

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ В ОСІБ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ

Звіт



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Звіт за результатами дослідження

Дослідження психопатологічної симптоматики в осіб, що живуть з ВІЛ та її вплив на прихильність до лікування

Підготовлено для Державної установи «Центр громадського
здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»

Команда дослідників:

Велика Оксана, дослідниця ТОВ «ІНФО САПІЄНС»
Волосевич Інна, заступниця директора ТОВ «ІНФО САПІЄНС»
Савчук Дмитро, експерт з досліджень ТОВ «ІНФО САПІЄНС»

Київ, 2019

ЗМІСТ

| | |
|---|-----------|
| ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА СКОРОЧЕННЯ | 3 |
| МЕТА ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ..... | 6 |
| 1.1. Актуальність дослідження | 6 |
| 1.2. Мета..... | 7 |
| 1.3. Завдання дослідження..... | 7 |
| 1.4. Територіальне охоплення..... | 8 |
| 1.5. Цільові групи дослідження та методи збору інформації | 8 |
| 1.6. Етичні засади дослідження..... | 9 |
| 1.7. Обмеження дослідження | 9 |
| 1.8. Подяка | 10 |
| РЕЗЮМЕ ДОСЛІДЖЕННЯ | 11 |
| РЕКОМЕНДАЦІЇ..... | 15 |
| РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ..... | 18 |
| 2.1. Поширеність психопатологічної симптоматики у ЛЖВ, які перебувають на АРТ..... | 18 |
| 2.2. Чинники, що мають найбільший вплив на розвиток та перебіг психопатологічної симптоматики у ЛЖВ, які перебувають на АРТ: ретельність дотримання режиму АРТ, шляхи інфікування, стадії захворювання та інші..... | 20 |
| 2.3. Вплив вживання наркотичних засобів на розвиток та прояви психопатологічної симптоматики серед осіб, які живуть з ВІЛ та перебувають на АРТ | 23 |
| 2.4. Вплив психопатологічної симптоматики у ЛЖВ на прихильність до АРТ та дотримання режиму АРТ | 23 |
| 2.5. Гендерний аспект психопатологічної симптоматики та психоемоційних проблем..... | 25 |
| 2.6. Залежність між проявом психопатологічної симптоматики та наданням соціального супроводу, зверненнями до нарколога та психіатра..... | 27 |
| 2.7. Методи ранньої діагностики розладів психіки та поведінки | 34 |
| 2.8. Способи утримання пацієнтів з ВІЛ, які мають психопатологічну симптоматику на АРТ, рекомендовані профільними спеціалістами | 37 |
| 2.9. Оцінка відповідності допомоги особам, які живуть з ВІЛ та перебувають на АРТ і мають розлади психіки та поведінки Клінічному протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків №551 та шляхи його оптимізації | 38 |
| 2.10. Рекомендації профільних спеціалістів щодо оптимізації ранньої діагностики, зниження важкості прояву психопатологічної симптоматики у пацієнтів з ВІЛ та зменшення їхнього впливу на прихильність до лікування | 39 |
| ДОДАТОК А. Оцінка послуг ЗОЗ та НУО серед тих, хто потребує відповідних послуг ... | 41 |
| 1. Оцінка послуг ЗОЗ..... | 41 |
| 2. Оцінка послуг НУО | 43 |
| ДОДАТОК Б. Індикатори прихильності до АРТ..... | 45 |
| ДОДАТОК В. Соціально-демографічні характеристики | 47 |

ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА СКОРОЧЕННЯ

| | |
|--------------------------------|---|
| АРТ | антиретровірусна терапія |
| ВІЛ | вірус імунодефіциту людини |
| Вибіркова сукупність | сукупність учасників дослідження, відібраних із генеральної сукупності, які відповідають критеріям включення, з метою репрезентації генеральної сукупності за певними ознаками |
| ВООЗ | Всесвітня організація охорони здоров'я |
| Генеральна сукупність | сукупність усіх одиниць дослідження із заданими характеристиками, які планується вивчати при проведенні дослідження |
| Глибинне інтерв'ю | неструктуроване, пряме, особисте інтерв'ю, яке проводить висококваліфікований інтерв'юер з одним респондентом із метою отримання детальних відповідей на поставлені запитання і визначення основних переконань респондента щодо обговорюваної проблеми |
| КГ | ключові групи ризику (ЛВНІ, СП, ЧСЧ) |
| Коморбідність | стан наявності в людини двох та більше захворювань, синдромів чи психічних розладів, пов'язаних між собою єдиним патогенетичним механізмом чи тих, що співпадають в часі |
| ЛВНІ | люди, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним способом |
| ЛЖВ | людина, яка живе з ВІЛ |
| МІС ВІЛ | медична інформаційна система «ВІЛ-інфекція в Україні» |
| МОЗ України | Міністерство охорони здоров'я України |
| ООН | Організація Об'єднаний Націй |
| Опортуністичні інфекції | захворювання, викликані умовно-патогенними вірусами або клітинними організмами (бактерії, гриби, найпростіші), які зазвичай не приводять до хвороби здорових людей (з нормальною імунною системою). Наприклад, опортуністичні інфекції розвиваються у осіб з імунодефіцитними станами та, зазвичай, не приводять до хвороби здорових людей. |
| ПАР | психоактивні речовини |
| Психічні розлади | розлади психічної діяльності, визнані такими згідно з чинною в Україні Міжнародною статистичною класифікацією хвороб, травм і причин смерті |

| | |
|---|--|
| Психопатологічна симптоматика | в даному дослідженні, симптоматика, яка вимірювалася за допомогою методики SCL-90-R |
| Психоемоційні проблеми | психологічні стани, які виникають під впливом життєвих обставин, стану фізичного або психічного здоров'я, не супроводжуються грубими порушеннями в особистісному функціонуванні, але викликають дискомфорт в повсякденному житті (проявляються тривогою, панічні атаки, пригніченим настроєм). |
| СНІД | синдром набутого імунodefіциту |
| СП | секс-працівники |
| ЦГЗ | Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України |
| ЧСЧ | чоловіки, що практикують секс з чоловіками |
| Шкала «Ворожість» | одне з дев'яти симптоматичних вимірювань, які охоплені методикою SCL-90-R. Характеризується дратливістю, яка легко виникає, спалахами гніву, бажанням заподіяти тілесні ушкодження або іншу шкоду будь-кому, надмірною участю в суперечках тощо. ¹ |
| Шкала «Депресія» | одне з дев'яти симптоматичних вимірювань, які охоплені методикою SCL-90-R. Виражається в занепаді сил і загальмованості, почуття самотності, пригніченому настрої, відсутності інтересу до чого б то не було, почутті безнадійності тощо. |
| Шкала «Міжособистісна сензитивність» | одне з дев'яти симптоматичних вимірювань, які охоплені методикою SCL-90-R. Пов'язана з невдоволенням іншими людьми, сором'язливістю і скутістю в спілкуванні, низькою самооцінкою, почуттям ніяковості на людях тощо. |
| Шкала «Обсесивність-компульсивність» | одне з дев'яти симптоматичних вимірювань, які охоплені методикою SCL-90-R. Характеризується такими дисфункціями, як нав'язливі думки, проблеми з пам'яттю, повільність дій через острах помилитися, труднощі у прийнятті рішень, розосередженість тощо. |
| Шкала «Параноїдальний синдром» | одне з дев'яти симптоматичних вимірювань, які охоплені методикою SCL-90-R. Виражаються у відчутті, що у всіх особистих неприємності винні інші, відсутності довіри до оточуючих, наявності ідей і вірувань, які, як вважає індивід, не розділяються іншими |

¹ Тут і далі представлені визначення симптоматичних вимірювань згідно статті Дембицького С., Середи Ю. (2014) Симптоматический опросник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валидизация в Украине. Стаття доступна за посиланням: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/142132/03-DembitskyNEW.pdf?sequence=1>

| | |
|----------------------------|---|
| Шкала «Психотизм» | одне з дев'яти симптоматичних вимірювань, які охоплені методикою SCL-90-R. Характеризується голосами, які чує індивід, але не чують інші, відчуттям, що інші проникають в його думки, почуттям самотності, навіть в компанії інших людей, думками про необхідність покарання за свої гріхи. |
| Шкала «Соматизація» | одне з дев'яти симптоматичних вимірювань, які охоплені методикою SCL-90-R. Відображає дистрес, пов'язаний з тілесним дискомфортом – головними болями, болями в серці, м'язах, відчуттям слабкості тощо. |
| Шкала «Тривожність» | одне з дев'яти симптоматичних вимірювань, які охоплені методикою SCL-90-R. Характеризується несподіваним і безпричинним страхом, відчуттям напруженості, нападами паніки, надмірним занепокоєнням, жажливими думками тощо. |
| Шкала «Фобія» | одне з дев'яти симптоматичних вимірювань, які охоплені методикою SCL-90-R. Полягає в почутті страху у відкритих місцях або на вулиці, боязні виходити з дому поодиночці, боязні знаходження в громадському транспорті тощо. |
| ESOMAR | Європейська асоціація дослідників громадської думки і маркетингу |
| GSI | Індекс важкості психопатологічної симптоматики за SCL-90-R |
| PEPFAR | Надзвичайна ініціатива Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (<i>PEPFAR - the U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief</i>) |
| SCL-90-R | Simptom Check List-90-Revised – опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики |
| UNAIDS | Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй по ВІЛ/СНІД або ЮНЕЙДС — об'єднання органів ООН, створене для всебічної, скоординованої боротьби в глобальному масштабі з епідемією ВІЛ і СНІДу та її наслідками |

МЕТА ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Актуальність дослідження

Розширення масштабів антиретровірусної (АРТ) терапії до більше ніж 8 млн осіб (Об'єднана програма ООН з ВІЛ / СНІДу і ВООЗ, 2012 р.) перевело ВІЛ з категорії гострого захворювання в хронічну хворобу. З ранньою діагностикою та доступом до лікування середня тривалість життя ВІЛ-інфікованих дорослих становить ~ 75 років (Nakagawa et al., 2012). Тому фокус уваги поступово зміщується на необхідність забезпечення належної якості життя людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ).

Психічне здоров'я є центральним аспектом для побудови здорового, інклюзивного та продуктивного суспільства і важливим показником якості життя. Станом на 2017 рік число людей в світі, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), становило 36,9 [31,1- 43,9] млн. осіб.; 21,7 [19,1 -22,6] млн. людей отримували лікування в рамках антиретровірусної терапії; число нових випадків зараження ВІЛ склало 1,8 [1,4-2,4] млн. осіб; число людей, які померли від супутніх СНІДу хвороб, склало 940 000 [670 000 -1,3 млн] осіб [2017 UNAIDS Global Report].

За даними ВООЗ, від 38% до 73% пацієнтів з ВІЛ / СНІД, як мінімум, мають один психічний розлад протягом життя, і до 20% людей, що живуть з ВІЛ / СНІД (ЛЖВС) мають виявленими психічні розлади на етапі клінічних проявів СНІДу. [«Глобальна ініціатива в психіатрії», 2006].

За темпами розвитку епідемії ВІЛ / СНІД Україна посідає одне з перших місць у Східній Європі. За період 1987-грудень 2016 рр. в Україні офіційно зареєстровано 297 422 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 92 886 випадків захворювання на СНІД та 41 706 смертей від захворювань, зумовлених СНІДом. Кількість ЛЖВ в Україні продовжує збільшуватися. Так, з 2012 до 2015 р. кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції збільшилась на 30%. Найбільші показники поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровані в Одеській (865,8 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (797,5), Миколаївській (713,8) областях та м. Києві (432,6). Станом на початок 2015 р. під медичним наглядом знаходилося 138 тис. ВІЛ-інфікованих осіб, що складає близько 60% від оціночної кількості ЛЖВ, з них 66 тис. осіб (50%) отримували АРТ. Понад 30% ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторних досліджень, залишаються поза медичним спостереженням, а кількість пацієнтів, які отримали АРТ, складає тільки 30% від оціночної кількості осіб, які її потребують. Спираючись на Стратегію UNAIDS щодо досягнення глобальної мети 90-90-90 для подолання епідемії ВІЛ/ СНІДу: 90% ЛЖВ мають бути продіагностовані, 90% з них мають отримувати АРТ, 90% з яких повинні досягнути стійкої вірусологічної супресії. Психічні розлади можуть стати перешкодою на кожному з кроків цього континууму.

Рівень психічного благополуччя при ВІЛ/СНІД залежить як від коморбідних психічних розладів, зокрема наслідків зловживання ПАР, так і від психічних розладів, набутих в результаті впливу ВІЛ на центральну нервову систему. Обидві групи психічних розладів мають ймовірний вплив на ефективність прийому АРТ та якість життя ЛЖВ. Психіатрична коморбідність у пацієнтів з ВІЛ досить висока, особливо для таких розладів як депресія, залежність від ПАР, тривожні розлади і когнітивні розлади, та меншою мірою – для розладів психотичного спектру (Sana Loue, 2013). У пацієнтів, які отримують лікування ВІЛ-інфекції, супутні психічні розлади можуть виникати навіть частіше, ніж соматичні (Goulet JL, Fultz SL et al., 2007). Ризик депресії у ЛЖВ вдвічі більший, ніж у неінфікованих осіб (Owe-Larsson B, Sall L, Salamon E, Allgulander C., 2009), ризик скоєння суїциду вищий на 16% (Schlebusch & Vawda, 2010). 20-30% людей, які живуть з ВІЛ, мають депресію, що є найпоширенішим психічним розладом серед осіб, які отримують допомогу з ВІЛ (Bing та ін., 2001), яка суттєво впливає на якість життя пацієнтів (Reis і співавт., 2011; Zimpel & Fleck, 2013).

ВІЛ-інфекція також безпосередньо впливає на центральну нервову систему і викликає психоневрологічні ускладнення, включаючи енцефалопатії, депресії, манії, когнітивні розладитощо.

Деякі препарати АРТ мають побічну дію з боку нервової системи, зокрема, безсоння та перепади настрою майже у 50% пацієнтів, які приймають Ефавіренц (Kenedi SA, Goforth HW, 2011).

Наявність психічних розладів, зокрема залежності від психоактивних речовин (ПАР), впливає на звернення за медичною допомогою та отримання діагностичних і лікувальних послуг з ВІЛ/СНІДу. Пацієнти з ВІЛ та психіатричною коморбідністю мають більший ризик неуспішного лікування та ранньої смерті (Leserman, 2008). Залучення пацієнтів до прийому АРТ є менш успішним за наявності депресії, когнітивних порушень, зловживання ПАР. При цьому, дотримання прийому АРТ менш ніж на 95% пов'язане з розвитком резистентності до вірусу.

