже рідко – 14,0% чоловіків. Абсолютно непитущих серед представників зазначеної групи виявлено не було.

Водночас як провідні особливості споживання алкогольних напоїв серед практично здорових осіб слід відзначити наступне. Кожного дня алкоголь не споживав жодний з числа досліджуваних осіб, не менш ніж 1 раз на тиждень споживали 6,0% чоловіків, не менш ніж 1 раз на місяць – 34,0% чоловіків, дуже і дуже рідко – 53,0% чоловіків, зовсім не споживали – 7,0% чоловіків.

Слід було відзначити, що серед досліджуваних чоловіків наркотичні речовини вживали в минулому – 43,0% ВІЛ-інфікованих осіб, в тому числі 37,7% чоловіків у віці 21-30 років, 56,7% чоловіків у віці 31-40 років і 36,7% чоловіків у віці 41-60 років, вживали на момент обстеження – 20,0% ВІЛ-інфікованих осіб, в тому числі 27,5% чоловіків у віці 21-30 років, 20,0% чоловіків у віці 31-40 років і 10,0% чоловіків у віці 41-60 років, не вживали ніколи – 37,0% ВІЛ-інфікованих осіб, в тому числі 35,0% чоловіків у віці 21-30 років, 23,3% чоловіків у віці 31-40 років і 53,3% чоловіків у віці 41-60 років.

В той же час серед практично здорових чоловіків наркотичні речовини вживали в минулому – лише 3 особи (3,0%), що перебували у віці 21-30 років, не вживали ніколи – 97,0% ВІЛ-інфікованих осіб, в тому числі 92,5% чоловіків у віці 21-30 років, 100% чоловіків у віці 31-40 років і 100% чоловіків у віці 41-60 років. На момент обстеження наркотичні речовини не вживав жодний практично здоровий чоловік із групи досліджуваних осіб.

2. Санітарно-гігієнічна характеристика умов перебування ВІЛ-інфікованих осіб в закладах охорони здоров'я

В основі вивчення провідних санітарно-гігієнічних характеристик умов перебування ВІЛ-інфікованих чоловіків, які перебували на стаціонарному лікуванні у відповідних спеціалізованих лікувальних закладах, знаходилось вивчення даних санітарних паспортів відповідних закладів охорони здоров'я.

Необхідно відзначити, що параметри мікрокліматичних умов у палатах інфекційного відділення Вінницької міської клінічної лікарні № 1, Київського і Хмельницького обласних центрів профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України цілком відповідали нормативним значенням (СанПіН 2.1.3.1375-03). Так, протягом осінньо-зимового періоду року середня температура повітря в палатах складала 20–22°C, відносна вологість повітря коливалась у межах від 50 до 55%, швидкість руху повітря становила 0,1–0,2 м/с, у весняно-літній період року середня температура повітря складала 21–22°C, відносна вологість повітря коливалась у межах від 50 до 60%, швидкість руху повітря становила 0,1–0,2 м/с.

Натомість мікрокліматичні показники окремих палат Вінницького обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру не в повній мірі відповідали нормативним значенням (СанПіН 2.1.3.1375-03). Протягом осіннього та зимового періодів року середня температура повітря коливалась у межах від 16 до 19°C, відносна вологість повітря складала 70–80%, швидкість руху повітря становила 0,2–0,4 м/с і, отже, мікроклімат у ряді палат слід було визначити як дискомфортний охолоджувального типу. Натомість влітку середня температура повітря в палатах досягала 24–26°C, відносна вологість повітря складала 60–70%, швидкість руху повітря становила менше ніж 0,2 м/с і, таким

чином, виникали суттєві передумови щодо формування дискомфортного мікроклімату нагрівного типу.

