

УДК 616-056.57-082.5

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

П. Б. Фундитус, П. І. Бучко, А. Л. Орленко

Чортківський державний медичний коледж

У статті наведено соціальні, духовні та медичні проблеми ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Висвітлено важливість етики спілкування медичних працівників.

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF HIV-INFECTED PEOPLE

P. B. Fundytus, P. I. Buchko, A. L. Orlenko

Chortkiv State College of Medicine

The article presents the social, spiritual and medical problems of HIV-infected and AIDS patients. The importance of communication ethics of medical professionals is adduced.

Вступ. «Снідофобія» – соціально-психологічний феномен, аналогічний «канцерофобії», «сіфілофобії», «радіофобії» і т. д. Через певні обставини «снідофобія» в масовій свідомості навіть більш виражена. До таких обставин насамперед належить те, що летальність при СНІДі вища, ніж при холері та чорній віспі. Неминучою реакцією більшості людей на слово «СНІД» є страх перед зараженням, вмиранням, смертю, безсиллям медицини і суспільства в цілому. У свідомості ж самих ВІЛ-інфікованих на першому плані нерідко виявляється страх перед дискримінацією і стигматизацією.

Основна частина. СНІД – синдром набутого імунodefіциту – це руйнування імунної системи організму, яка захищає його від інфекцій.

Хворобу викликає вірус імунodefіциту людини (ВІЛ), який потрапляє в організм різними шляхами. Це може бути заражена вірусом імунodefіциту кров, що потрапляє в організм при переливанні або при користуванні спільними шприцями у наркоманів, через мікротравми шкіри. ВІЛ може передаватися при сексуальних контактах, як гетеросексуальних, так і гомосексуальних, якщо один із партнерів заражений вірусом.

Відкритий у 80-х роках минулого століття СНІД стрімко поширюється і становить неабияку загро-

зу для людства. Актуальна ця проблема і для нашої країни. На думку фахівців, пік епідемії СНІДу в Україні припаде на 2010–2015 роки. На жаль, ефективних засобів лікування ще не знайдено, а існуючі методи хоч і можуть допомогти, проте потребують чималих матеріальних затрат.

Вірус вражає та використовує для свого розмноження Т-лімфоцити – різновид білих кров'яних клітин, які в нормі активізують захисні системи організму. Окрім того, ВІЛ знижує ефективність дії антитіл, які мають важливе значення для захисту організму.

Навіть у нормі в організмі існують клітини, що «виключають» імунну систему, проте завдяки існуванню в організмі системи протидії вони не набувають надмірного поширення, а ВІЛ сприяє тому, що ці клітини в більшій кількості руйнують імунну систему. Все це призводить до активізації прихованої або до приєднання опортуністичної (випадкової) інфекції. Саме ці хвороби і призводять зазвичай до загибелі хворих протягом 1–2 років. Зниження імунітету може призвести також до виникнення деяких злоякісних новоутворень.

Від моменту інфікування до появи перших симптомів (інкубаційний період) проходить від 1 місяця до 4–6 років. Початок захворювання поступовий. Для нього характерні підвищення температури тіла (понад 38°C) зі значним потовиділенням,

млявість, депресія, зниження працездатності, зниження маси тіла. Типове також ураження шлунково-кишкового тракту, яке проявляється проносом, болями в животі, може бути задишка, кашель. Звичайна простуда триває значно довше і перебігає набагато важче.

Характерним є також генералізоване збільшення лімфатичних вузлів, яке частіше починається з шийних, пахвових і потиличних лімфовузлів. Більш ніж у половини хворих розвиваються різноманітні зміни з боку шкіри – дерматити, екзема тощо, стійкі до дії медикаментів.

Для періоду розпаду захворювання характерна перевага явищ вторинної інфекції, яка майже у половині випадків виявляється у вигляді пневмонії, викликаной пневмоцистами. Вона перебігає дуже тяжко і у 90–100 % випадків призводить до смерті. У 30 % хворих на перший план виступають ураження нервової системи, зумовлені токсоплазмозною, герпетичною або цитомегаловірусною інфекціями, які призводять до недоумства. Хворі із шлунково-кишковою формою страждають від виснажливої діареї, швидко втрачають масу тіла. У 30 % хворих розвивається саркома Капоші – у звичайних умовах доволі рідкісне та доброякісне захворювання, яке вражає переважно шкіру нижніх кінцівок у людей похилого віку. Проте у хворих на СНІД вона розвивається швидко і може вражати шкіру, лімфатичні вузли та внутрішні органи. У хворих з'являються грибкові інфекції (кандидоз) порожнини рота, стравоходу та прямої кишки. Вони також більш вразливі до раку лімфовузлів, нижньої губи та заднього проходу.