Серед ЛЖВ особи із залежністю від ПАР зазвичай стикаються з найбільшими перешкодами у доступі до лікування через негативне ставлення суспільства і низьку мотивацію шукати допомогу. Зловживання алкоголем негативно впливає на всі стадії континууму догляду та лікування ВІЛ від виявлення ВІЛ-інфікованих осіб до забезпечення стійкої вірусної супресії. Психотичні розлади також значно знижують прихильність до АРТ (Bansil, Jamieson, Posner, & Kourtis, 2009), але при регулярному спостереженні та лікуванні психотичного розладу прихильність до лікування може стати навіть вищою, ніж у пацієнтів з ВІЛ без такого (Walkup, Sambamoorthi, & Crystal, 2001).

ЛЖВ часто не говорять про свій психологічний та психічний стан фахівцям в області охорони здоров'я через страх подвійної стигматизації. Крім того, фахівці в галузі охорони здоров'я не володіють достатньо навичками виявлення психічних розладів і часто не в змозі вжити необхідних заходів для подальшої оцінки, догляду і скерування пацієнтів, що додатково ускладнює ситуацію ведення пацієнтів з ВІЛ та супутніми психічними порушеннями.

Таким чином, можна окреслити наступні чинники, що погіршують психічне здоров'я, які необхідно враховувати при розробці ВІЛ / СНІД програм: когнітивні розлади через прямий вплив вірусу на мозок центральну нервову систему; депресивні та тривожні розлади через вплив захворювання на повсякденне життя та функціонування людини; вживання ПАР, що призводить до ризикованих форм поведінки; психічні побічні ефекти АРТ; соціальні складнощі викликані стигматизацією та дискримінацією (M Freeman, 2005).

Супутні психічні розлади ускладнюють постановку діагнозу, нагляд за пацієнтом та впливають на якість медичної допомоги, результати лікування, а також дотримання прийому АРТ. Рання діагностика і лікування розладів психіки та поведінки відіграє важливу роль в питаннях прихильності до антиретровірусної терапії та запобігання подальшого поширення інфекції. В умовах розвитку в Україні епідемії ВІЛ / СНІДу поширеність і структура розладів психіки та поведінки лишається мало вивченою проблемою, що визначає актуальність роботи.

Дослідження виконується на замовлення Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

1.2. Мета

Отримати інформацію щодо поширеності психічних розладів серед осіб, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) та визначити зв'язки між виникненням психічних розладів та тривалістю прийому АРТ.

1.3. Завдання дослідження

- Дослідити поширеність психопатологічної симптоматики серед осіб, які живуть з ВІЛ та перебувають на АРТ.
- Дослідити вплив чинників на розвиток та перебіг психопатологічних симптомів серед осіб, які живуть з ВІЛ та перебувають на АРТ.
- Дослідити вплив психопатологічної симптоматики на прихильність до АРТ та дотримання режиму АРТ.
- Дослідити вплив вживання наркотичних засобів на прояви психопатологічних симптомів серед осіб, які живуть з ВІЛ та перебувають на АРТ.
- Дослідити гендерний аспект проявів психопатологічної симптоматики у ЛЖВ.

- Визначити наскільки виникнення психопатологічної симптоматики залежить від таких факторів як шляхи інфікування, приналежність до ключових груп, стадії захворювання, приналежність до дискордантної або конкордантної пари, наявність соціального супроводу (з боку соціального працівника, психолога, психіатра)
- Дослідити методи, що використовуються фахівцями для ранньої діагностики розладів психіки та поведінки у осіб, які живуть з ВІЛ та перебувають на АРТ.
- Дослідити відповідність допомоги особам, які живуть з ВІЛ та перебувають на АРТ і мають розлади психіки та поведінки, клінічному протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків № 551 та шляхи для його оптимізації.
- Дослідити способи утримання на АРТ осіб, які живуть з ВІЛ і мають розлади психіки та поведінки, що використовуються та мають найвищий ефект, та послуги, які забезпечують їхню прихильність до лікування.
- Надати рекомендації щодо кроків, які можливо взяти для оптимізації ранньої діагностики, зниження важкості перебігу психічних розладів у ЛЖВ та зменшення їхнього впливу на прихильність ЛЖВ до лікування.

1.4. Територіальне охоплення

Для проведення дослідження обрано такі регіони:

- Донецька область (м. Маріуполь) – регіон, який межує із зоною проведення військових дій, що може спричиняти підвищений рівень психічних розладів у населення і, зокрема, серед ЛЖВ, що проживають у регіоні;
- м. Київ – регіон, в якому є один з найвищих рівнів поширеності ВІЛ;
- Одеська область (м. Одеса) – регіон, в якому є один з найвищих рівнів поширеності ВІЛ.

1.5. Цільові групи дослідження та методи збору інформації

Дослідження включало два методи збору інформації:

- Кількісне дослідження:
 - ✓ опитування 750 пацієнтів центрів СНІДу, які приймають АРТ, з використанням опитувальника SCL-90-R, а також анкети щодо вивчення прихильності до АРТ.
- Якісне опитування:
 - ✓ 10 глибинних інтерв'ю з експертами, які працюють у сфері надання послуг з профілактики ВІЛ і/або мають досвід лікування психічних розладів;
 - ✓ Далі після аналізу даних кількісного та якісного етапу – буде проведено підсумковий етап дослідження, в межах якого будуть проведені: 5 глибинних інтерв'ю з представниками психіатричної служби національного та регіонального рівнів для обговорення результатів дослідження та отримання коментарів щодо необхідних акцентів у звіті та рекомендаціях.

Польовий етап кількісного дослідження проходив в червні-серпні 2019 року, якісне дослідження було проведене в червні 2019 року. Опитування проводилося у форматі асистованого інтерв'ю: перші блоки анкети заповнював інтерв'юер, при переході до блоку «Оцінка психопатологічної симптоматики» анкета була передана респонденту для самозаповнення. У випадку відмови респондента від самозаповнення, анкета заповнювалася за допомогою інтерв'юера.

Для того, щоб мати можливість дослідити вплив тривалості прийому АРТ на прояв психоемоційних проблем в рамках дослідження проводилося опитування пацієнтів з різним досвідом прийому АРТ: як тих, хто перебуває початку лікування, так і тих, хто перебуває на терапії тривалий час. Вибірка репрезентативна ЛЖВ, які перебували під наглядом станом на кінець 2018 року в даних містах, за тривалістю прийому АРТ, статтю та віком. Квоти сконструйовані відповідно до даних національної медичної інформаційної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції (МІС ВІЛ).

Критеріями виключення респондентів були: вік до 17 років включно, наявність психоемоційних проблем або психічних розладів у фазі загострення, такий стан алкогольного або наркотичного

сп'яніння, який не дозволяє особі брати участь у дослідженні та може становити загрозу собі або її учасникам.

| Таблиця 1.5.1 Розподіл вибіркової сукупності за основними показниками та регіонами | | | |
|---|-------------|--------------|--|
| Початок прийому АРТ | Київ | Одеса | Донецька область (м. Маріуполь) |
| Менше 1 року | 68 | 88 | 75 |
| Від 1 до 5 років | 135 | 117 | 135 |
| Більше 5 років | 47 | 45 | 40 |
| Загалом | 250 | 250 | 250 |

Рекрутинг відбувався за участю представників центрів СНІДу.

1.6. Етичні засади дослідження

У своїй роботі GfK Ukraine дотримується Директив та керівництв ESOMAR, Стандартів якості маркетингових досліджень Української асоціації маркетингу, а також Кодексу професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України. Також процес планування, організації та впровадження дослідження, дослідницький протокол, інструментарій та результати дослідження відповідають Стандартам проведення досліджень PEPFAR. Протокол та інструментарій дослідження пройшли етичну експертизу.

Збір, зберігання та аналіз емпіричних даних дослідження базуються на дотриманні етичних стандартів і захисті права учасників дослідження на добровільність, анонімність та конфіденційність.

Анкети дослідження не містять імена, точні адреси або інші контактні дані респондентів.

Усі учасники мали можливість звернутися телефоном до офісу GfK Ukraine для уточнення інформації щодо дослідження або у випадку, коли, на їхню думку, до них погано ставилися чи вони якимось чином постраждали в результаті участі/неучасті в дослідженні.

1.7. Обмеження дослідження

При інтерпретації даних опитування ЛЖВ варто враховувати такі обмеження даного дослідження:

- Рекрутинг проводився на базі центрів СНІДу, тому пацієнти, які пропускають планові відвідування лікаря-інфекціоніста, мали меншу ймовірність потрапити у вибірку;
- Пацієнти з психоемоційними проблемами або психічними розладами у фазі загострення або у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння виключалися з вибірки;
- Дослідження охоплює лише три регіони України та не дає уявлення про ситуацію по всій країні

В майбутньому дане дослідження може стати основою для більш масштабних досліджень, результати яких можна буде поширити на всю генеральну сукупність.

1.8. Подяка

Дослідницька команда Інфо Сапієнс висловлює подяку всім, хто приймав участь як у плануванні даного дослідження, так і при проведенні аналітичної роботи, за конструктивні зауваження та поради, а саме:

- Провідному фахівцю з координації наукових досліджень Центру громадського здоров'я МОЗ України Марії Гончаровій
- Українському науково-дослідному інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України в особі Пінчук Ірини, Колодежного Олексія, Ільницької Тетяни, Ячнік Юлії
- Практикуючим психологам, які мають значний досвід роботи з ЛЖВ, Горбачук Оксані та Єрмолаєву Антону

РЕЗЮМЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Поширеність психопатологічної симптоматики у ЛЖВ, які перебувають на АРТ

Поширеність психопатологічної симптоматики оцінювалась за симптоматичним опитувальником SCL-90-R, що включає оцінку психічних станів за 9 шкалами². За результатами шкали вираховується загальний індекс важкості психопатологічної симптоматики GSI, який може набувати значення від 0 (повна відсутність психопатологічної симптоматики) до 4 (максимальні бали за всіма питаннями).

Значення всіх індексів порівнюються з медіанними значеннями для України за 2014 рік³. Медіанне значення GSI для населення України становить 0,35, тоді як для опитаних ЛЖВ цільових міст значення індексу складає 0,46 – отже, серед ЛЖВ поширеність психопатологічної симптоматики є значно вищою, ніж серед загального населення навіть в кризовий для України 2014 рік. Значення шкал психотизму, міжособистісної сензитивності, депресії, тривожності, фобій, параноїдальних синдромів у опитаних ЛЖВ суттєво перевищують відповідні показники за результатами опитування населення

Загалом тільки 36,9% опитаних ЛЖВ мають значення GSI, що нижче або дорівнюють медіанному значенню серед населення (0,35), у решти 63,1% значення GSI вище. Найбільше пацієнтів з GSI вище медіанного показника для населення в Маріуполі - 70% - тоді як в Києві їх 56,8%, а в Одесі – 62,4%.

Медіанне значення GSI несуттєво відрізняється поміж містами, але є відмінності у складових GSI: так в Києві спостерігаються найнижчі значення шкал депресії і параноїдальних симптомів, в Одесі натомість найвище значення шкали параноїдальних синдромів, але найнижчі значення шкал ворожості і соматизації, а в Маріуполі найвищі значення міжособистісної сензитивності, соматизації, obsесивно-компульсивних розладів, тривожності, ворожості і найвищий симптоматичний дистрес. Останнє може бути пов'язане з тим, що в Маріуполі пацієнти найрідше отримували допомогу соціальних працівників, психологів або психіатрів (детальна інформація наводиться нижче).

Чинники, що мають найбільший вплив на розвиток та перебіг психопатологічної симптоматики у ЛЖВ, що перебувають на АРТ

Згідно результатів регресійного аналізу найбільш значущими чинниками виникнення психопатологічної симптоматики у ЛЖВ є незадоволення стосунками з друзями, якістю життя, належність до ЛВНІ та недотримання режиму прийому АРТ. При цьому, вплив належності до СП та ЧСЧ, а також ВІЛ-статусу партнера на наявність психічних розладів, є статистично незначущим.

Вплив вживання наркотичних засобів на розвиток та прояви психопатологічної симптоматики серед осіб, які живуть з ВІЛ та перебувають на АРТ

ЛЖВ з вищим понад медіанний показник для населення рівнем прояву психопатологічної симптоматики більш, ніж в два рази частіше вживали канабіоїди порівняно з тими, чий GSI в межах медіанного показника для населення (11,3% проти 4,6%, відповідно), в чотири рази частіше вживали опіоїди (8,4% проти 2,2%) і вдвічі частіше вживали психостимулятори (2,3%

² Для більш детального опису див. розділ 2.1. Поширеність психічних розладів у ЛЖВ, які перебувають на АРТ.

³ Дембицкий С., Середа Ю. (2014) Симптоматический опросник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валидизация в Украине. Стаття доступна за посиланням: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/142132/03-DembitskyNEW.pdf?sequence=1>. В контексті даного дослідження цей показник взято за нормативне значення GSI

проти 1,0%). Також було встановлено, що частота вживання наркотичних речовин прямо пов'язана з важкістю психопатологічної симптоматики серед респондентів.

Вплив психопатологічної симптоматики у ЛЖВ на прихильність до АРТ та дотримання режиму АРТ

Коефіцієнт кореляції Пірсона між GSI та порушеннями режиму АРТ становить 0,90, даний показник є статистично значущим (Approx. Sig. = 0,14), але зв'язок є слабким.

Близько половини респондентів переживали через неефективне лікування та/або труднощі щодо дотримання режиму АРТ: серед пацієнтів з GSI більше медіанного показника для населення таких більшість, а серед пацієнтів з GSI в межах медіанного показника для населення – близько третини.

Гендерний аспект психопатологічної симптоматики та психоемоційних проблем

Статистично значущих відмінностей у GSI між чоловіками та жінками не виявлено, разом з тим у жінок значуще вищі показники міжособистісної сензитивності та тривожності.

Жінки частіше відвідують психолога, ніж чоловіки: зокрема 7% жінок відвідують його регулярно, тоді як серед чоловіків таких 3,4%. Відповідно, жінки й частіше відчувають потребу в послугах психолога в ЗОЗ: 49,9% з них зазначили таку потребу проти 39,7% чоловіків. Більша потреба в послугах психолога серед жінок частково може бути пов'язана з вищими показниками міжособистісної сензитивності та тривожності.