В ході оцінки стану та особливостей повітряного середовища у палатах інфекційного відділення Вінницької міської клінічної лікарні № 1, Київському та Хмельницькому обласних центрах профілактики і боротьби зі СНІДом та Вінницького обласного протитуберкульозного диспансеру було встановлено, що концентрація CO₂, яка коливалася у межах від 0,04% до 0,1%, в основному не перевищувала значень гранично-допустимих величин. Рівень природного освітлення в палатах закладів охорони здоров'я, що визначався за величинами коефіцієнта природної освітленості і становив понад 1,5%, відповідав гігієнічним вимогам. Водночас рівень штучного освітлення, особливо впродовж осінньо-зимового періоду, в цілому ряді випадків не досягав нормативних значень, складаючи в середньому 75–120 лк. Характеризуючи шумо-вібраційну обстановку в палатах вищенаведених спеціалізованих закладів охорони здоров'я, слід було відзначити, що рівень шуму, як правило, не перевищував 30 ДБА, водночас, рівень вібрації – перебував у межах 15–25 Дб.

Таким чином, отримані дані визначали той факт, що умови перебування пацієнтів у більшості спеціалізованих закладів охорони здоров'я, які підлягали обстеженню, характеризуються відсутністю суттєвих відхилень від існуючих гігієнічних вимог і, що надзвичайно важливо, є цілком порівнянними, дозволяючи достатньо чітко і наочно виявити основні закономірності впливу різноманітних підходів корекційного та реабілітаційного змісту, які розроблені і запроваджуються, на перебіг процесів формування адаптаційних можливостей організму та провідних корелят психічного здоров'я досліджуваних осіб.

3. Клінічні особливості перебігу захворювання та особливості соціально-психологічної адаптації ВІЛ-інфікованих осіб

Аналізуючи клінічні особливості перебігу захворювання серед досліджуваних ВІЛ-інфікованих чоловіків, необхідно було відзначити, що парентеральний шлях зараження був характерним для більшості ВІЛ-інфікованих осіб. Його питома вага складала 60,0%, і відповідно частка статевого шляху дорівнювала 40,0%. Серед чоловіків у віці 21-30 років питома вага зазначених вище шляхів зараження складала відповідно 67,5% (парентеральний) і 32,5% (статевий), серед чоловіків у віці 31-40 років відповідно 70,0% (парентеральний) і 30,0% (статевий), серед чоловіків у віці 21-30 років відповідно 40,0% (парентеральний) і 60,0% (статевий), тобто протягом більшої частини досліджуваного вікового періоду саме парентеральний шлях був домінуючим і лише серед досліджуваних у віці від 41 до 60 років переважав статевий шлях інфікування.

Персистуюча генералізована лімфаденопатія була властива для 70,0% досліджуваних осіб, інфікованих ВІЛ, в тому числі для

85,0% чоловіків у віці 21-30 років, 60,0% чоловіків у віці 31-40 років і 60,0% чоловіків у віці 41-60 років). Розглядаючи особливості поширення різноманітних опортуністичних захворювань, потрібно було відзначити, що прояви окремих інфекційних захворювань верхніх дихальних шляхів, які відрізняються рецидивуючим характером, спостерігались серед 47,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків, в тому числі серед 65,0% чоловіків у віці 21-30 років, 43,3% чоловіків у віці 31-40 років і 26,7% чоловіків у віці 41-60 років.

Практично аналогічний ступінь розповсюдження у структурі опортуністичних інфекцій був властивий для кандидозу слизової оболонки ротової порожнини, який реєструвався серед 48,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків, в тому числі серед 47,5% чоловіків у віці 21-30 років, 56,7% чоловіків у віці 31-40 років і 40,0% чоловіків у віці 41-60 років, тобто найбільша частка проявів опортуністичних інфекцій подібного роду спостерігалась впродовж вікового діапазону від 31 до 40 років. Значно менш поширеним був кандидоз стравоходу, трахеї та бронхів, який реєструвався серед 8,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків, в тому числі серед 10,0% чоловіків у віці 21-30 років, 6,7% чоловіків у віці 31-40 років і 6,7% чоловіків у віці 41-60 років.

