

© Колектив авторів, 2004  
УДК 616.98-097:578.828.6+616.97]-057.875:311.212

**А.А. Хлопась, М.Т. Ковальчук, М.Я. Яковенко, Н.Л. Магура, О.А. Хлопась**  
**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОІНФОРМОВАНІСТІ ПРО СНІД**  
**І ВЕНЕРИЧНИХ ХВОРОБ В НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ**

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського,  
Бережанський агротехнічний інститут

*У рамках Всесвітнього дня боротьби з ВІЛ/СНІДом вивчено ефективність антиСНІД-освітньої роботи серед шкільної та студентської молоді (491 особа) шляхом анкетування до та після проведення освітніх заходів. Встановлено, що активні форми роботи (участь молоді у підготовці круглих столів, семінарів, стінгазет, санбюлетенів) дали істотно кращі знання, ніж пасивні (лекції та бесіди спеціалістів).*

За даними Українського Центру профілактики та боротьби зі СНІДом, перші випадки ВІЛ-інфекції в Україні були зафіксовані в 1987 р. після початку широкомасштабного скринінгу населення на антитіла до ВІЛ. До кінця року було виявлено 6 ВІЛ-інфікованих жителів України та 75 іноземних громадян. Поширення ВІЛ до 1994 р. в Україні проходило відносно повільно. Всього за період 1987-1994 рр. було зареєстровано 183 ВІЛ-інфіковані громадяни України. На початку 1995 р. виникла епідемія ВІЛ-інфекції серед ін'єкційних наркоманів і число інфікованих одразу зросло майже в 10 разів, а в наступні роки продовжувало стрімко збільшуватись [1].

Згідно з даними Європейського центру епідеміологічного моніторингу за СНІДом, сьогодні в Україні налічується близько 600 тис. ВІЛ-інфікованих і їх кількість продовжує зростати надзвичайно швидко, що можна розцінювати як епідемію чи навіть пандемію [2].

У цих умовах, на нашу думку, першочерговим завданням державних і громадських інституцій, що займаються профілактикою ВІЛ-інфекції, є якомога ширша навчальна робота серед молоді. Вітчизняні та зарубіжні автори, які займаються антиСНІД-пропагандою, погоджуючись з необхідністю значного розширення освітньої роботи, сперечаються лише щодо її форм. Так, пропонують серед іншого створити й запровадити до навчальних планів закладів освіти спеціальну програму з метою на-

дання підліткам знань і навичок з питань здорового способу життя, формування моральних і духовних цінностей, відповідних уявлень про сім'ю та батьківство, безпечну поведінку [3]. Після обговорення різних методів профілактики ВІЛ-інфекції: компанії в засобах масової інформації, «малі» інформаційні форми (плакати, листівки, буклети), семінари, шкільні освітні програми, інформування за принципом «рівний – рівному», зроблено висновок, що ефективність перших трьох методів є доволі низькою, бо охоплює переважно людей уже поінформованих і небайдужих й оминає велику групу найбільш піддатливих – дітей та підлітків [1]. Автори високо оцінили метод інформування «рівний – рівному», який здобуває все більшої популярності в молодіжному середовищі (студенти-волонтери).

Серед зарубіжних авторів досі дискутується питання, з якого віку слід розпочинати антиСНІД-освітні заходи [4, 5] та чи повинні вони включати пропаганду безпечної сексуальної поведінки [6]. Цікавим є досвід навчання учнівської молоді та студентів [7], який полягає у проведенні тематичних вечорів, до яких ініціативна група молоді готує теоретичну базу та наочність (як правило – короткий відеофільм чи слайди) і направляє хід дискусії.

Серед новачів американські автори пропонують поширювати безкоштовні відеопрограми антиСНІДу для спільного перегляду підлітками та їх батьками [8].