У відвідуванні психіатра та соціального працівника немає статистично значущих відмінностей між чоловіками і жінками.

Більшість респондентів зазначили, що соціальний супровід допомагає їм у вирішенні психоемоційних проблем, але жінки це зазначали рідше, ніж чоловіки (64,5% чоловіків проти 69,8% серед жінок). Жінки частіше, ніж чоловіки, зазначали, що соціальний супровід їм не допомагає у вирішенні психоемоційних проблем: 15,5% проти 10,6% серед чоловіків, решта респондентів не змогли відповісти на запитання.

Залежність між розвитком та проявом психопатологічної симптоматики та наданням соціального супроводу

Загалом 33,2% ЛЖВ звертались до психолога, найменше таких в Маріуполі – 20,5%. Статистично значущої різниці між респондентами з GSI більше та менше медіанного показника для населення у частоті звернень до психолога не виявлено, що може свідчити про те, що пацієнтів з психічними розладами недостатньо часто перенаправляють до психологів і що самі вони недостатньо усвідомлюють потребу в психологічній допомозі. Останнє підтверджується тим, що тільки 43,5% пацієнтів з GSI вище медіанного показника для населення зазначають потребу в послугах психолога, тоді як серед пацієнтів з GSI в межах медіанного показника для населення таку потребу декларує навіть дещо більша частка – 45,9%.

9,9% пацієнтів звертались до психіатра, що свідчить про переадресацію ЛЖВ з психічними розладами. 12,1% пацієнтів з GSI вище медіанного показника для населення звертались до психіатра, тоді як серед пацієнтів з GSI в межах медіанного показника для населення таких 6,2%.

Загалом станом на момент дослідження 36,3% ЛЖВ користувались допомогою соціального працівника або психолога, або психіатра (щонайменше одного з цих трьох спеціалістів). Найбільше таких в Одесі (70%), найменше – в Маріуполі (10,7%). Пацієнти з GSI вище медіанного показника для населення більше охоплені соціальним супроводом - 39% проти 31,7% пацієнтів з GSI в межах медіанного показника для населення.

62% пацієнтів вважають наявну допомогу з боку ЗОЗ для вирішення психоемоційних проблем достатньою (ймовірно через те, що більшість пацієнтів не усвідомлює в повній мірі, який комплекс послуг ЗОЗ є необхідним для контролю та покращення психоемоційного стану). 26,7% - недостатньою. Останніх найбільше в Маріуполі (31%). Зокрема, недостатніми або відсутніми пацієнти найчастіше вважають такі послуги, як регулярна діагностика психоемоційних проблем, послуги психіатра, послуги нарколога, організацію спільних заходів з метою психологічної підтримки. Найбільше пацієнтів, яким бракує вищеперахованих послуг, в Маріуполі. Статистично значущої різниці між пацієнтами з GSI вище медіанного показника для населення і в межах медіанного показника для населення у цьому питанні не виявлено.

48,6% пацієнтів вважають допомогу громадських організацій у вирішенні психоемоційних проблем достатньою, тоді як 30,9% вважають її недостатньою – останніх найбільше в Маріуполі (37,5%). Пацієнти з GSI вище медіанного показника для населення частіше вважають недостатнім даний вид допомоги з боку НУО, ніж пацієнти у яких GSI в межах медіанного показника для населення (33% проти 27,4%). Найчастіше пацієнти вважають недостатніми або відсутніми такі послуги, як допомога в організації консультацій психіатра та нарколога, організація спільних заходів з метою психологічної підтримки.

67,4% пацієнтів зазначили, що супровід допомагає їм у вирішенні психоемоційних проблем, а 12,9% – що не допомагає, останніх найбільше в Маріуполі (26,6%). Пацієнти з GSI в межах медіанного показника для населення частіше засвідчують допомогу соціального супроводу, ніж пацієнти з GSI вище медіанного показника для населення: 69,6% проти 66,1%.

Рання діагностика розладів психіки та поведінки

На сьогоднішній день практика ранньої діагностики розладів психіки та поведінки та психоемоційних проблем пацієнтів з ВІЛ, які приймають АРТ, не є поширеною.

Найчастіше згадані розлади виявляють на стадії, коли у пацієнтів вже спостерігаються стійкі або виражені емоційні, когнітивні та поведінкові прояви, характерні для психічних захворювань та психоемоційних проблем – у такому випадку інфекціоніст перенаправляє пацієнта до психолога або психіатра.

Випадки звернення пацієнта з психічними розладами або психоемоційними проблемами до психолога або психіатра за власною ініціативою є менш розповсюдженими. Як правило, рішення порекомендувати пацієнту відвідати психолога та, при необхідності, перенаправити його до психіатра чи нарколога приймає лікар-інфекціоніст, який спостерігає хворого (лікар звертає увагу на зміни у поведінці пацієнта або самостійно під час прийому, або за повідомленнями волонтерів та соціальних працівників, які працюють у центрі СНІДу).

Оцінка відповідності допомоги особам, які живуть з ВІЛ та перебувають на АРТ і мають розлади психіки та поведінки, Клінічному протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків №551

Опитування лікарів та пацієнтів показало, що всі дії, передбачені чинним на момент проведення дослідження Клінічним протоколом антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженим наказом МОЗ України від 12.07.2010 №551 щодо пацієнтів з ВІЛ, які мають психічні розлади та психоемоційні проблеми, виконуються повною мірою. А саме:

- Збір скарг пацієнтів щодо їх психоемоційної лабільності та депресивного стану під час кожного візиту хворого до центру СНІДу на прийом до інфекціоніста;
- Сприяння соціально-психологічній адаптації пацієнта: надання консультації психолога та допомоги соціального працівника (за даними опитування пацієнтів, 36,3% станом на момент опитування користувались послугами психолога, або соціального працівника, або психіатра (хоча б одного з трьох спеціалістів);

- Перенаправлення до психіатра пацієнтів з підозрою на психічні розлади (за даними опитування пацієнтів, 9,9% хоча б один раз відвідували психіатра, зокрема, 1,2% відвідують його регулярно);
- Перенаправлення пацієнтів, які мають досвід вживання наркотичних речовин, на консультації до нарколога (за даними опитування пацієнтів, 11,2% хоча б один раз відвідували нарколога, зокрема, 3,3% відвідують його регулярно);
- При призначенні АРТ враховуються можливі побічні дії з боку препарату на центральну нервову систему для пацієнтів з ризиком прояву психічних розладів та психоемоційних проблем.

Однак, на думку опитаних лікарів-інфекціоністів та експертів національного рівня, виконання даних заходів не забезпечує достатнє охоплення пацієнтів, які потребують допомоги психіатра або психолога.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

- **Провести моніторинг психопатологічної симптоматики у пацієнтів з ВІЛ**, який має включати тестування на наявність розладів поведінки та психоемоційних проблем у пацієнта як при взятті під нагляд до центру СНІДу, так і при здійсненні подальшого медичного контролю.
 - Це дозволить простежити стан пацієнта в динаміці, а також дасть розуміння, чи психічні розлади та психоемоційні проблеми є побічною реакцією на прийом терапії, чи вони були наявні у пацієнта до прийому АРТ. За результатами скринінгу або при перших підозрах інфекціоніста, соціального працівника чи психолога щодо наявності психічних розладів та психоемоційних проблем у пацієнтів – організація консультації психіатра або психолога/ лікаря-психолога та забезпечення супроводу пацієнта до спеціаліста. У випадку виникнення психопатологічної симптоматики через прийом препаратів АРТ – проведення своєчасної заміни схеми лікування.
- **Залучити соціального працівника в центрі СНІДу для проведення обов'язкового первинного тестування пацієнта з ВІЛ на наявність психоемоційних проблем за допомогою тестів та повідомлення результату інфекціоністу.**
 - Такий підхід зможе знизити навантаження на інфекціоніста та підвищить вірогідність того, що психоемоційна проблема буде діагностовано на ранній стадії
- **Організувати навчання соціальних працівників методикам первинного скринінгу на наявність психопатологічної симптоматики та розробка системи перенаправлень у випадку, якщо пацієнт потребує консультації психолога або психіатра (тобто соціальний працівник повинен розуміти подальші кроки у разі виявлення психопатологічної симптоматики у пацієнта)**
- **Для надання більш ефективної допомоги, окрім приналежності пацієнта до ключових груп, при діагностиці психоемоційної симптоматики пацієнтів та при подальшому наданні консультативних послуг необхідно проводити ретельну оцінку психосоціального статусу пацієнта та будь-яких факторів нестабільності, які можуть негативно вплинути на прийом АРТ:**
 - **Враховувати специфіку та потреби різних вікових груп.** Наприклад, враховувати, що у молоді психоемоційний стан може погіршуватись через складнощі в налагодженні особистого життя, у професійній реалізації.
 - **Враховувати умови життя, стосунки в сім'ї пацієнта.** Наприклад, у людей похилого віку уточнювати, які стосунки вони мають з дорослими дітьми, онуками або звертати увагу на випадки нещодавньої втрати близької людини (особливо, якщо це смерть, пов'язана з ВІЛ-інфекцією), тощо.
 - **Враховувати стать пацієнтів:** при консультуванні чоловіків слід приділяти особливу увагу мотивуванню до звернення за психологічною допомогою, при консультуванні жінок - показникам міжособистісної сензитивності та тривожності, які у жінок вищі, ніж у чоловіків
 - Особливу увагу слід **звернути на жінок, які дізналися про свій позитивний ВІЛ-статус під час вагітності** та для яких характерна підвищена уразливість через нестабільний психоемоційний стан, пов'язаний з вагітністю. Рекомендується впровадження дородових та післяродових консультацій, забезпечення соціального супроводу таких пацієнток в жіночу консультацію, щоб при перших ознаках психоемоційних проблем організувати консультацію психолога або психіатра. По можливості організація групових занять для вагітних з метою підвищення проінформованості щодо ВІЛ-інфекції, щоб сформувати та закріпити прихильність до прийому АРТ та надати психологічну допомогу.
 - Враховувати поточний **досвід лікування тяжких або хронічних хвороб** (наприклад, враховувати наявність у пацієнта коінфекції ТБ, гепатиту С, В тощо та

необхідність для пацієнта дотримуватися відповідного лікування)

- **Налагодити та організувати співпрацю між центрами СНІДу та ЗОЗ, які надають психіатричну допомогу**, для спрощення алгоритму перенаправлень та нагляду за пацієнтами, які потребують психіатричної допомоги:
 - Надати можливості пацієнту отримувати всі послуги в одному місці. При можливості введення штатної позиції психолога/ лікаря-психолога або психіатра у центрі СНІДу або укладання домовленості зі спеціалістом щодо регулярного прийому у центрі СНІДу (1-2 рази на тиждень). При відсутності такої можливості організація консультації психолога/лікаря-психолога / або психіатра за допомогою соціального працівника.
 - Проводити спільні заходи, тренінги для налагодження більш тісної співпраці між інфекціоністами центрів СНІДу та психіатрами. Це дозволить проводити з пацієнтом мотивуючу бесіду та здійснювати контроль за прийомом АРТ лікарями обох спеціалізацій, що вважається більш ефективним підходом (ніж контроль лише з боку інфекціоніста).
- **Рекомендовано впровадження практики групових консультацій під керівництвом психолога або психіатра** для вирішення емоційних та поведінкових проблем пацієнтів (а саме: зменшення агресії, переживань, тривожності).
 - Такі групи можуть включати пацієнтів з подібними психічними розладами та психоемоційними проблемами або тих, що належать до одних і тих самих соціальних груп (КГ, люди літнього віку, тощо). При можливості впровадження групових консультацій для всіх пацієнтів, які не мають психічних розладів, але мають потребу у консультації психолога, підтримці групи.
- Для кращої адаптації, соціальної та психологічної підтримки рекомендована організація групових заходів у **співпраці з НУО та тими ЛЖВ, хто успішно реалізований в житті та можуть бути мотивуючим прикладом для нових пацієнтів**.
- **Мотивувати пацієнтів до відвідування психолога, корисності повідомляти про користь психотерапії, впроваджувати запис на прийом для уникнення черг та можливості зустрічі із знайомими**.
- **Формувати позитивний імідж психологічної допомоги (проведення комунікаційної кампанії** (розміщення буклетів та плакатів у приміщенні центрів СНІДу, розміщення повідомлень на сайтах НУО) щодо сутності допомоги з акцентом на тому, що звернення за консультацією не є слабкістю з боку людини або визначенням психічного діагнозу.
- **Організувати надання соціального супроводу пацієнтам з ВІЛ, які проходять лікування у стаціонарі психоневрологічних диспансерів (в тому числі у денному стаціонарі)**.
 - Соціальні працівники зможуть доставляти препарати АРТ та здійснювати додаткову мотивуючу консультацію (у разі можливості її проведення з пацієнтом).
- При можливості мотивувати пацієнта до **залучення близького оточення до консультацій з лікарями-інфекціоністами, психологами та соціальними працівниками**. При можливості, залучення родичів пацієнта до контролю за прийомом АРТ та дотриманням режиму, а також відстеження випадків погіршення психічного стану пацієнта та повідомлення про це соціального працівника чи лікаря-інфекціоніста для оперативної організації консультації психіатра для проведення ранньої діагностики психопатологічної симптоматики пацієнта.
- **Рекомендовано додаткові дослідження психічних розладів** серед ключових груп, хворих на ВІЛ/СНІД задля більш глибокого розуміння зв'язку між поведінковими практиками, психічними розладами та ВІЛ статусом.
 - На думку експертів, в першу чергу існує потреба в додаткових дослідженнях ЛВНІ, оскільки прийом наркотиків супроводжується виникненням психоемоційних та поведінкових розладів. В цьому випадку існує запит на введення штатної позиції

нарколога у центрі СНІДу або домовленості зі спеціалістом щодо регулярного прийому у центрі СНІДу.