Потрібно було відзначити, що туберкульоз легень не реєструвався лише серед 32,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків, в тому числі серед 27,5% чоловіків у віці 21-30 років, 30,0% чоловіків у віці 31-40 років і 40,0% чоловіків у віці 41-60 років. Таким чином, практично 2/3 чоловіків з числа досліджуваних осіб страждали на соціально-небезпечне захворювання, яке зазначене і нині має суттєві тенденції щодо подальшого поширення та генералізації патологічного процесу.

Слід відзначити, що дисемінований туберкульоз легень був діагностований у 29,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків, в тому числі у 30,0% чоловіків у віці 21-30 років, 30,0% чоловіків у віці 31-40 років і 26,7% чоловіків у віці 41-60 років. Інфільтративний туберкульоз легень реєструвався серед 22,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків, в тому числі серед 20,0% чоловіків у віці 21-30 років, 23,3% чоловіків у віці 31-40 років і 23,3% чоловіків у віці 41-60 років. Вогнищевий туберкульоз легень був виявлений у 17,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків, в тому числі у 22,5% чоловіків у віці 21-30 років, 16,7% чоловіків у віці 31-40 років і 10,0% чоловіків у віці 41-60 років. В групі порівняння будь-яких проявів туберкульозного процесу не реєструвалось.

Не можна було вважати поширеним явищем серед осіб, які вивчались, і наявність такого опортуністичного захворювання, як пневмоцистна пневмонія, що реєструвалась у 15,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків, в тому числі у 10,0% чоловіків у віці 21-30 років, 26,7% чоловіків у віці 31-40 років і 10,0% чоловіків у віці 41-60 років. Зрештою, значно більш розповсюдженим явищем слід було вважати реєстрацію клінічно-окреслених проявів герпетичної інфекції, наявність ознак якою була характерна для 20,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків, в тому числі для 17,5% чоловіків у віці 21-30 років, для 30,0% чоловіків у віці 31-40 років і для 13,3% чоловіків у віці 41-60 років. Надзвичайно

цікаву інформацію надавали можливість отримати дані проведення анамнестичних досліджень, спрямованих на визначення особливостей виникнення і перебігу основного захворювання та хвороб-супутників зі спорідненими шляхами передачі. Так, оцінюючи особливості перебігу основного захворювання, необхідно було відзначити, що наявність вірусного гепатиту С в анамнезі, відзначали 47,0% ВІЛ-інфікованих осіб, в тому числі 47,5% чоловіків у віці 21-30 років, 56,7% чоловіків у віці 31-40 років і 36,7% чоловіків у віці 41-60 років. Натомість в групі практично здорових наявність вірусного гепатиту С в анамнезі засвідчував лише 1 чоловік, який перебував у віці 41-60 років (1,0%).

Доволі частим явищем слід було вважати наявність в анамнезі сифілітичних уражень, що діагностувались у 41,0% ВІЛ-інфікованих осіб, в тому числі серед 45,0% чоловіків у віці 21-30 років, серед 40,0% чоловіків у віці 31-40 років і серед 36,7% чоловіків у віці 41-60 років, а також гонореї, що реєструвалась у 19,0% ВІЛ-інфікованих осіб, в тому числі серед 25,0% чоловіків у віці 21-30 років, серед 13,3% чоловіків у віці 31-40 років і серед 16,7% чоловіків у віці 41-60 років. Разом з тим у практично здорових осіб захворювань подібного роду не спостерігалось.

