

РОБОТА МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В УМОВАХ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

О. С. Федорці

Обласний комунальний заклад «Дніпропетровське медичне училище»

У статті висвітлено причини стрімкого поширення ВІЛ-інфекції в Україні, зокрема в Дніпропетровській області, і проблеми, з якими стикаються медсестри під час надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам.

NURSES ACTIVITY IN CONDITIONS OF SPREADING OF HIV-INFECTION

O. S. Fedortsi

Regional Municipal Institution "Dnipropetrovsk Medical School"

The article highlights the reasons of the rapid spreading of HIV-Infection in Ukraine and in particular in Dnipropetrovsk region; and the problems faced by nurses providing medical care to HIV-infected patients.

Вступ. Епідемія ВІЛ/СНІДу упродовж останніх років стала проблемою для всього людства. Світовий досвід свідчить, що поширення ВІЛ-інфекції спричиняє скорочення тривалості життя та зростання обсягу медичних послуг.

Україна є найбільш ураженою ВІЛ/СНІД країною в Європі. За даними міжнародного альянсу ВІЛ/СНІД, в Україні станом на 01.07.2011 р. на диспансерному обліку в закладах охорони здоров'я України перебуває 115 275 ВІЛ-інфікованих осіб, з яких 16 764 з діагнозом СНІД. За весь період епідеміологічного спостереження від захворювань, зумовлених СНІДом, померло 22 607 осіб.

Основна частина. Стрімке зростання числа ВІЛ-інфікованих підвищує ризик щодо професійного зараження медичних працівників.

Медики звернули увагу на проблему зростання ризику професійного інфікування відразу після відкриття ВІЛ. В 1984 р. в США з'явилось повідомлення про зараження медичного працівника при проведенні медичної маніпуляції

(ін'єкції) ВІЛ-інфікованому пацієнту. З того часу накопичилися данні про сотні таких випадків [1].

Проблема інфікування ВІЛ-інфекцією медпрацівників не є конкретно зазначеною, тому розглянути її можна на основі досвіду Великобританії. Інфікованими там були хірурги, стоматолози, медичні сестри, молодший медичний персонал. Інфікування відбулося статевим шляхом, за винятком поодиноких задокументованих випадків професійного зараження.

Деякі лікувально-профілактичні заклади звільняли інфікованих працівників, стверджуючи, що вони становлять загрозу для пацієнтів, що не є етичним [2], адже джерелом інфекції можна вважати лише тих медичних працівників, які проводять інвазивні втручання (в такому випадку доцільно розглянути питання щодо переведення їх на інше місце роботи). В інших випадках достатньо застосувати відповідні заходи безпеки для виключення можливості інфікування пацієнта біологічними рідинами медпрацівника.

З метою вивчення ситуації щодо рівня інформованості медичних сестер Дніпропетровської області про проблеми ВІЛ/СНІДу та їх ставлен-

ня до ВІЛ-інфікованих пацієнтів, було проведено вибіркове анонімне анкетування серед медичних сестер декількох лікувальних закладів (всього було опитано 120 осіб).

Згідно з інформацією наданою, «Дніпропетровським обласним центром профілактики та боротьби зі СНІДом», Дніпропетровська область на сьогодні посідає одне з перших місць в країні за темпами поширення ВІЛ-інфекції.

Розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу в Дніпропетровській області має такі ж закономірності, як і в цілому в Україні. Перші випадки ВІЛ-інфекції у Дніпропетровській області були зареєстровані у 1992 році: 6 – серед громадян України та 2 – серед іноземців. Протягом 1993 р. було зареєстровано ще один випадок ВІЛ-інфекції у громадянина України. Протягом 1994 – 1995 рр. нових випадків ВІЛ-інфекції не зареєстровано.

Ситуація в області різко погіршилася у 1996 р., що було пов'язано зі спалахом інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків, і поширення інфекції набуло епідемічного характеру [3].

На 1.01.2012 року в області виявлено 51672 ВІЛ-позитивних осіб (з початку реєстрації), з яких на сьогодні на обліку стоять 20105 осіб, у тому числі 1390 дітей. 7945 хворим встановлено діагноз СНІД. В середньому в області щоденно реєструють 13 позитивних результатів тестування на антитіла до ВІЛ та 10 нових випадків встановлення діагнозу. При цьому, кожний другий випадок ВІЛ-інфекції серед дорослих – вже в стадії СНІД.

Причин таких темпів поширення інфекції багато – неупорядковане статеве життя молоді, низький рівень доходів населення, зростання числа ін'єкційних наркоманів, недостатня профілактична робота серед підлітків.