- **Надати можливість отримання юридичної допомоги пацієнтам з психопатологічними розладами у випадку виникнення у них такої потреби.**
- **Популяризувати адаптовані для пацієнтів онлайн тести** зі скринінгом на наявність психоемоційних проблем на сайтах, присвячених ВІЛ, та надавати пацієнтам пам'ятки щодо кроків у випадку проблем виявлення психопатологічної симптоматики за результатами тесту, а також інформувати щодо контактів ЗОЗ, НУО та спеціалістів, до яких можна анонімно звернутися щодо отримання психологічної допомоги, в тому числі надання можливості отримати консультацію спеціаліста онлайн. Впровадження даного підходу дозволить зняти частину навантаження на лікаря-інфекціоніста.
- **Проводити кампанії щодо зниження стигматизації ЛЖВ з боку загального населення,** оскільки стигматизація стимулювати прояв психопатологічної симптоматики у ЛЖВ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Поширеність психопатологічної симптоматики у ЛЖВ, які перебувають на АРТ

Поширеність психопатологічної симптоматики оцінювалась за симптоматичним опитувальником SCL-90-R. Методика SCL-90-R створювалася для того, щоб оцінити психологічний симптоматичний статус широкого спектру груп від загального населення і до різних типів пацієнтів. Опитувальник містить 90 тверджень, які оцінюються за п'ятибальною системою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім ні», а 4 – «дуже сильно».

Відповіді на 90 пунктів підраховуються і інтерпретуються за 9 основними шкалами симптоматичних розладів:

- 1) соматизації;
- 2) obsесивності-компульсивності;
- 3) міжособистісної сензитивності;
- 4) депресії;
- 5) тривожності;
- 6) ворожості;
- 7) фобій;
- 8) параноїдальних синдромів;
- 9) психотизму.

Бали для запитань кожної шкали (від 0 до 4) сумуються і ця сума ділиться на кількість запитань. Також підраховується загальний індекс важкості психопатологічної симптоматики GSI, який може набувати значення від 0 (повна відсутність психічних розладів) до 4 (максимальні бали за всіма 90 питаннями).

Окрім GSI також розраховується загальна кількість виявлених симптомів PST (кількість відповідей 1-4) та симптоматичний дистрес PSDI, що розраховується шляхом ділення суми значень на PST.

Характеристика шкал опитувальника SCL-90-R:

- шкала соматизації (SOM) відображає дистрес, пов'язаний з тілесним дискомфортом – головними болями, болями в серці, м'язах, відчуттям слабкості тощо;
- шкала obsесивності-компульсивності (O_S) характеризується такими дисфункціями, як нав'язливі думки, проблеми з пам'яттю, повільність дій через острах помилитися, труднощі у прийнятті рішень, розосередженість тощо;
- шкала міжособистісної сензитивності (INT) пов'язана з невдоволенням іншими людьми, сором'язливістю і скутістю в спілкуванні, низькою самооцінкою, почуттям ніяковості на людях тощо;
- шкала депресії (DEP) виражається в занепаді сил і загальмованості, почуття самотності, пригніченому настрої, відсутності інтересу до чого б то не було, почутті безнадійності тощо;
- шкала тривожності (ANX) характеризується несподіваним і безпричинним страхом, відчуттям напруженості, нападами паніки, надмірним занепокоєнням, жажливими думками тощо;
- шкала ворожості (HOS) характеризується дратливістю, яка легко виникає, спалахами гніву, бажанням заподіяти тілесні ушкодження або іншу шкоду будь-кому, надмірною участю в

- суперечках тощо;
- шкала фобії (PHOB) полягає в почутті страху у відкритих місцях або на вулиці, боязні виходити з дому поодиночі, боязні знаходження в громадському транспорті тощо;
 - шкала параноїдальні синдроми (PAR) виражаються у відчутті, що у всіх особистих неприємності винні інші, відсутності довіри до оточуючих, наявності ідей і вірувань, які, як вважає індивід, не розділяються іншими;
 - психотизму (PSY) характеризується голосами, які чує індивід, але не чує інші, відчуттям, що інші проникають в його думки, почуттям самотності, навіть в компанії інших людей, думками про необхідність покарання за свої гріхи.

Значення всіх індексів порівнюються з медіанними значеннями для України за 2014 рік⁴. Медіанне значення GSI для населення України становить 0,35, тоді як для опитаних ЛЖВ цільових міст значення індексу складає 0,46 – отже, серед ЛЖВ поширеність психопатологічної симптоматики є значно вищою, ніж серед загального населення навіть в кризовий для України 2014 рік. Значення всіх шкал, окрім соматизації, obsесивно-компульсивних розладів та ворожості у опитаних ЛЖВ суттєво перевищують показники за результатами опитування населення. Зокрема, перевищення зафіксовано для психотизму (0,2, тоді як норма становить 0,1), міжособистісної сензитивності (0,56 тоді як медіанний показник для населення становить 0,33), депресії (0,62, тоді як при медіанному показнику для населення 0,38), тривожності (0,4 при при медіанному показнику для населення в 0,3), фобій (0,14 при при медіанному показнику для населення 0), параноїдальних синдромів (0,5 при при медіанному показнику для населення 0,33 - див. Рисунок 2.1.1). Індокси obsесивно-компульсивних розладів та ворожості ЛЖВ відповідають індексам загального населення, тоді як індекс соматизації серед ЛЖВ нижчий, ніж серед загального населення ймовірно через те, що ЛЖВ молодші за загальне населення: серед ЛЖВ пацієнти старше 60% складають 2% (див. Додаток В), а серед населення України – 26%.

Медіанне значення GSI несуттєво відрізняється поміж містами, але є відмінності у складових GSI: так в Києві спостерігаються найнижчі значення шкал депресії і параноїдальних симптомів, в Одесі натомість найвище значення шкали параноїдальних синдромів, але найнижчі значення шкал ворожості і соматизації, а в Маріуполі найвищі значення міжособистісної сензитивності, соматизації, obsесивно-компульсивних розладів, тривожності, ворожості і найвищий симптоматичний дистрес.

⁴ Дембицкий С., Середа Ю. (2014) Симптоматический опросник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валидизация в Украине. Стаття доступна за посиланням: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/142132/03-DembitskyNEW.pdf?sequence=1>. В контексті даного дослідження цей показник взято за нормативне значення GSI

Таблиця 2.1.1. Оцінка психологічного симптоматичного статусу опитаних ЛЖВ за SCL-90-R (медіанне значення всіх індексів в інтервалі від 0 до 4)

| | м. Київ | Одеська обл. (м.Одеса) | Донецька обл. (м.Маріуполь) | ЗАГАЛОМ | Населення України* |
|---|---------|------------------------|-----------------------------|---------|--------------------|
| Депресія (DEP) | 0,54 | 0,69 | 0,69 | 0,62 | 0,38 |
| Параноїдальні синдроми (PAR) | 0,33 | 0,67 | 0,50 | 0,50 | 0,33 |
| Міжособистісна сензитивність (INT) | 0,44 | 0,44 | 0,56 | 0,56 | 0,33 |
| Соматизація (SOM) | 0,50 | 0,33 | 0,58 | 0,42 | 0,58 |
| Обсесивно-компульсивні розлади (OS) | 0,40 | 0,40 | 0,50 | 0,40 | 0,4 |
| Тривожність (ANX) | 0,40 | 0,30 | 0,60 | 0,40 | 0,3 |
| Ворожість (HOS) | 0,33 | 0,17 | 0,50 | 0,33 | 0,33 |
| Психотизм (PSY) | 0,20 | 0,20 | 0,20 | 0,20 | 0,1 |
| Фобічна тривожність (PHOB) | 0,14 | 0,14 | 0,14 | 0,14 | 0 |
| Кількість симптомів (PST) | 30,0 | 30,0 | 25,0 | 28,0 | - |
| Симптоматичний дистрес (PSDI) | 1,25 | 1,30 | 1,63 | 1,40 | - |
| Загальний індекс важкості симптомів (GSI) | 0,41 | 0,48 | 0,48 | 0,46 | 0,35 |

*Розрахунки на базі соціологічного моніторингу «Українське суспільство» за 2014 рік Інституту соціології НАН України.⁵

Загалом тільки 36,9% опитаних ЛЖВ мають значення GSI, що нижче або дорівнюють 0,35, у решти 63,1% значення GSI вище медіанного показника для населення. Найбільше пацієнтів з GSI вище медіанного показника для населення в Маріуполі - 70% - тоді як в Києві їх 56,8%, а в Одесі – 62,4%.

Найбільше пацієнтів з GSI вище 0,35 серед тих, хто інфікувався шляхом вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, - 84,5%.

2.2. Чинники, що мають найбільший вплив на розвиток та перебіг психопатологічної симптоматики у ЛЖВ, які перебувають на АРТ: ретельність дотримання режиму АРТ, шляхи інфікування, стадії захворювання та інші

Для визначення чинників, що мають найбільший вплив на виникнення психоемоційних проблем у ЛЖВ, які перебувають на АРТ, застосовано лінійний регресійний аналіз. Залежною змінною є значення індексу GSI за методикою SCL-90-R (докладний опис наведено в розділі 2.1). У

⁵ Дембицкий С., Серета Ю. (2014) Симптоматический опросник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валидизация в Украине. Стаття доступна за посиланням: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/142132/03-DembitskyNEW.pdf?sequence=1>

фінальну регресійну модель були включені лише незалежні змінні (предиктори), які показали значущий рівень впливу на залежну змінну, а саме (в порядку від найбільш до найменш значущих) (див. Таблицю 2.2.1, від'ємні значення std. B означають зворотній зв'язок):

- Незадоволення стосунками з друзями (std. B=0,194);
- Незадоволення якістю свого життя (std. B=0,179);
- Інфікування через вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом (std. B=0,143);
- Дотримання режиму прийому АРТ (за самооцінкою) (std. B= - 0,134);
- Брак можливості відпочивати та розважатися (std. B=0,127);
- Незадоволення стосунками з сім'єю (std. B=0,102);
- Відсутність партнера (std. B= - 0,069)

За результатами регресійного аналізу створена модель, що може пояснити 26,3% генеральної сукупності супутніх діагнозів (коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,263$).

| Таблиця 2.2.1. Коефіцієнти для оцінки впливу незалежних змінних на виникнення психічних розладів за результатами лінійного регресійного аналізу | | | | | |
|--|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|--------|-------|
| | Нестандартизовані коефіцієнти | | Стандартизовані коефіцієнти | t | Знач. |
| | B | Стандартна похибка | Beta | | |
| Незадоволення стосунками з друзями | .186 | .034 | .194 | 5.540 | .000 |
| Незадоволення якістю свого життя | .141 | .027 | .179 | 5.148 | .000 |
| Інфікування через вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом | .155 | .035 | .143 | 4.443 | .000 |
| Дотримання режиму прийому АРТ (за самооцінкою) | -.033 | .008 | -.134 | -4.098 | .000 |
| Брак можливості відпочивати та розважатися | .104 | .027 | .127 | 3.777 | .000 |
| Незадоволення стосунками з сім'єю | .100 | .035 | .102 | 2.890 | .004 |
| Відсутність партнера | -.058 | .027 | -.069 | -2.138 | .033 |

Отже, найбільш значущими чинниками виникнення психоемоційних проблем у ЛЖВ є незадоволення стосунками з друзями, якістю життя, належність до ЛВНІ та недотримання режиму прийому АРТ.

До регресійної моделі потрапили тільки такі аспекти якості життя, як близькі стосунки і можливість відпочивати – вони мають найбільший вплив на GSI - але незадовільний матеріальний стан також сприяє виникненню психоемоційних проблем. Так 53,9% ЛЖВ з GSI вище 0,35 змушені економити на харчуванні та/або одязі, тоді як серед ЛЖВ з GSI до 0,35 таких 36%.

Слід зазначити, що фактор дотримання режиму прийому АРТ має найбільший вплив на GSI у пацієнтів, які приймають АРТ до 1 року (std. B= - 0,262). Для пацієнтів, які приймають АРТ 1-5

років, вплив цього фактора на GSI є значно меншим ($std. B = -0,093$), а для пацієнтів, які приймають АРТ понад 5 років вплив цього фактора на GSI є статистично незначущим ($std. B = -0,03$). Вочевидь це пояснюється тим, що з часом пацієнти звикають до прийому АРТ і перестають порушувати режим.

Щодо належності до інших КГ, крім ЛВНІ, то тільки 1% опитаних зізналися у належності до СП і 7% – до ЧСЧ (можна припустити, що частина респондентів не зізналися у належності до цих груп через страх стигматизації). Коефіцієнт кореляції Пірсона між належністю до цих КГ та індексом GSI статистично незначущий, отже, підстав для підтвердження наявності зв'язку між належністю до груп СП та ЧСЧ зі ступенем важкості психічних розладів немає.

Крім того, до завдань дослідження належить перевірка залежності між психічними розладами та статусом постійних партнерів ЛЖВ. Загалом 76,9% ЛЖВ мають постійного партнера, зокрема у 35,8% ВІЛ-позитивний партнер, у 24,6% – ВІЛ-негативний, 11,3% не знають статусу партнера (решта відмовились відповідати). Серед ЛЖВ з ВІЛ-позитивним та з ВІЛ-негативним статусом партнера немає значущої різниці в GSI, також коефіцієнт кореляції Пірсона між статусом партнера та GSI статистично незначущий.