Зрештою, результати суб'єктивної оцінки власного здоров'я засвідчували той факт, що вкрай незадовільним стан свого здоров'я вважали 10,0% ВІЛ-інфікованих осіб, в тому числі 7,5% чоловіків у віці 21-30 років, 3,3% чоловіків у віці 31-40 років і 20,0% чоловіків у віці 41-60 років, незадовільним – найбільша частка досліджуваних, а саме 45,0% ВІЛ-інфікованих осіб, в тому числі 42,5% чоловіків у віці 21-30 років, 46,7% чоловіків у віці 31-40 років і 46,7% чоловіків у віці 41-60 років, задовільним – 39,0% ВІЛ-інфікованих осіб, в тому числі 40,0% чоловіків у віці 21-30 років, 46,7% чоловіків у віці 31-40 років і 30,0% чоловіків у віці 41-60 років, добрим – 6,0% ВІЛ-інфікованих осіб, в тому числі 10,0% чоловіків у віці 21-30 років, 3,3% чоловіків у віці 31-40 років і 3,3% чоловіків у віці 41-60 років. Відмінним стан свого здоров'я не вважав жодний чоловік із числа досліджуваних осіб. Таким чином більше половини чоловіків, які належали до групи ВІЛ-інфікованих осіб, відзначали стан здоров'я як незадовільний і вкрай незадовільний, і лише близько 1/3 чоловіків як задовільний.

Картина зовсім іншого змісту була властива для практично здорових чоловіків. Відмінним стан свого здоров'я вважали 9,0% практично здорових осіб, в тому числі 12,5% чоловіків у віці 21-30 років, 10,0% чоловіків у віці 31-40 років і 3,3% чоловіків у віці 41-60 років, добрим – найбільша частка досліджуваних, а саме: 49,0% практично здорових осіб, в тому числі 52,5% чоловіків у віці 21-30 років, 3,3% чоловіків у віці 31-40 років і 50,0% чоловіків у віці 41-60 років, задовільним 39,0% практично здорових осіб, в тому числі 35,0% чоловіків у віці 21-30 років, 43,3% чоловіків у віці 31-40 років і 40,0% чоловіків у віці 41-60 років, незадовільним – тільки 3,0% ВІЛ-інфікованих осіб, в тому числі, 3,3% чоловіків у віці 31-40 років і 6,7% чоловіків у віці 41-60 років. Вкрай незадовільним стан свого

здоров'я не вважав жодний чоловік із числа досліджуваних осіб. Таким чином, більше половини чоловіків, які належали до групи практично здорових осіб, відзначали стан здоров'я як добрий і відмінний, і лише близько 1/3 чоловіків, як задовільний.

Оцінюючи провідні ознаки порушень соціально-психологічної адаптації внаслідок захворювання, яке виникло, необхідно відзначити, що основною психологічно-значущою реакцією досліджуваних осіб у випадку ВІЛ-інфікування слід було вважати реакції депресивного змісту. Саме особистісні прояви депресивного характеру реєструвались у 30,0% ВІЛ-інфікованих чоловіків. Натомість агресивні прояви як головна психологічна реакція були властиві для 22,0% осіб, ознаки страху – для 21,0% осіб, суїцидальні думки – для 11,0% осіб. І лише 16,0% чоловіків відрізнялись адекватними психологічними реакціями у відповідь на розвиток захворювання.

Разом з тим, розглядаючи вікові особливості порушень соціально-психологічної адаптації внаслідок захворювання, яке виникло, слід було підкреслити, що реакції депресивного змісту були властиві для 27,5% чоловіків у віці 21-30 років, 33,3% чоловіків у віці 31-40 років і 30,0% чоловіків у віці 41-60 років, агресивні прояви – для 20,0% чоловіків у віці 21-30 років, 26,7% чоловіків у віці 31-40 років і 20,0% чоловіків у віці 41-60 років, ознаки страху – для 25,0% чоловіків у віці 21-30 років, 13,3% чоловіків у віці 31-40 років і 23,3% чоловіків у віці 41-60 років, суїцидальні думки – для 15,0% чоловіків у віці 21-30 років, 6,7% чоловіків у віці 31-40 років і 10,0% чоловіків у віці 41-60 років. Лише 12,5% чоловіків у віці 21-30 років, 20,0% чоловіків у віці 31-40 років і 16,7% чоловіків у віці 41-60 років характеризувались адекватними психологічними реакціями у відповідь на розвиток. Отже, найпоширенішими реакціями психологічного змісту у відповідь на інфікування серед осіб у віці 21-30 років і 41-60 років слід вважати депресію і страх, у віці 31-40 років – депресію і агресивність.