У США велике значення в антиСНІД-пропаганді приділяється роботі сімейного лікаря [9], якому довіряють у родині, які він обслуговує. Автори діляться п'ятирічним досвідом освітньої роботи сімейних лікарів саме з дітьми та підлітками, без вікових обмежень. Ідеться лише про те, що об'єм інформації диференціюється залежно від віку.

Більшість вірусоносіїв і хворих на СНІД в Україні – це молодь, віком від 15 до 25 років. У цих умовах вивчення рівня поінформованості моло-

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

дих осіб у проблемах СНІДу набуває винятково великого значення.

Незважаючи на багаторічні пошуки наукових колективів, високоефективних ліків від СНІДу досі не створено, як і не виготовлено вакцини. Тому на шляху поширення ВІЛ-інфекції сьогодні людство може поставити лише одну перепону – профілактику. А серед найбільш дієвих методів профілактики як вітчизняні, так і зарубіжні автори [3, 10] називають своєчасну та якомога повнішу поінформованість підлітків про СНІД й венеричні хвороби. Вік молоді, з якого слід розпочинати її навчання, намагаються обумовити різними національними традиціями виховання, моральними засадами суспільства, ба, навіть релігійною приналежністю чи віросповіданням учнів [11].

На думку інших, не повинно існувати жодної вікової межі серед слухачів освітньої антиСНІД-програми, лише її зміст мав би підбиратись залежно від віку учнів [12]. Таким чином, поінформованість молоді, яка становить найбільшу групу ризику в умовах глобального поширення ВІЛ-інфекції, є головною ланкою профілактики захворювання.

Мета роботи – вивчити рівень поінформованості шкільної та студентської молоді м. Бережани Тернопільської області в проблемах СНІДу і венеричних хвороб до й після заходів інформування на цю тематику в рамках Міжнародного дня боротьби зі СНІДом.

### Матеріали і методи

Робота виконана на основі аналізу даних опитування 386 старшокласників чотирьох загальноосвітніх шкіл м. Бережани та 105 першокласників Бережанського агротехнічного інституту до й після прослуховування ними курсу заходів, присвячених Міжнародному дню боротьби зі СНІДом. У комплекс заходів входили: лекції та бесіди лікаря, семінари та круглі столи, конкурси стінгазет і санбюлетенів, які готували самі підлітки.

Всього опитано 491 особу, віком від 15 до 18 років, з них 219 (44,6 %) хлопців і 272 (55,4 %) дівчат.

Протягом двох тижнів напередодні Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом всі опитувані були охоплені освітньою роботою, однак, через брак часу та людського фактору, – не в однаковій мірі. Так, лише серед 105 слухачів вдалося провести бесіди, семінари, круглі столи, конкурси стінгазет і санбюлетенів. Серед решти опитуваних освітні заходи розподілились таким чином: для 134 учнів проведено лише загальну лекцію, 84 – лекцію та бесіди в класах, 168 – крім лекції та бесід проведено семінари, доповіді, до яких учні готувалися самі.

Опитування проводились шляхом анонімного анкетування. Питання анкети було підбрано таким чином, щоб

з'ясувати вузлові моменти базових знань про ВІЛ-СНІД, їх об'єм, у тому числі – про шляхи передачі збудника та методи профілактики захворювання. Враховуючи близькість за шляхами поширення ВІЛ-інфекції та венеричних хвороб, в анкету було включено також питання щодо шляхів передачі, перших проявів і наслідків венеричних захворювань. Було враховано, що серед факторів поширення ВІЛ-СНІДу в молодіжному середовищі найчастіше називають ризиковану поведінку, пов'язану з вживанням алкоголю, тому останнє питання анкети було присвячено саме цьому.

Анкети, заповнені до та після антиСНІД-освітніх заходів, обробляли і оцінювали роздільно. Отримані результати порівнювали, а різницю показників перевіряли методом оцінки значущості даних, що базується на критерії Стьюдента.