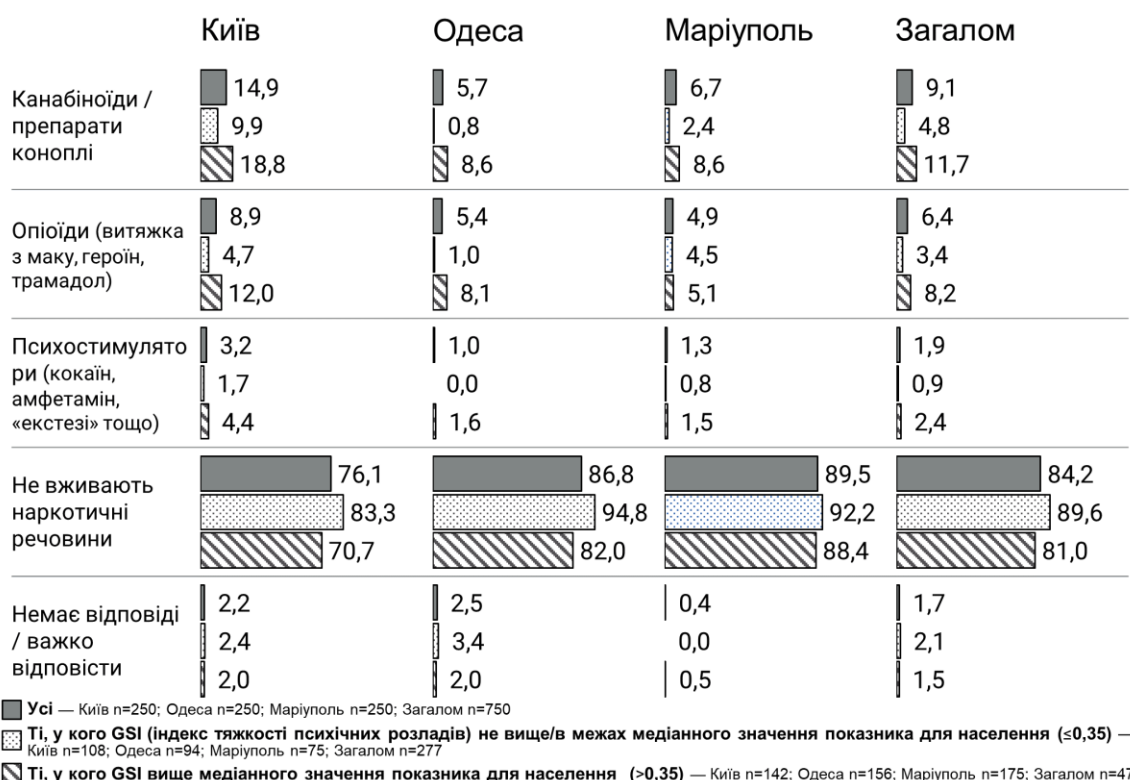
Опитані лікарі та експерти наголошували на зв'язку психічних розладів у пацієнтів від таких факторів:

- Вживання наркотичних речовин. Активні ЛВНІ або ті пацієнти, які мають досвід вживання наркотичних речовин в минулому, є однією з найбільш уразливих груп пацієнтів. Причиною виникнення психічних розладів у ЛВНІ в деяких випадках може бути залежність від психотропних речовин, які уражують центральну нервову систему та призводять до змін в поведінці - прояву гострої тривожності, занепокоєння, випадків агресивної поведінки, нестабільності настрою.
- Виявлення ВІЛ-інфекції на пізній стадії захворювання (особливо, якщо це 4 клінічна стадія ВІЛ-інфекції). У даній категорії пацієнтів спостерігається ураження кори головного мозку, наприклад, виникнення енцефалопатії, що призводить до прояву таких симптомів: проблеми з концентрацією уваги, здатністю запам'ятовувати інформацію, замкнутість, небажання спілкуватися, байдужість до життя. На жаль, кількісні дані не дають можливості з достатньою точністю виміряти вплив цього фактора, тому що 61% респондентів або не знають свою стадію ВІЛ-інфекції, або не бажають розголошувати цю інформацію. Втім, для тих, хто дав відповідь на це питання, виявлена позитивна кореляція з GSI. Крім того, лікарі зазначали, що у деяких випадках при призначенні препарату Ефавіренз цей препарат може справляти токсичну дію на центральну нервову систему. У пацієнта можуть виникати такі прояви побічної дії препарату, як: нічні марення, тривога, безсоння, сонливість, втома, суїцидальні думки та поведінка, манії, агресія, неврози.
- Наявність супутніх захворювань, зокрема, ТБ та гепатитів, лікування яких є довгим та важким процесом для пацієнтів, що часто викликає пригнічений стан та може посилювати психопатологічну симптоматику, провокувати розвиток психічних розладів. Знову ж таки кількісні дані не дають можливості з достатньою точністю виміряти вплив цього фактора, тому що не всі респонденти можуть з точністю назвати свої діагнози, а 14% взагалі відмовилися відповідати на це питання, причому пацієнти з GSI вище медіанного показника для населення відмовлялися частіше, ніж пацієнти з нижчим GSI (16% проти 10,7%), а отже можна припустити, що перші частіше приховували свої супутні захворювання. Наявність ТБ зазначили 18,2% пацієнти з GSI вище 0,35 і 5,6% пацієнтів з GSI менше 0,35, наявність гепатитів 21,6% проти 13%, відповідно.

2.3. Вплив вживання наркотичних засобів на розвиток та прояви психопатологічної симптоматики серед осіб, які живуть з ВІЛ та перебувають на АРТ

На момент опитування за останній місяць 9,1% респондентів ЛЖВ вживали канабіноїди, 6,4% – опіоїди, 1,9% – психостимулятори. ЛЖВ з GSI більше медіанного показника для населення приблизно в два рази частіше вживали канабіноїди (11,7% проти 4,8% серед тих, чий GSI в межах медіанного показника для населення), опіоїди (8,2% проти 3,4%) та психостимулятори (2,4% проти 0,9%) (див. Рисунок 2.3.1).

Рисунок 2.3.1. Вживання наркотичних речовин за останній місяць, %



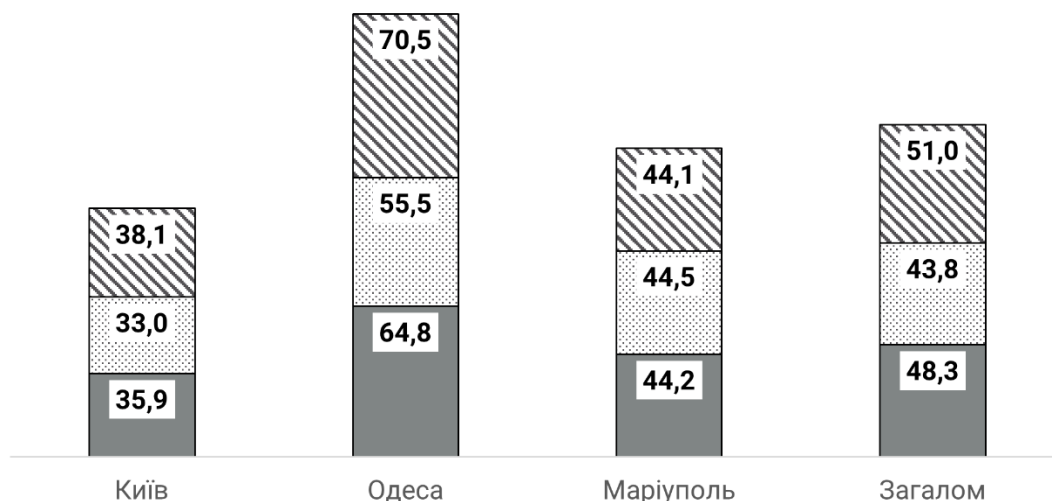
Коефіцієнт кореляції Пірсона між GSI та вживанням канабіноїдів становить 0,18, між GSI та вживанням опіоїдів – 0,13, між GSI та вживання психостимуляторів – 0,93. Всі коефіцієнти слабкі, але статистично значущі, а отже можна говорити про те, що вживання наркотичних речовин пов'язане з важкістю психічних розладів. Як було вказано вище, шлях інфікування (статевий чи шляхом ін'єкційного вживання наркотиків) є ключовим чинником виникнення психічних розладів – отже, навіть якщо респондент на момент опитування не вживав наркотичних речовин (а частина респондентів могли в цьому не зізнатися), то минулий досвід вживання наркотиків може бути пов'язаний з появою симптомів психічних розладів.

2.4. Вплив психопатологічної симптоматики у ЛЖВ на прихильність до АРТ та дотримання режиму АРТ

Дослідження включало низку індикаторів прихильності до АРТ (від забування приймання ліків до свідомого переривання АРТ при покращенні або погіршенні самопочуття (докладніше див. Додаток Б. Індикатори прихильності до АРТ). За всіма індикаторами було розраховано

загальний показник дотримання режиму АРТ. Частка пацієнтів, які хоч раз порушували режим або робили перерви у прийомі антиретровірусної терапії, складає 48,3% – найбільше таких в Одесі (64,8%), а найменше в Києві (35,9%). Серед пацієнтів з GSI вище медіанного показника для населення (докладний опис наводиться в розділі 2.1) порушників режиму прийому АРТ більше, ніж серед тих, у кого GSI в межах медіанного показника для населення: 51% проти 43,8% (див. Рисунок 2.4.1).

Рисунок 2.4.1. Дотримання режиму АРТ , хоча б одне порушення, %



■ Усі — Київ n=250; Одеса n=250; Маріуполь n=250; Загалом n=750

▨ Ті, у кого GSI (індекс тяжкості психічних розладів) не вище/в межах медіанного значення показника для населення ($\leq 0,35$) — Київ n=108; Одеса n=94; Маріуполь n=75; Загалом n=277

▩ Ті, у кого GSI вище медіанного значення показника для населення ($> 0,35$) — Київ n=142; Одеса n=156; Маріуполь n=175; Загалом n=473

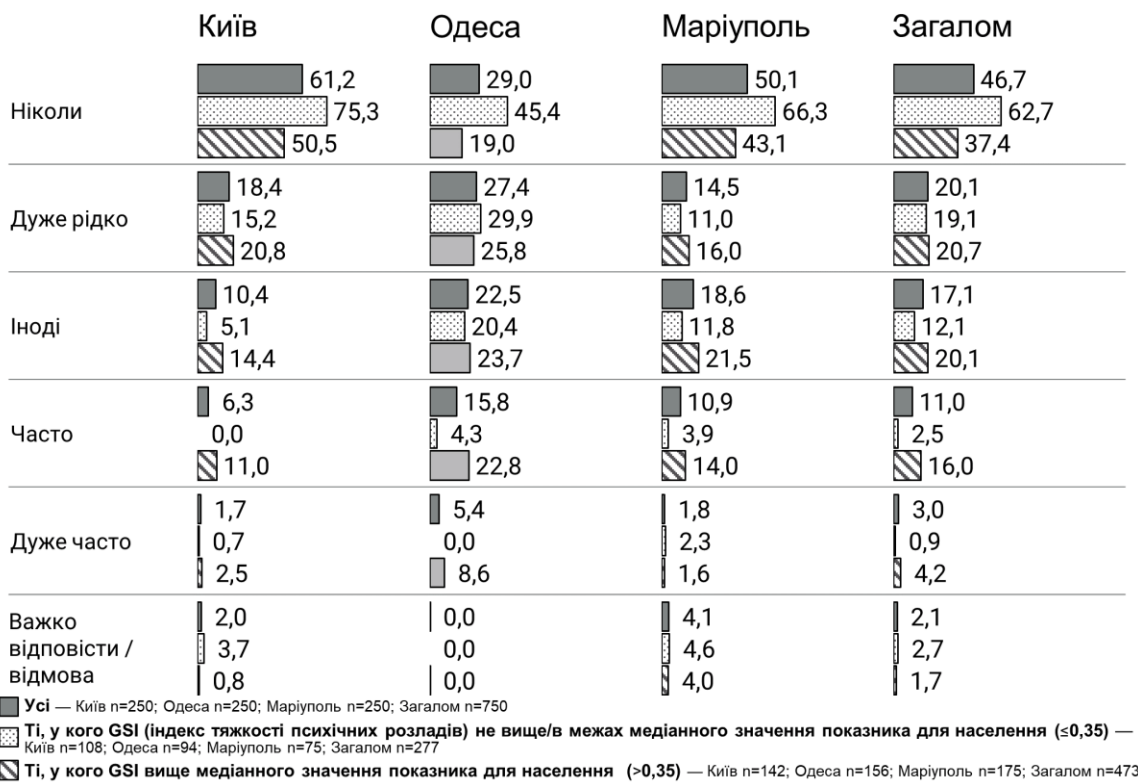
Коефіцієнт кореляції Пірсона між GSI та порушеннями режиму АРТ становить 0,90, даний показник є статистично значущим (Approx. Sig. = 0,14), але зв'язок є слабким.

Також негативний зв'язок між тривалістю прийому АРТ більше 1 року та GSI: коефіцієнт кореляції становить -0,79, даний показник є статистично значущим (Approx. Sig. = 0,031), але зв'язок є слабким.

Близько половини респондентів переживали через неефективне лікування та/або труднощі щодо дотримання режиму АРТ: серед пацієнтів з GSI більше медіанного показника для населення таких більшість, а серед пацієнтів з GSI в межах медіанного показника для населення – близько третини (див. Рисунок 2.4.2).

Загалом 13,7% респондентів припиняли приймати АРТ через погіршення самопочуття, але прикметно, що 9,1% також робили перерви в прийомі АРТ через покращення самопочуття (див. Додаток Б. Індикатори прихильності до АРТ), що доводить необхідність продовження роботи з роз'яснення необхідності безперервного прийому АРТ пацієнтам.

Рисунок 2.4.2. Розподіл відповідей на питання «Як часто ви відчували наведені стани за останні 3 місяці: переживання через неефективне лікування, труднощі щодо дотримання режиму прийому антиретровірусних препаратів і т.д.?», %



2.5. Гендерний аспект психопатологічної симптоматики психоемоційних проблем

Статистично значущих відмінностей у індексі важкості психопатологічної симптоматики GSI між чоловіками та жінками не виявлено, разом з тим у жінок значуще вищі показники міжособистісної сензитивності та тривожності (див. Рисунок 2.5.1.).