У структурі провідних соціально-психологічних особливостей досліджуваних осіб на момент госпіталізації найпоширенішими слід було вважати: стійку втрату працездатності (31,0% чоловіків), відсутність будь-яких планів на майбутнє (29,0% чоловіків) та наявність суттєвих психологічних конфліктів з рідними та близькими (6,0% чоловіків). Вельми цікавий характер мали і віково-обумовлені особливості соціально-психологічних особливостей досліджуваних осіб на момент госпіталізації. Зокрема стійка втрата працездатності була властива для 20,0% чоловіків у віці 21-30 років, 40,0% чоловіків у віці 31-40 років і 36,7% чоловіків у віці 41-60 років, відсутність будь-яких планів на майбутнє – відповідно для 35,0% чоловіків у віці 21-30 років, 30,0% чоловіків у віці 31-40 років і 20,0% чоловіків у віці 41-60 років, наявність суттєвих психологічних конфліктів з рідними та близькими – відповідно для 10,0% чоловіків у віці 21-30 років і 6,7% чоловіків у віці 41-60 років. Отже, як найбільш поширені соціально-психологічні особливості досліджуваних осіб на момент госпіталізації серед чоловіків

у віці 21-30 років слід вважати відсутність планів на майбутнє, у віці 31-40 і 41-60 років – стійку втрату працездатності.

Розглядаючи особистісно-значущі сповідання та думки щодо перспектив на майбутнє ВІЛ-інфікованих чоловіків, потрібно зазначити, що понад ½ досліджуваних осіб, а саме 58,0% чоловіків засвідчували відсутність будь-яких планів на майбутнє. Водночас на необхідність вдосконалення професійних навичок і умінь вказували 24,0% осіб, на перспективи щодо створення власної родини – 14,0% осіб, на продовження навчання у закладі освіти – 4,0% осіб.

Під час оцінки віково-обумовлених особливостей сповідань та думок відносно перспектив на майбутнє слід було підкреслити, що відсутність будь-яких планів на майбутнє засвідчували 50,0% чоловіків у віці 21-30 років, 63,3% чоловіків у віці 31-40 років і 63,3% чоловіків у віці 41-60 років. Разом з тим на необхідність вдосконалення професійних навичок і умінь вказували 22,5% чоловіків у віці 21-30 років, 23,3% чоловіків у віці 31-40 років і 26,7% чоловіків у віці 41-60 років, на перспективи щодо створення власної родини відповідно 17,5% чоловіків у віці 21-30 років, 13,3% чоловіків у віці 31-40 років і 10,0% чоловіків у віці 41-60 років, на продовження навчання у закладі освіти лише 10,0% чоловіків у віці 21-30 років.

Надзвичайно важливою складовою адекватного перебігу лікувального процесу є ступінь участі ВІЛ-інфікованого в лікуванні. Слід відзначити, що 41,0% чоловіків активно приймали участь в лікуванні, пасивне відношення до лікувального процесу було властиве для 21,0% досліджуваних осіб, негативне відношення до лікування виявляла майже 1/3 чоловіків, а саме 31,0% осіб, зрештою, 7,0% чоловіків вважали непотрібним наступні проходження відповідного курсу лікування.

Активна участь ВІЛ-інфікованих осіб в лікувальному процесі була найпоширенішим явищем для досліджуваних чоловіків і у віковому аспекті. Таке відношення до власного лікування було властиве для 42,5% чоловіків у віці 21-30 років, 40,0% чоловіків у віці 31-40 років і 40,0% чоловіків у віці 41-60 років. Пасивне відношення до лікувального процесу було властиве для 25,0% чоловіків у віці 21-30 років, 23,3% чоловіків у віці 31-40 років і 13,3% чоловіків у віці 41-60 років, тобто з віком ступінь вираження таких підходів до власного лікування зменшувався. Натомість суттєво зростала питома вага особистісних проявів, які слід було окреслити як прояви негативного відношення до лікувального процесу. Саме таке відношення до лікування було характерне для 25,0% чоловіків у віці 21-30 років, 30,0% чоловіків у віці 31-40 років і 40,0% чоловіків у віці 41-60 років. Разом з тим 7,5% чоловіків у віці 21-30 років, 6,7% чоловіків у віці 31-40 років і 6,7% чоловіків у віці 41-60 років вважали непотрібним наступні проходження відповідного курсу лікування.