### Результати досліджень та їх обговорення

*Джерела знань про СНІД та венеричні хвороби серед молоді*

Відповіді на це питання анкети практично не відрізняються від даних літератури [3], згідно з якими 46 % підлітків отримують знання про СНІД з телебачення, на другому місці – ровесники та друзі (41 %), на третьому – вчителі та медпрацівники (11 %), а на останньому – батьки (2 %).

Привертає увагу відсутність різниці у відповідях на це питання анкети підлітків – мешканців міста і села. На нашу думку, це пов'язано з вирівнюванням матеріального достатку та доступності інформації для різних категорій жителів.

*Рівень обізнаності з шляхами передачі ВІЛ-СНІДу та венеричних хвороб*

Аналіз базового рівня знань з цього питання серед опитуваних викликає тривогу, оскільки свідчить про односторонню, неповну поінформованість підлітків. Незважаючи на те, що більшість молодих людей серед шляхів інфікування як основний називають статевий шлях (94 %), уже наступну тезу про переливання інфікованої крові правильно вказують лише 52 % хлопців та 57 % дівчат. Подібна поінформованість про передачу збудника через використані шприци – відповідно 57 та 63 %.

Після проведення освітніх заходів з антиСНІДу результати анкетування мали значно інший вигляд – як загалом, так і в окремих групах опитуваних. Так, практично всі підлітки назвали статевий і парентеральний (через переливання крові та використані шприци) шляхи головними в поширенні ВІЛ-інфекції та венеричних захворювань. Одночасно знизилась попередня настороженість молоді щодо поцілунків.

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

### *Поінформованість у методах профілактики*

Результати базового анкетування з цього питання свідчать про певне відставання у поінформованості залежно від статі опитуваних. І, як не дивно, краще поінформованими виявились хлопці: 79 % дали правильні відповіді щодо необхідності застосування презервативів, дівчата – 67 %. Зате дівчата частіше вказували на необхідність утримання від дошлюбних статевих контактів – 47 % позитивних відповідей, тоді як у хлопців – 31 %.

Проте такий рівень знань не може задовольняти нас сьогодні, і тому спрямованість антиСНІД-пропаганди набула особливого акценту на заходи профілактики. Результати цього не забарились – повторне анкетування показало майже 100 % засвоєння матеріалу освітньої програми. Краще засвоїли матеріал слухачі у тих групах, які самостійно працювали над підготовкою семінарів, круглих столів, стінгазет і санбюлетенів.

### *Рівень знань молоді з проблем венеричних захворювань*

Якщо базовий рівень знань опитуваних з проблем ВІЛ-СНІДу можна охарактеризувати як недостатній, то рівень поінформованості з венеричних хвороб є вкрай незадовільним. Анкетування показало практично повну відсутність орієнтування підлітків у цій площині. Показовим прикладом сказаного вище може бути те, як підлітки відповіли на питання про перші ознаки гонореї.

Правильні відповіді на питання анкети дали близько 50 % хлопців і менше третини дівчат. Наступне питання про венеричні хвороби як причину безпліддя не набрало й третини правильних відповідей, а питання про віддалені наслідки венеричних захворювань – ще менше.

### *Вивчення поінформованості молоді про вплив шкідливих звичок на здоров'я*

Це питання – єдине, на яке майже всі опитувані дали правильні відповіді. Це можна розцінити як хороший приклад освітньої пропаганди через засоби масової інформації, курси ОБЖД та медико-санітарну підготовку в школі.