Рисунок 2.5.1. Оцінка психологічного симптоматичного статусу опитаних ЛЖВ (медіанне значення за ознакою гендеру)

| | Чоловіки | Жінки | ЗАГАЛОМ |
|---|----------|-------|---------|
| Депресія (DEP) | 0,54 | 0,69 | 0,62 |
| Міжособистісна сензитивність (INT) | 0,44 | 0,56 | 0,56 |
| Параноїдальні синдроми (PAR) | 0,50 | 0,50 | 0,50 |
| Соматизація (SOM) | 0,428 | 0,42 | 0,42 |
| Обсесивно-компульсивні розлади (O_S) | 0,40 | 0,50 | 0,40 |
| Тривожність (ANX) | 0,40 | 0,50 | 0,40 |
| Ворожість (HOS) | 0,33 | 0,33 | 0,33 |
| Психотизм (PSY) | 0,20 | 0,20 | 0,20 |
| Фобічна тривожність (PHOB) | 0,14 | 0,14 | 0,14 |
| Загальний індекс важкості симптомів (GSI) | 0,43 | 0,48 | 0,46 |

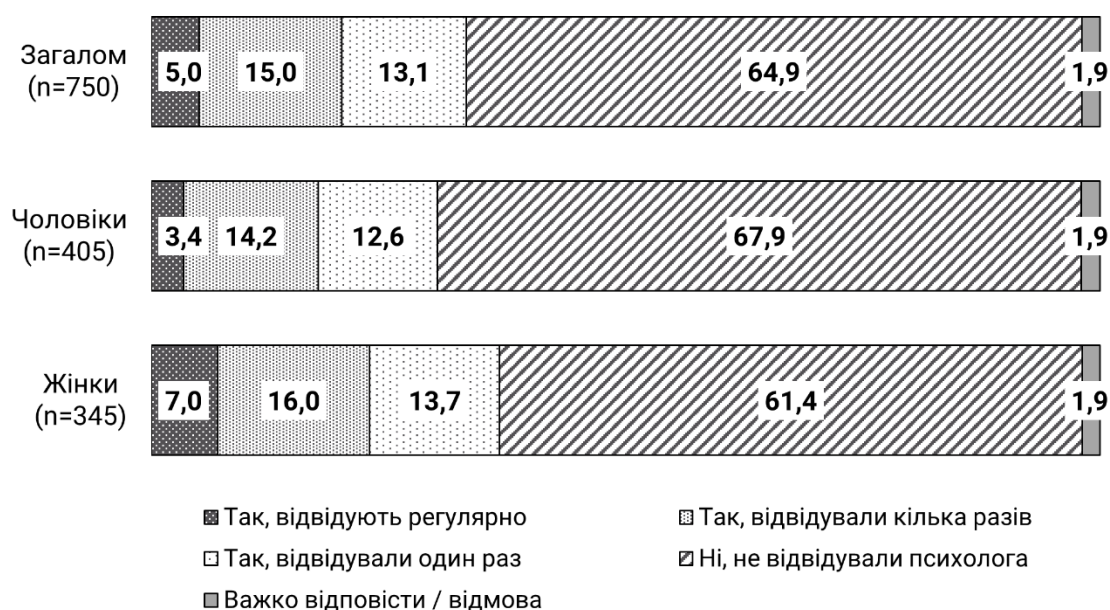
Слід зазначити, що під час глибинних інтерв'ю більшість лікарів та психологів звертала увагу, що жінки більш схильні до погіршення загального психологічного стану, особливо в період після

встановлення діагнозу. Як правило, у них частіше спостерігаються затяжні, тривалі депресії, а також тривожні розлади.

«Якщо говорити про депресію, тут найбільш частіше, [від неї страждають] жінки. У жінок виникає побоювання, що вони можуть когось інфікувати, страх того, що вони вже не можуть продовжувати своє особисте життя, страх за дітей, за родичів, занепокоєння постійне, безсоння», психолог, Київ

Жінки частіше відвідують психолога, ніж чоловіки: зокрема 7% жінок відвідують його регулярно, тоді як серед чоловіків таких 3,4% (див. Рисунок 2.5.2.).

Рисунок 2.5.2. Звернення за консультацією до психолога (розподіл за ознакою гендеру), %



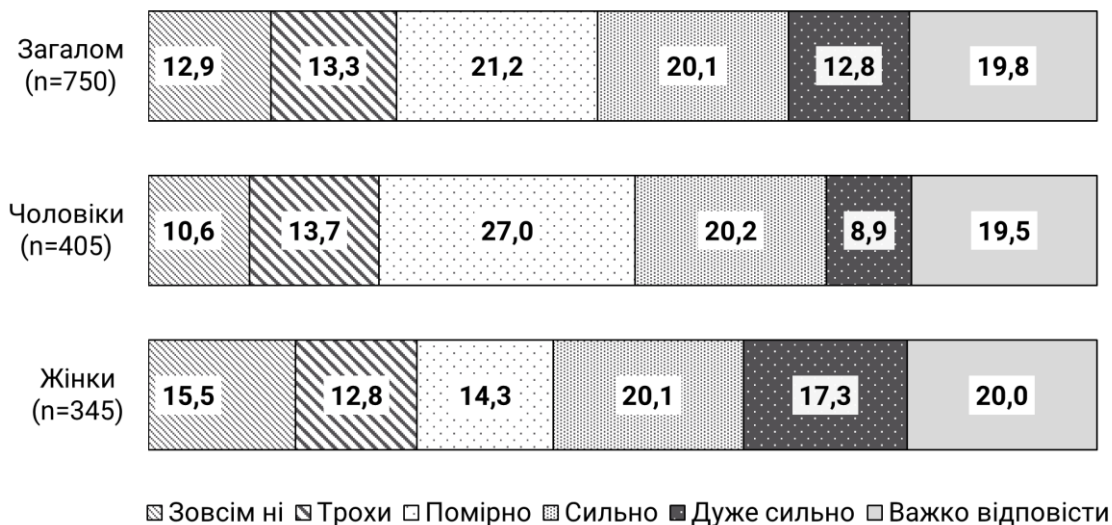
Також жінки й частіше відчувають потребу в послугах психолога в ЗОЗ: 49,9% з них зазначили таку потребу проти 39,7% чоловіків. Більша потреба в послугах психолога серед жінок часткова може бути пов'язана з вищими показниками міжособистісної сензитивності та тривожності (див. Рисунок 2.5.1).

У відвідуванні психіатра та соціального працівника немає статистично значущих відмінностей між чоловіками і жінками.

Чоловіки частіше відвідують нарколога: зокрема 4,6% чоловіків відвідують його регулярно проти 1,8% жінок. Це пов'язано з тим, що жінки рідше вживають наркотичні речовини, ніж чоловіки (21% чоловіків і 9,9% жінок вживали наркотичні речовини за останній тиждень).

Жінки частіше скаржаться, що соціальний супровід їм не допомагає у вирішенні психоемоційних проблем (15,5% проти 10,6% серед чоловіків). Разом з тим ті жінки, яким соціальний супровід допомагає, вище оцінюють цю допомогу: 17,3% жінок і 8,9% чоловіків оцінили цю допомогу як дуже сильну (див. Рисунок 2.5.3.).

Рисунок 2.5.3. Розподіл за ознакою гендеру відповідей на питання «Наскільки соціальний супровід допомагає / допомагав Вам у вирішенні психоемоційних проблем?», %



2.6. Залежність між проявом психопатологічної симптоматики та наданням соціального супроводу, зверненнями до нарколога та психіатра

Загалом 33,2% ЛЖВ звертались до психолога. Найбільша частка в Одесі – 40,6%, найменша в Маріуполі – 20,5%. Статистично значущої різниці між респондентами з GSI (детальний опис наводиться в розділі 2.1) більше та менше медіанного показника для населення не виявлено – тобто респонденти з психічними розладами звертаються до психолога не частіше, ніж респонденти без розладів, що може свідчити про невисоку довіру до психологів, та бажання уникнути стигматизації та загалом низьку культуру охорони психічного здоров'я (див. Рисунок 2.6.1).

9,9% пацієнтів звертались до психіатра, що може свідчити про переадресацію ЛЖВ з психічними розладами. Найменше тих, хто звертався до психіатра, в Одесі (3%), але разом з тим 9,8% відмовились відповісти на запитання, що може пояснюватись стигматизацією факту звернення до психіатра. Найчастіше до психіатра зверталися пацієнти у Києві – 15,4%. 12,1% пацієнтів з GSI вище медіанного показника для населення звертались до психіатра, тоді як серед пацієнтів з GSI в межах медіанного показника для населення таких 6,2% (див. Рисунок 2.6.2).

11,2% звертались до нарколога, найбільше таких у Києві (15,6%), що пояснюється тим, що в Києві є найбільше споживачів наркотичних речовин (див. Рисунок 2.6.3). ЛЖВ з GSI вище медіанного показника для населення частіше звертались до нарколога, ніж ЛЖВ з GSI в межах медіанного показника для населення. Це також можна пояснити тим, що серед них більше споживачів наркотичних речовин (дані про споживачів наркотичних речовин наведено в розділі 2.3).

На даний момент 36,3% ЛЖВ користуються допомогою соціального працівника, або психолога, або психіатра (щонайменше одного з цих трьох спеціалістів). Найбільше таких в Одесі (70%), найменше – в Маріуполі (10,7%). Серед пацієнтів з GSI вище медіанного показника для

населення 39% користуються послугами хоча б одного з трьох вищезазначених спеціалістів, а серед пацієнтів з GSI в межах медіанного показника для населення – 31,7% (див. Рисунок 2.6.4).