Лікування ракових захворювань та інфекцій, пов'язаних зі СНІДом, ефективно лише частково, тому прогноз для хворих доволі сумний – смерть упродовж 2 років.

Як відомо, спочатку в західних країнах СНІД поширювався в основному серед так названих «маргінальних соціальних груп» – гомосексуалістів, наркоманів, повій. Строгі моралісти не раз заявляли, що СНІД є «кара Божя» за «гріх гомосексуалізму», «спортивний секс», «секс-туризм» і т. д. Негативне ставлення суспільства до представників так названих маргінальних груп за інерцією було перенесено на всіх ВІЛ-інфікованих, причому їх стигматизація багаторазово посилювалася наростаючим страхом перед СНІДом. СНІД потрібно порівню-

вати з раком. Діагноз раку сприймається масовою свідомістю і окремою людиною як смертний вирок. Діагноз психічного захворювання нерідко стигматизує людину. Хворі на СНІД, як правило, відчувають і те, і інше: свідомість невиліковності, приреченості на смерть посилюється емоційною ізоляцією, ворожим ставленням до них з боку суспільства. Із вищесказаного насамперед особливо важливим є збереження лікарської таємниці у випадках ВІЛ-інфекції. Як бачимо, при контакті з ВІЛ-інфікованими або хворими на СНІД, лікарю доводиться стикатися не тільки з клінічною реальністю, але також і з пов'язаними з цим захворюванням міфами і забобонами, тим часом заборона на будь-яку дискримінацію (в тому числі і хворих на СНІД) є нормою міжнародного права, міститься в багатьох документах, прийнятих різними міжнародними організаціями, членом яких є і наша країна. Нарешті неучтво і забобони, властиві не тільки населенню, але й частині спеціалістів-медиків. Все це в кінцевому рахунку негативно відбивається на епідеміологічній обстановці та на темпах поширення інфекції. Тобто, дискримінація ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД не тільки зневажає права людини, але й підриває основоположні принципи суспільної охорони здоров'я. Крім того, може провокувати в інфікованого або хворого почуття помсти, здатне перетворити його в злісного навмисного розповсюджувача інфекції, у людини, що усвідомила свою приреченість, таке відчуття помсти може бути особливо запеклим. Відмови лікарів та інших представників медичної професії надавати допомогу ВІЛ-інфікованим – це чи не найбільш напружена з точки зору медичної етики проблема. Проведене ще на початку 90-х років в США дослідження показало, що, відмовляючи в допомозі хворим на СНІД, лікарі посилювалися на недостатню спеціальну підготовку, страх перед інфікуванням, відразу до гомосексуалістів, наркоманів або інших представників «груп підвищеного ризику», а також на побоювання відлякати інших пацієнтів.

Висновок. Як бачимо, в контексті медичної етики лікар і тут покликаний шукати компроміс між особистими інтересами пацієнта, з одного боку, і громадськими інтересами, з іншого. Це – ще одна непроста моральна дилема, яку ставить перед лікарем його професія.

ЛІТЕРАТУРА

1. Заєць В. Азбука СНІДу / В. Заєць. – К. : Молодь, 1998. – 95 с.
2. Юнак В. Ю. Наркомания и СПИД / В. Ю. Юнак. – К. : Здоровье, 2001. – С. 142–156.
3. Баранова Н. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: прогнозування, моделювання, оцінка / Н. Баранова // Україна: аспекти праці. – 2006. – № 1. – С. 19–25.
4. ВІЛ та СНІД : достовірно про проблему // Психолог: всеукраїнська газета для вчителів. – Київ, 2005. – №12. – С. 1–7.
5. Социально-медицинское изучение патогенеза ВИЧ-инфекции / Н. Митина, В. Шаповалова, Е. Вурва, В. Шаповалов // Ліки України. – 2004. – № 7–8. – С. 90–92.
6. ВІЛ/СНІД: стратегія наступу на хворобу // Здоров'я України. – 2001. – № 2. – 28 с.