Отримані результати базового опитування молодих людей показали значні прогалини в їх знаннях про ВІЛ-СНІД і венеричні хвороби. Особливо важливо, що анкетуванням вдалось визначити найслабші ланки у поінформованості підлітків. Зокрема це стосується шляхів зараження та методів профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом, перших ознак і наслідків венеричних хвороб. Відповідно до цьо-

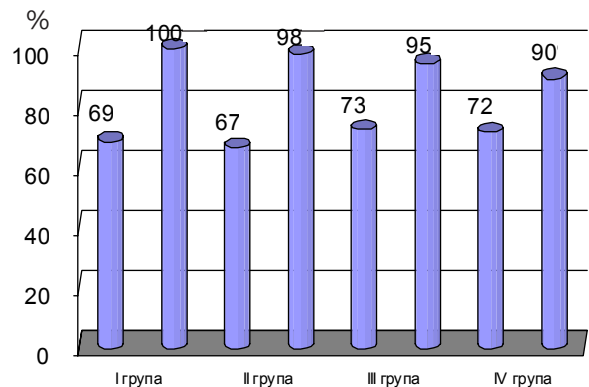
го були відкориговані та проведені освітні заходи зі СНІДу. Повторне опитування показало правильність корекції освітніх заходів.

### *Поінформованість молоді у проблемі СНІДу*

Доводиться констатувати недостатню поінформованість опитуваних як у питаннях шляхів передачі ВІЛ-інфекції, так і у питаннях запобігання зараженню цими недугами. Більше того, навіть після проведення освітніх заходів, рівень знань підлітків не досяг 100 % показників.

### *Оцінка методів інформування про ВІЛ-СНІД*

Як уже було зазначено вище, нам не вдалося провести серед усіх опитаних всього комплексу антиСНІД-освітніх заходів. Лише у 105 першокурсників агротехнічного інституту (I група), крім бесід і семінарів, було проведено ще круглі столи, які готували самі студенти, а також конкурси стінгазет і санбюлетенів. У 168 учнів загальноосвітніх шкіл (II група) проведено лекцію та семінар, у 84 – лекцію та бесіду (III група), у 134 – лише лекцію (IV група). Якщо базовий рівень знань опитуваних практично не відрізнявся, то після освітніх заходів показники значно відрізнялися з переважанням ( $P < 0,05$ ) у групах, де заходи передбачали активну участь опитуваних у їх підготовці та проведенні (мал. 1).

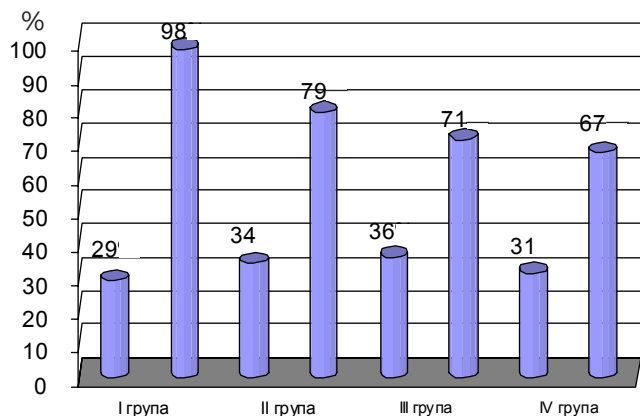


Мал. 1. Рівень знань опитаних (до та після проведення антиСНІД-освітніх заходів) про шляхи зараження ВІЛ-СНІДом і венеричними хворобами.

### *Оцінка методів інформування про венеричні хвороби*

Ще показовіші результати повторного опитування щодо поінформованості про венеричні хвороби. Після освітньої роботи ліпші результати отримано в тих групах, у яких вона проводилась активно, із залученням підлітків до її підготовки та проведення. У групах, де освітні заходи мали пасивний характер (лекції, бесіди), – отримано істотно нижчі ( $P < 0,001$ ) показники рівня поінформованості (мал. 2).

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ



Мал. 2. Рівень знань опитуваних (до та після освітніх заходів) про перші прояви та можливі ускладнення венеричних захворювань.

Перш ніж проводити освітню роботу в молодіжному середовищі, необхідно вивчити рівень поінформованості молодих людей в основних питаннях поширення та запобігання ВІЛ-СНІДу та венеричних захворювань. Знаючи найслабші ланки в знаннях підлітків, можна і треба відповідно коригувати освітню роботу серед них.