ВИСНОВКИ

Дані гігієнічної оцінки медико-соціальних факторів засвідчують, що найбільший вплив на процеси формування особливостей особистості ВІЛ-інфікованих чоловіків справляють незадовільні матеріально-побутові умови, складний характер сімейних взаємовідносин, низький рівень освіти, відсутність визначеного типу занять та високий ступінь поширення шкідливих звичок (вживання алкоголю і наркотичних речовин).

Надзвичайно важливим необхідно було визнати той факт, що умови перебування пацієнтів у більшості спеціалізованих закладів охорони здоров'я характеризувались відсутністю суттєвих відхилень від існуючих гігієнічних вимог і, що надзвичайно важливо, були цілком порівнянними, дозволяючи достатньо чітко і наочно виявити основні закономірності впливу різноманітних підходів корекційного та реабілітаційного змісту на перебіг процесів формування адаптаційних ресурсів організму та корелят психічного здоров'я чоловіків.

Оцінюючи провідні ознаки порушень соціально-психологічної адаптації внаслідок захворювання, яке виникло, необхідно відзначити, що основною психологічно-значущою реакцією досліджуваних осіб у випадку ВІЛ-інфікування слід було вважати реакції депресивного змісту, властиві для 30,0% чоловіків з ВІЛ. Агресивні прояви як головна психологічна реакція були характерні для 22,0% осіб, ознаки страху – для 21,0% осіб, суїцидальні думки – для 11,0% осіб. І лише 16,0% чоловіків відрізнялись адекватними психологічними реакціями у відповідь на розвиток захворювання. У структурі провідних соціально-психологічних особливостей досліджуваних осіб на момент госпіталізації найпоширенішими слід було вважати стійку втрату працездатності (31,0% чоловіків), відсутність будь-яких планів на майбутнє (29,0% чоловіків).

Наведені дані, переконливо засвідчують той факт, що вплив медико-соціальних і соціально-психологічних факторів на ймовірність розвитку і поширення окремих клінічно-значущих проявів ВІЛ/СНІДу є досить значним. Тому фактори ризику, що виявлені, незаперечно, повинні розглядатися з позиції системного аналізу, і в подальшому мають підлягати поглибленій оцінці під час розроблення, наукового обґрунтування та запровадження профілактичних технологій та заходів психогігієнічної корекції.

АНОТАЦІЯ

Згідно із даними сучасної наукової літератури вагому роль як у поширенні ВІЛ-інфекції, так і у суттєвому підвищенні ступеня вразливості різних груп населення до її розповсюдження відіграють глибокі соціальні та економічні зміни, котрі відбуваються в сучасному суспільстві, передусім, різке падіння матеріального рівня забезпечення, економічне розшарування суспільства, а також зростання безробіття негативно відбиваються на фізичному і психічному стані та фінансовому добробуті населення, зумовлюючи появу несприятливих змін

поведінкових стереотипів суспільної поведінки, які сприяють суттєвому зростанню рівня поширення венеричних захворювань та ВІЛ-інфекції.

В ході проведених досліджень встановлено, що найбільший несприятливий вплив на процеси формування особливостей особистості ВІЛ-інфікованих чоловіків справляють незадовільні матеріально-побутові умови, складний характер сімейних взаємовідносин, низький рівень освіти, відсутність визначеного типу занять та високий ступінь поширення шкідливих звичок (вживання алкоголю і наркотичних речовин).