Найгірше те, що вірусом може бути уражена будь-яка людина, а не лише та, яка належить до так званої «групи ризику». Як свідчить статистика, частка споживачів ін'єкційних наркотиків у загальній чисельності ВІЛ-позитивних людей поступово зменшується, поступаючись місцем інфікуванню статевим шляхом. [4] Стрімко зростає число ВІЛ-інфікованих серед вагітних, підлітків та інших соціальних груп, що не було настільки актуально ще декілька років тому. Беручи до уваги неможливість виявлення усіх людей, інфікованих збудником ВІЛ-інфекції, медичним працівникам необхідно з усіма пацієнтами поводитися так, ніби вони заражені. А отже, до будь-якого контакту

з біологічними рідинами варто ставитися як до небезпечного і вживати необхідних заходів захисту. В першу чергу – це використання рукавичок, масок, захисних окулярів для захисту очей, коли можливе розбризкування біологічних рідин. Також необхідно вживати заходи, які зменшують ризик пошкодження гострим медичним інструментом, насамперед голками, які є причиною 80 % аварій на робочому місці. Для попередження уколу інфікованою голкою забороняється одягати на неї ковпачок і виконувати будь-які маніпуляції після використання. В тих випадках, коли одягання ковпачка необхідне, рекомендується одягати його на голку «методом ковша». Проте опитування медичних сестер лікувальних закладів області свідчить, що не всі працівники дотримуються навіть таких простих і природних заходів, як використання рукавичок при контакті з кров'ю.

Поширеність аварійних ситуацій на робочому місці складає приблизно 6–8 на 100 процедур. Відомо, що після контакту пошкодженої шкіри з ВІЛ-інфікованою кров'ю імовірність інфікування ВІЛ у середньому становить приблизно 0,3 %. Ризик інфікування після потрапляння інфікованої крові на неушкоджені слизові оболонки становить приблизно 0,09%. Ризик інфікування після контакту неушкодженої шкіри з ВІЛ-інфікованою кров'ю або контакту з іншими біологічними рідинами, що містять вірус, не встановлений. Є фактори, що підвищують ризик інфікування [5], тому будь-яке ушкодження шкіри, слизових оболонок медперсоналу, забруднення їх біоматеріалом пацієнтів під час надання допомоги кваліфікується як можливий контакт з матеріалом, який містить ВІЛ, і вимагає профілактичних заходів, передбачених наказом МОЗ України № 120.

У групу ризику потрапляють хірурги, патологоанатоми, стоматологи, ендоскопісти, лікарі-лаборанти, акушери-гінекологи. Але відомо, що медсестри набагато більше часу, ніж лікарі проводять біля ліжка хворого, здійснюючи більшість медичних маніпуляцій, тому повинні мати відповідну підготовку.

Анкетування медичних сестер Дніпропетровська показало, що хоча більшість з них і знають, яких заходів слід вживати в разі аварії на робочому місці, на жаль, не завжди виконують їх в повному обсязі, а інколи не виконують взагалі. Незначна кількість (10 %) респондентів, які невпевнено відповідали на запитання анкети, в своїй

професійній діяльності майже не контактують з біологічними рідинами пацієнтів і вважають ризик інфікування для себе мінімальним.

Викликає тривогу те, що значна кількість опитуваних (майже 40 %), навіть після проведення зазначених наказами МОЗ України профілактичних заходів відмовляються від реєстрації аварії і подальшого обстеження, побоюючись порушення конфіденційності.

Сьогодні в Україні налічується близько 500 медичних сестер, які безпосередньо працюють з ВІЛ-інфікованими [1], і не можна залишити без уваги такий аспект в їхній роботі, як взаємовідносини з інфікованими пацієнтами. Загальновідомо, що ставлення медичних працівників до ВІЛ-інфікованих пацієнтів та хворих на СНІД скоріше негативне, ніж позитивне. Медичний персонал нерідко стає джерелом психологічної стигматизації ВІЛ-позитивних, що призводить до їх відмови від медичної допомоги і робить практично неможливим прийняття профілактичних заходів. Це

пов'язане передусім із браком професійних знань і відсутністю потреби в отриманні необхідної інформації. Анкетування, проведене автором, показало, що чим вищий рівень знань медичних сестер про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та запобіжні заходи, тим менш негативне ставлення їх до інфікованих пацієнтів.

Висновок. Ефективна профілактика зараження ВІЛ-інфекцією можлива лише за умови постійного навчання та виховання медичних сестер. Це дозволить побороти страх перед контактом з ВІЛ-інфікованим пацієнтом, діяти грамотно та впевнено. Треба розуміти, що професійне інфікування медпрацівників може статися тільки в разі порушення ним правил протиепідемічного режиму, насамперед при невикористанні простих, надійних засобів індивідуального захисту. Однак слід пам'ятати, що жоден з зазначених заходів не гарантує 100 % захисту від професійного зараження, натомість, комплексне застосування всіх підходів забезпечить найвищий рівень безпеки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Носик Д. Н. / Медсестри у боротьбі зі СНІДом / Д. Н. Носик, М. С. Бочкова, Н. Н. Носик // Головна медична сестра. – 2008. – № 11.
2. Грицко О. М. Організація та проблеми керівництва медсестринським персоналом при догляді за пацієнтами, хворими на ВІЛ-інфекцію та СНІД / Грицко О. М. // Головна медична сестра 2007. – № 5.
3. Балакірева О. М. / Стан епідемії ВІЛ/СНІДу в Дніпропетровській області та аналіз заходів протидії /

О. М. Балакірева, Л. В. Бочкова, В. Г. Гінзбург. – Київ: Видавництво Раєвського, 2008. – 15 с.

4. Дайджест-огляд на тему «Медсестри у боротьбі зі СНІДом» // Головна медична сестра. – 2008. – № 12. – 79 с.

5. Костюк О. К. / Захист медичних працівників: профілактика ВІЛ/СНІДу на робочому місці / О. К. Костюк. – К., – 2008. – 11 с.