Серед пріоритетних напрямків, що визначені Національною доктриною розвитку освіти (Указ Президента України від 17 квітня 2002 р. № 347), є «пропаганда здорового способу життя, стимулювання у молоді прагнення до здорового способу життя».

Ми можемо констатувати, що в результаті проведених заходів змінилась поінформованість підлітків з проблем СНІДу та венеричних хвороб. Дуже хочеться сподіватись, що відповідно зміниться їх поведінка і, можливо, майбутнє.

Як сказав Білл Клінтон: «Профілактика – це найбільш дієва зброя в нашому арсеналі. Незалежно від того, які культурні та релігійні фактори необхідно подолати, в сім'ї слід говорити про факти життя, перш ніж усі дізнаються про факти смерті».

### Висновки

1. Встановлено низький рівень знань молоді з профілактики ВІЛ-СНІДу й ще нижчий – з проблем венеричних захворювань.

2. Після проведення ряду освітніх заходів до Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом встановлено значний ріст рівня поінформованості серед молоді з цих питань.

3. Найбільш дохідливими формами освітньої роботи були ті, які передбачали живе спілкування з молоддю досвідчених фахівців, котрі користуються довірою аудиторії. А активна участь слухачів у підготовці та проведенні семінарів, круглих столів, стінгазет і санітарних бюлетенів дала кращі знання порівняно з пасивними формами роботи – лекціями та бесідами.

### Література

1. Люди и ВИЧ /Под ред. Пурик Е. – К., 2001. – С. 46-49, 84-92.
2. Зінковська М. СНІД: проблема соціальна // Урядовий кур'єр. – 2003. – № 236. – С. 13.
3. Богатирьова Р., Венцовський Б., Вовк І. та ін. Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків в Україні (ситуаційний аналіз) // Звіт Української Асоціації планування сім'ї за участю Міністерства охорони здоров'я. – К., 1999. – С. 78-92.
4. Abraham C., Sheeran P. Modeling and modifying young heterosexuals' HIV-preventive behavior; a review of theories, findings and educational implications // Patient Education & Counseling. – 1994. – V. 23, N 3. – P. 173-186.
5. Wooley S. Research to classroom: selecting and disseminating education programs that reduce HIV risk behaviors among adolescents // XI Int. Conf. AIDS (July, 7-12.1996). – Vancouver, 1996. – V. 1. – P. 402.
6. Engelhard P., Seck M. Sexual behavior and cultural context: a methodological approach to AIDS prevention [French] // V Int. Conf. AIDS (June 4-9.1989). – Montreal, 1989. – P. 820.
7. Manning D.T., Barenberg N., Gallese L., Rice J.C. College students' knowledge and health beliefs about AIDS: implications for education and prevention // J. Amer. College Health. – 1989. – V. 37, N 6. – P. 254-259.
8. Winett R.A., Anderson E.S., Moore J.F. et al. Efficacy of a home-based human immuno-deficiency virus prevention video program for teens and parents // Health Education Quarterly. – 1993. – V. 20, N 4. – P. 555-567.
9. Manning D.T., Balson P.M. Teenagers' beliefs about AIDS education and physicians' perceptions about them // J. Family Practice. – 1989. – V. 29, N 2. – P. 173-177.
10. Должанская Н.А. Методические подходы к профилактике ВИЧ-инфекции в наркологии // <http://www.pravoslavie.ru>.
11. Rivers K., Aggleton P. Summarised from adolescent sexuality, gender and the HIV epidemic // (1999). New York: UNDP HIV and Development Programme. For further information, contact HIV and Development programme Internet: <http://www.undp.org/hiv>.
12. Macher A., Goosby E., Barker L. et al. Educating primary care providers about HIV disease: multidisciplinary interactive mechanisms // Public Health Reports. – 1994. – V. 109, N 3. – P. 305-310.