Рисунок 2.6.1. Звернення за консультацією до психолога, %

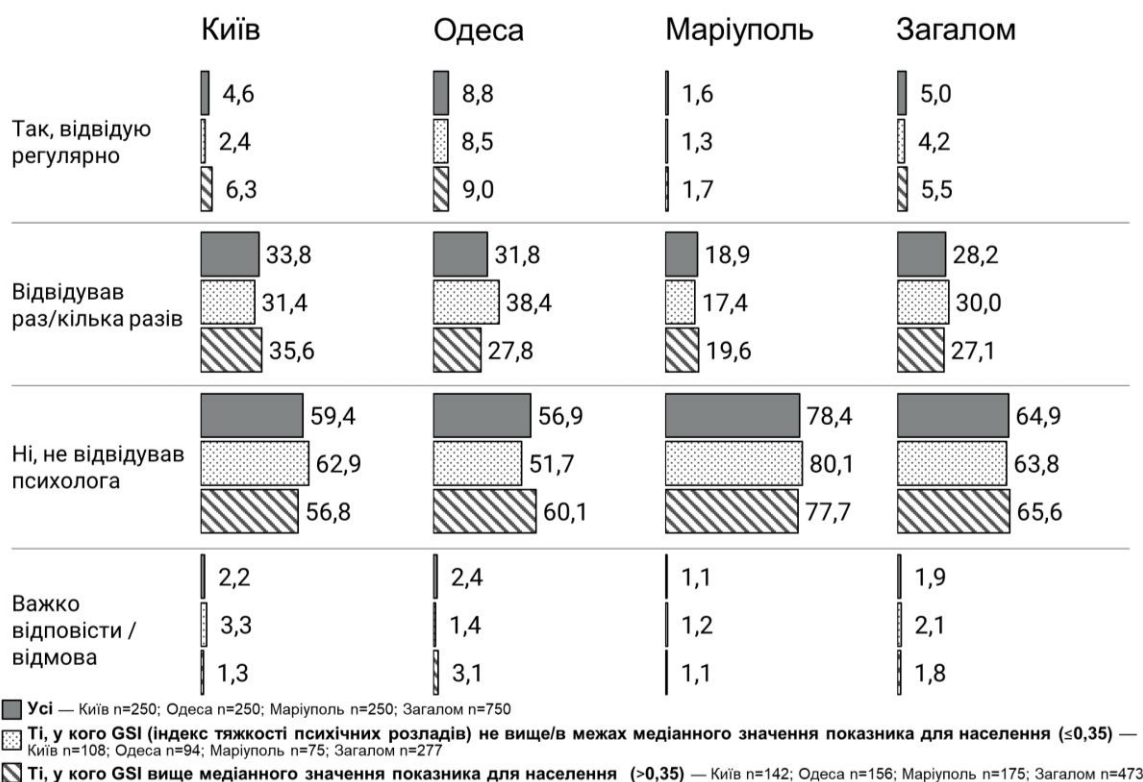


Рисунок 2.6.2. Звернення за консультацією до психіатра, %

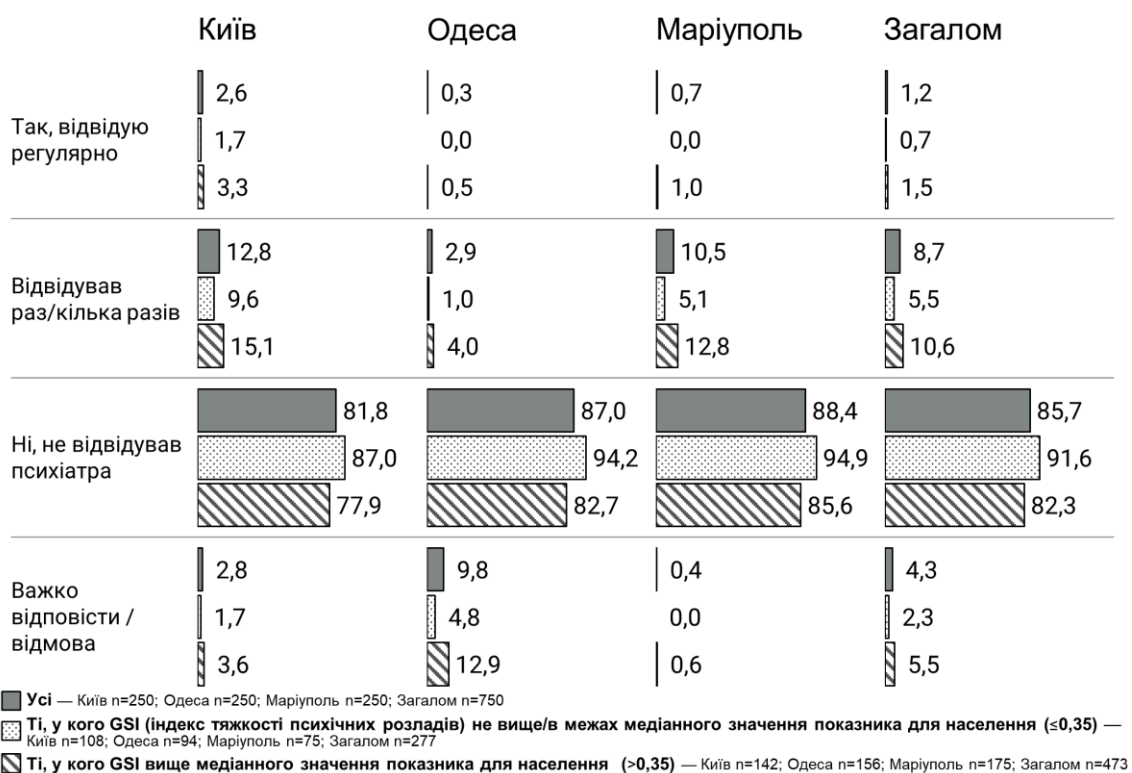


Рисунок 2.6.3. Звернення за консультацією до нарколога, %

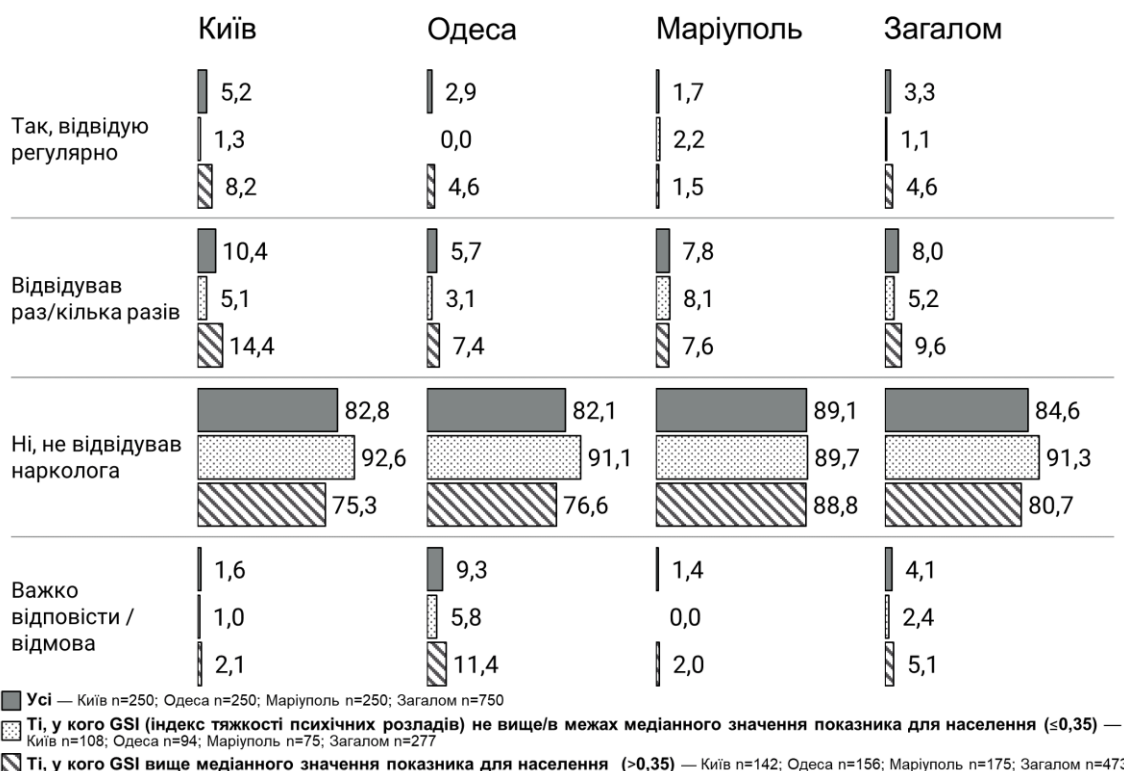
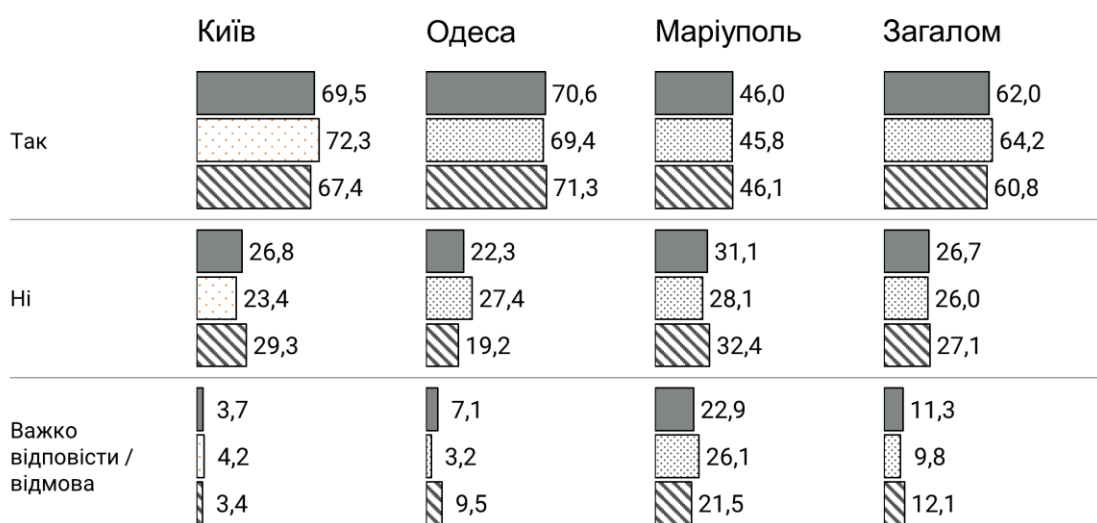


Рисунок 2.6.4. Користування допомогою соціального працівника, психолога та/чи психіатра на момент опитування, %



62% пацієнтів вважають наявну допомогу з боку ЗОЗ достатньою для вирішення психоемоційних проблем (ймовірно через те, що більшість пацієнтів не усвідомлює в повній мірі, який комплекс послуг ЗОЗ є необхідним для контролю та покращення психоемоційного стану – див. Рисунок 2.6.6.). 26,7% – вважають наявну допомогу з боку ЗОЗ для вирішення психоемоційних проблем недостатньою. Останніх найбільше в Маріуполі (31,1%). Також для 11,3% пацієнтів було важко відповісти на запитання або вони відмовилися відповідати взагалі. Статистично значущої різниці між пацієнтами з GSI вище медіанного показника для населення і в межах медіанного показника для населення у частці негативних оцінок достатності наявної допомоги не виявлено, водночас, серед перших більше людей не змогли відповісти на це питання (див. Рисунок 2.6.5).

Рисунок 2.6.5. Розподіл відповідей на питання «Чи вважаєте ви достатньою наявну допомогу людям з ВІЛ-інфекцією з боку медичних закладів щодо вирішення психоемоційних проблем та дотримання режиму АРТ?», %



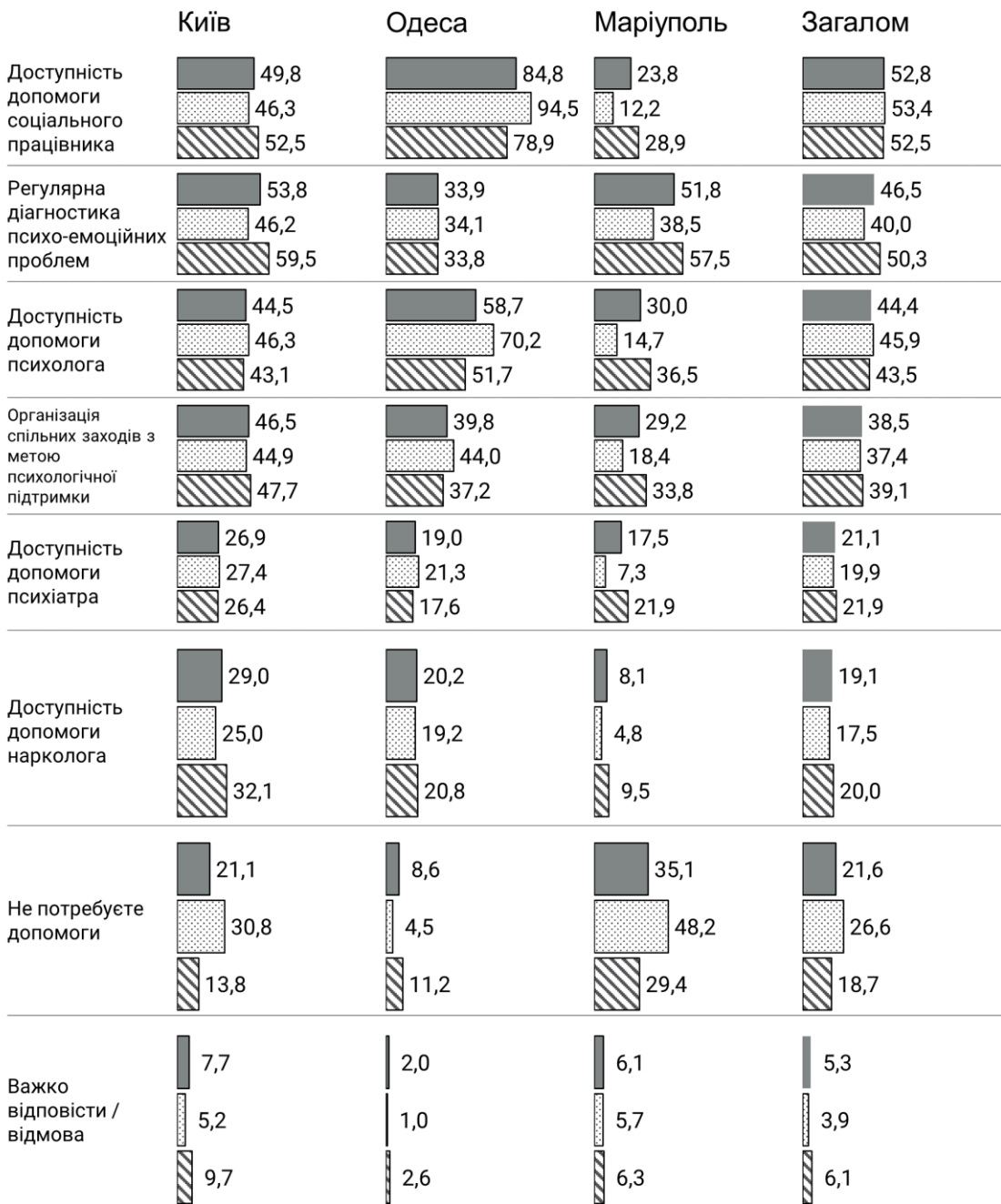
■ Усі — Київ n=250; Одеса n=250; Маріуполь n=250; Загалом n=750

▨ Ті, у кого GSI (індекс тяжкості психічних розладів) не вище/в межах медіанного значення показника для населення ($\leq 0,35$) — Київ n=108; Одеса n=94; Маріуполь n=75; Загалом n=277

▨ Ті, у кого GSI вище медіанного значення показника для населення ($>0,35$) — Київ n=142; Одеса n=156; Маріуполь n=175; Загалом n=473

Закономірно, що пацієнти з GSI вище медіанного показника для населення частіше потребують психологічної допомоги, ніж пацієнти з GSI в межах медіанного показника для населення, зокрема 50,3% з них потребують регулярної діагностики психоемоційних проблем, тоді як серед пацієнтів з GSI в межах медіанного показника для населення таких 40%. Водночас близько половини пацієнтів з GSI вище медіанного показника для населення не потребують цієї діагностики, послуг психолога та/або соціального працівника, що може свідчити як про недостатнє усвідомлення потреби у цих послугах або страх стигматизації, так і про незадоволення ними (серед тих, хто пробував ними користуватись) (див. Рисунок 2.6.6).

Рисунок 2.6.6. Розподіл відповідей на питання «Які з перерахованих варіантів психологічної допомоги ви хотіли б бачити у медичних закладах?», %



■ Усі — Київ n=250; Одеса n=250; Маріуполь n=250; Загалом n=750
 ■ Ті, у кого GSI (індекс тяжкості психічних розладів) не вище/в межах медіанного значення показника для населення ($\leq 0,35$) — Київ n=108; Одеса n=94; Маріуполь n=75; Загалом n=277
 ■ Ті, у кого GSI вище медіанного значення показника для населення ($>0,35$) — Київ n=142; Одеса n=156; Маріуполь n=175; Загалом n=473

Більшість пацієнтів, що потребують послуг психолога та/або соціального працівника, оцінюють ці послуги як достатні, і водночас більшість вважає недостатніми або відсутніми такі послуги, як регулярна діагностика психоемоційних проблем, консультації психіатра, нарколога, організація спільних заходів з метою психологічної підтримки. Найбільше пацієнтів, яким бракує різних послуг, у Маріуполі (див. Додаток А. Оцінка послуг ЗОЗ та НУО серед тих, хто потребує відповідних послуг).

48,6% вважають допомогу громадських організацій у вирішенні психоемоційних проблем достатньою, тоді як 30,9% вважають її недостатньою – останніх найбільше в Маріуполі (37,5%). Пацієнти з GSI вище медіанного показника для населення частіше вважають недостатнім даний вид допомоги з боку НУО, ніж пацієнти, у яких GSI в межах медіанного показника для населення (див. Рисунок 2.6.7).

Рисунок 2.6.7. Розподіл відповідей на питання «Чи вважаєте ви достатньою наявну допомогу щодо вирішення психоемоційних проблем та дотримання режиму АРТ з боку громадських організацій, що надають допомогу ЛЖВ?», %