Оцінюючи провідні ознаки порушень соціально-психологічної адаптації, необхідно відзначити, що основною психологічно-значущою реакцією досліджуваних осіб у випадку ВІЛ-інфікування слід було вважати реакції депресивного змісту, властиві для 30,0% чоловіків з ВІЛ. Агресивні прояви як головна психологічна реакція були характерні для 22,0% осіб, ознаки страху – для 21,0% осіб, суїцидальні думки – для 11,0% осіб. І лише 16,0% чоловіків відрізнялись адекватними психологічними реакціями у відповідь на розвиток захворювання. У структурі провідних соціально-психологічних особливостей досліджуваних осіб на момент госпіталізації найпоширенішими слід було вважати стійку втрату працездатності (31,0% чоловіків), відсутність будь-яких планів на майбутнє (29,0% чоловіків).

Наведені дані, переконливо засвідчують той факт, що вплив медико-соціальних і соціально-психологічних факторів на ймовірність розвитку та поширення окремих клінічно-значущих проявів ВІЛ/СНІДу є досить значним і, отже, визначені фактори ризику в подальшому мають підлягати поглибленій оцінці під час розроблення, наукового обґрунтування та запровадження профілактичних технологій та заходів психогігієнічної корекції.

Література

1. ВІЛ-інфекція / СНІД в Україні: довідник. К., 2001. С. 45
2. Волонтерство в соціальній роботі. Упоряд.: О. Главник, Н. Романова, Т. Друженко. К.: Главник, 2006. 126 с.
3. Лобанов С.О., Лисенко І.П. Патопсихологічні порушення у ВІЛ-інфікованих осіб на ранніх стадіях хвороби Вісник Вінницького державного медичного університету. 1998. Т.2, № 2. С. 429-433.
4. Нагорна А.М., Грузева Т.С., Кульчицька Т.К. Сучасний стан здоров'я підлітків та молоді України та заходи щодо його збереження та покращення. Лікарська справа. 2000. № 6. С. 177-181.
5. Проблеми наркоманії, ВІЛ-інфекції та ЗПСШ в Україні: Інформаційний бюлетень. 2000. №1. 40 с.
6. Соціальні проблеми молоді, яка повертається з місць позбавлення волі: матеріали наукового дослідження. К., 2003. 44 с.
7. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом : Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / Т. Семигіна, О. Банас, Н. Венедиктова [та ін.]. К.: Вид. дім "Києво-Могилянська акад.", 2006. 620 с.

8. Чуприков А.П., Лобанов С.О. Психопатологічні порушення, що спостерігаються при ВІЛ-інфікуванні та СНІДі Спецвипуск по проблемах ВІЧ/СНІДу. 2003. № 1. С. 48.
9. Якобчук А. В. Розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу у країнах із низьким, середнім і високим рівнем доходів. Східноєвропейський журнал. 2011. № 1 (13). С. 25-31.
10. AIDS epidemic update, December 2002. Geneva: UNAIDS. 2002. November.
11. Broder Samuel. Textbook of AIDS Medicine / Samuel Broder. U.S.A.: William Wilkins, 1994. 420 p.
12. Levy J. A. HIV pathogenesis and long-term survival. AIDS. 1993. Vol. 7. P. 1401-1410
13. Link Bruce G. On Stigma and its Public Health Implications. Columbia University, 2001. 396 p.
14. Report on the global AIDS epidemic 2008. Vol. 52. P. 56-89.
15. Textbook of Medical Physiology. [6-th Edition]. Guyton (Ed.), 1981. 392 p.

Information about the authors:

Serheta Ihor Volodymyrovych,

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Department of General Hygiene and Ecology
National Pirogov Memorial Medical University
56, Pirogov str., Vinnytsya, 21018, Ukraine

Dudarenko Oksana Borysivna,

Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department of General Hygiene and Ecology
National Pirogov Memorial Medical University
56, Pirogov str., Vinnytsya, 21018, Ukraine

Vakolyuk Larysa Mykolaivna,

Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department of General Hygiene and Ecology
National Pirogov Memorial Medical University
56, Pirogov str., Vinnytsya, 21018, Ukraine