**COMPARATIVE ANALYSIS OF  
KNOWLEDGE ABOUT AIDS AND  
VENEREAL DISEASE IN EDUCATIONAL  
ESTABLISHMENTS**

A.A. Khlopa, M.T. Kovalchuk, M.Ya. Yakovenko,  
N.L. Mahura, O.A. Khlopa

*SUMMARY. In the limits of the World Day of fight against HIV-AIDS it was studied the efficacy of anti-*

*AIDS educational activity among school and student youth (491 people) by means of questioning before and after educational measures. The active forms of activity (participation of young people in organization of "round tables", seminars, wall newspapers, sanitary bulletins) were established to give essentially better knowledge than the passive ones (lectures and discussions of specialist).*

© Ребенок Ж.О., 2004  
УДК 616.94

**Ж.О. Ребенок**

## **СЕПТИЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ – СЕПСИС: КРИЗАНОВОЇ КОНЦЕПЦІЇ**

Білоруський державний медичний університет, м. Мінськ

Хоча сепсисом (С) монополює зайнята служба анестезіології/реаніматології, він, як і раніше, – загальномедична проблема, і відомості про С повинні бути загальномедичним надбанням, тим паче, що уявлення про С в останнє десятиріччя піддалося «перебудові» з негативними наслідками.

В 1991 р. представники західної критичної медицини і чомусь торакальні лікарі оголосили С неспецифічним системним запальним синдромом [1, 2]. Оскільки доказових фактів вони не мали, то свою ініціативу вони оформили як договірну угоду на підставі своєї колективної думки, тобто довільно. Досягнення клінічної сепсисології, що були на той час [3], при цьому ігнорувалися.

Так С виявився «синдромом» і був «приватизований» критичною медициною на Заході і анестезіологією/реаніматологією у нас. Оскільки ці спеціальності базуються на синдромальній ідеології, іншим шляхом «приватизувати» С вони не могли.

Результати 10-річного нового підходу «перебудови» до С:

- а) дезорієнтація в розумінні С;
- б) погіршення якості діагностики і лікування С;
- в) підвищення летальності при С із 4,6-9,0-13 % при грампозитивному і 20 % при грамнегативному С в протисепсисних центрах СРСР у 80-ті роки до 20-40 % і більше в даний час [3-8].

Результат закономірний, оскільки виявилось, що ходен з доказів консенсусної угоди із С 1991 р. [1,

2] не є доказовим. Проте саме на цих «доказах» продовжує базуватися сучасна діагностика і терапія С.

Перший і основний доказ як причина для перегляду патогенезу С:

Сепсис є «синдромом системної запальної відповіді на інфекцію» – «*systemic inflammatory response syndrome*» (SIRS – ССЗВ) у вигляді запально-цитокінового комплексу: «цитокіновий каскад», «цитокінова буря», «цитокінова пожежа» [2].

Тобто хвороба, в даному випадку С, представлена як запальна відповідь. Проте хвороба завжди є **пошкодженням**, тоді як запальна відповідь – реакція на пошкодження. Запальна відповідь при С у своїй основі є захисною реакцією на інфекційно-токсичне пошкодження.

Стверджуючи, що «С є ССЗВ», автори поміняли місцями хворобу і реакцію на хворобу, тобто причину і наслідок. Таким чином, сама постановка питання є неправильною у принципі.

Автори стверджують, що С не звичайне, а надмірне (системне) запалення з пошкоджувальним запальним ефектом і вважають, що його ознаками є: лихоманка або гіпотермія, тахікардія більше 90 за 1 хв, тахіпноє більше 20 за 1 хв, лейкоцитоз або лейкопенія, паличкоядерний зсув більше 10 %, гіпокапнія менше 32 мм рт. ст.

Тут подвійна помилка.

1. Пропоновані симптоми як ознаки банального запалення спостерігаються при всіх без ви-