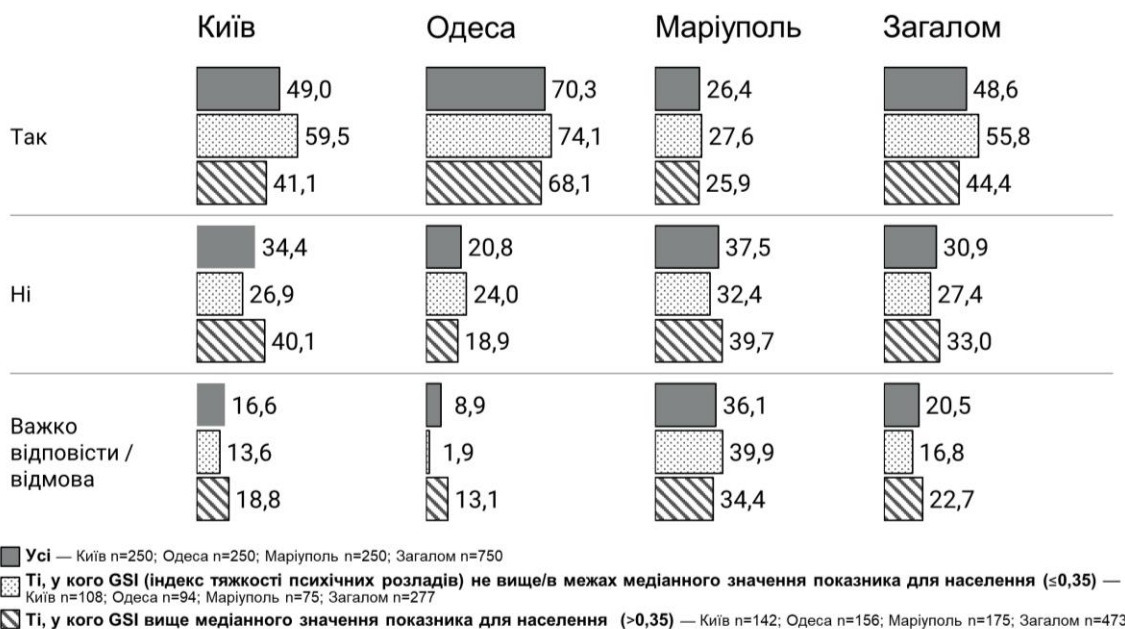
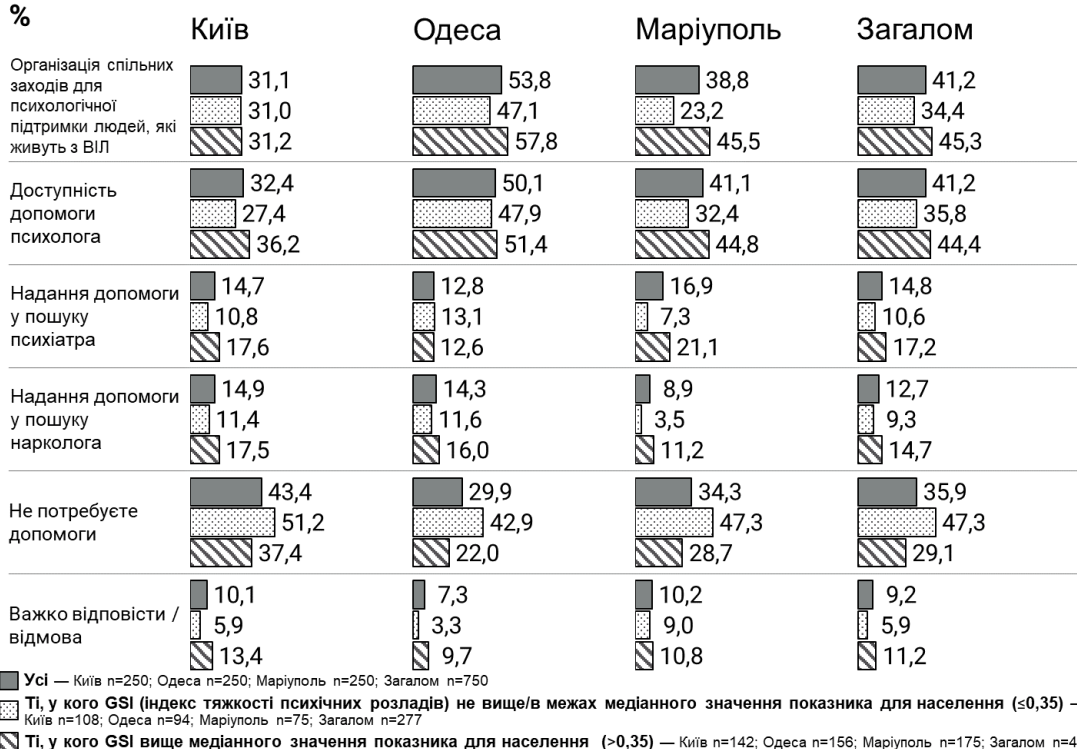


Рисунок 2.6.8. Розподіл відповідей на питання «Яка допомога вам необхідна з боку громадських організацій, що надають допомогу ЛЖВ?», %

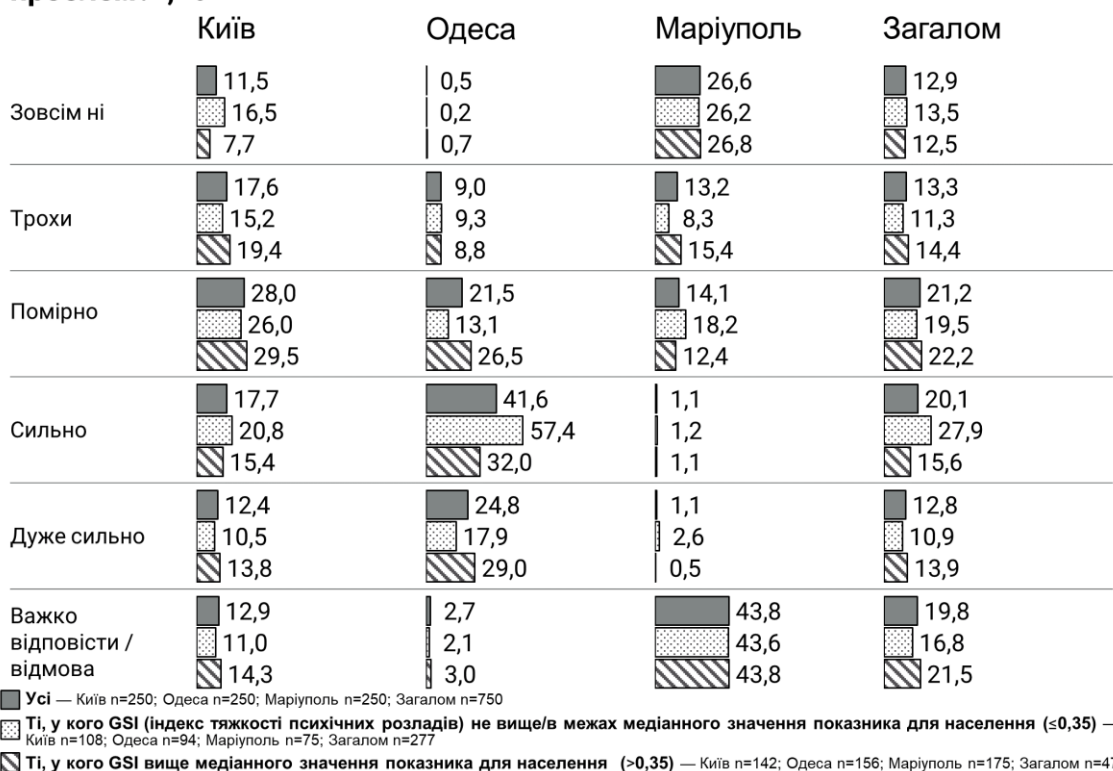


Пацієнти з GSI вище медіанного показника для населення частіше зазначають потребу в різних послугах НУО (див. Рисунок 2.6.8).

Половина пацієнтів, що потребують послуг психолога НУО, оцінюють ці послуги як достатні, і водночас більшість вважає недостатніми або відсутніми такі послуги, як допомога в організації консультації психіатра, нарколога, організація спільних заходів з метою психологічної підтримки. Найбільше пацієнтів, яким бракує різних послуг, у Маріуполі (див. Додаток . Оцінка послуг ЗОЗ та НУО серед тих, хто потребує відповідних послуг), хоча в Маріуполі рівень психічних розладів серед ЛЖВ статистично не відрізнявся від інших міст (рис.2.1.1).

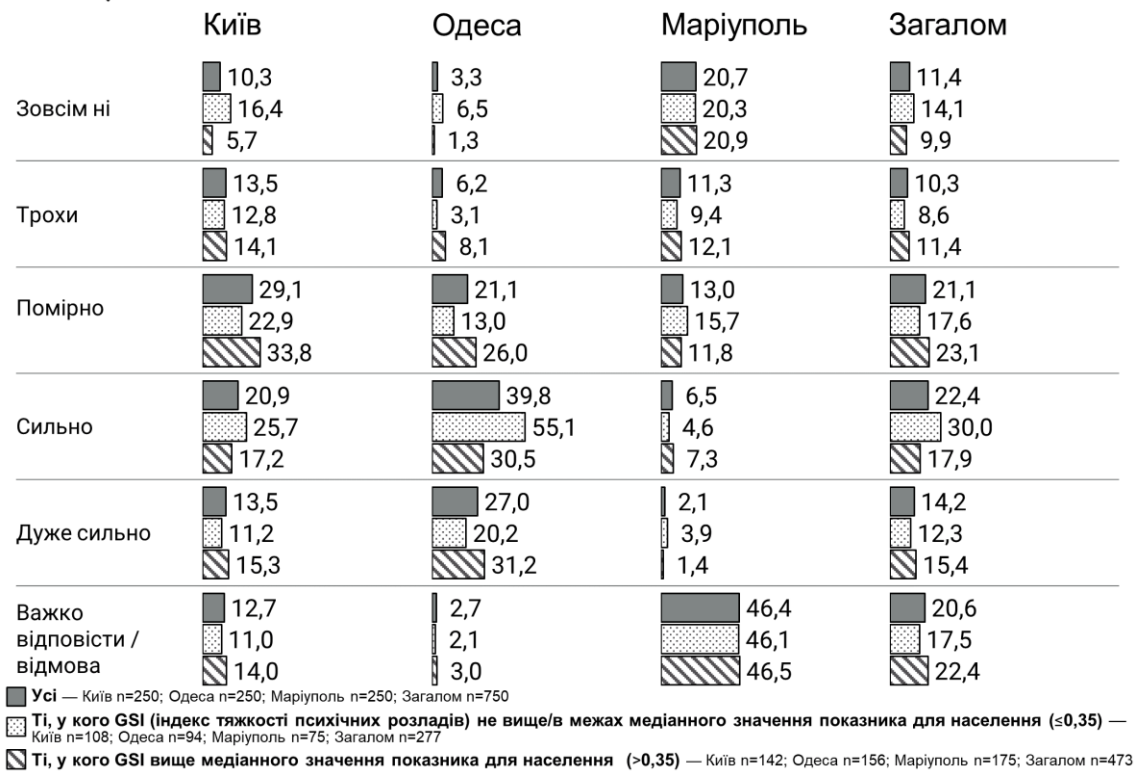
67,4% пацієнтів зазначили, що супровід допомагає їм у вирішенні психоемоційних проблем, а 12,9% – що не допомагає, останніх найбільше в Маріуполі. Пацієнти з GSI в межах медіанного показника для населення частіше засвідчують допомогу соціального супроводу, ніж пацієнти з GSI вище медіанного показника для населення: 69,6% відповідей «трохи», «помірно», «сильно», «дуже сильно» проти 65,9% (див. Рисунок 2.6.9).

Рисунок 2.6.9. Розподіл відповідей на питання «Наскільки соціальний супровід допомагає/ допомагав вам у вирішенні психоемоційних проблем?», %



Також 68% пацієнтів зазначають, що соціальний супровід допомагав їм адаптуватися до дотримання режиму АРТ, а 11,4% свідчать про відсутність такої допомоги, останніх знову ж таки найбільше в Маріуполі (20,7%). Пацієнти з GSI в межах медіанного показника для населення частіше засвідчують допомогу соціального супроводу, ніж пацієнти з GSI вище медіанного показника для населення (див. Рисунок 2.6.10).

Рисунок 2.6.10. Розподіл відповідей на питання «Наскільки соціальний супровід допомагає/ допомагав вам у адаптації до дотримання режиму АРТ?», %



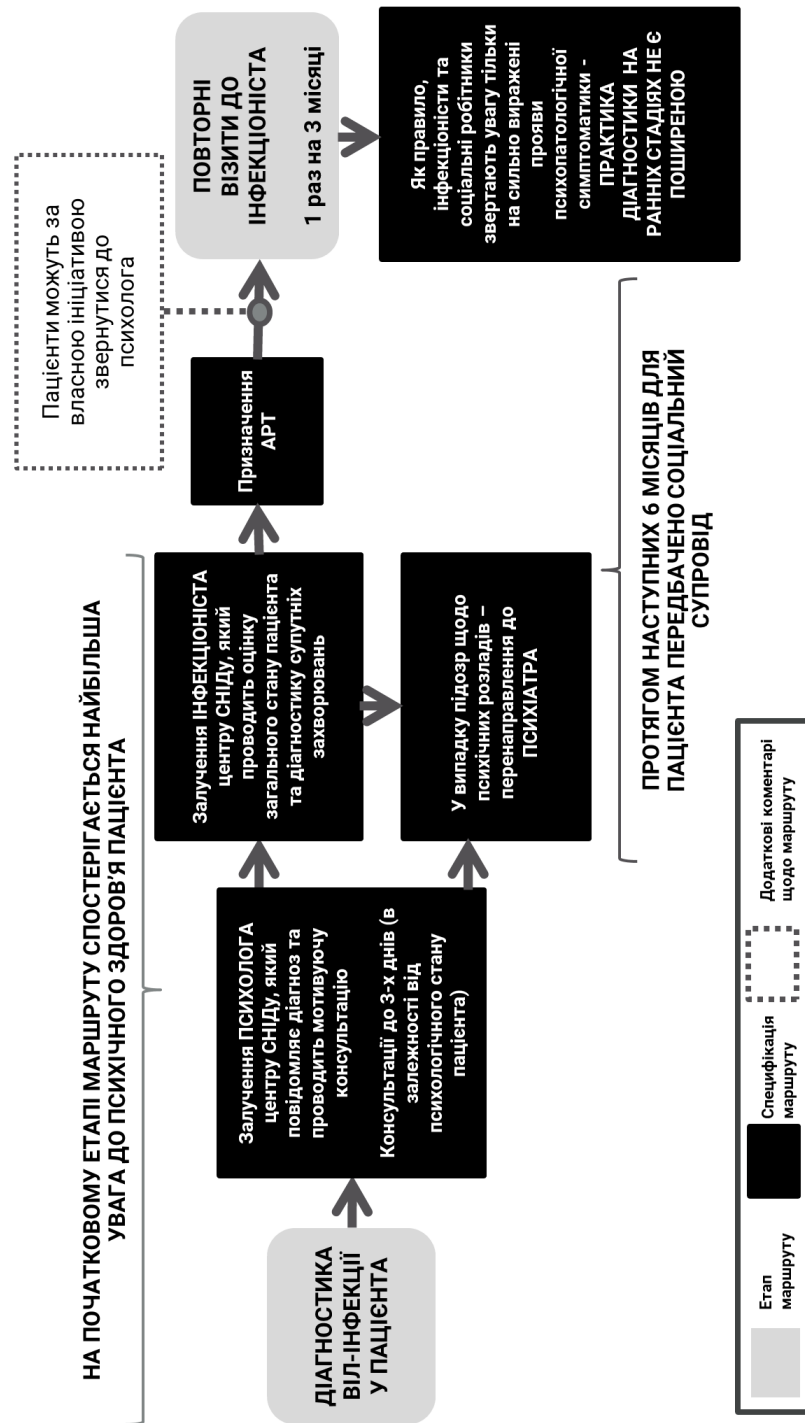
2.7. Методи ранньої діагностики розладів психіки та поведінки

Слід зазначити, що найбільша увага на психоемоційному стані пацієнта з ВІЛ приділяється на початковому етапі – при діагностуванні захворювання. Пацієнт після отримання позитивного результату тестування на ВІЛ потрапляє до психолога, який озвучує діагноз та проводить мотивуючу консультацію (що в залежності від психоемоційного стану пацієнта може займати до трьох днів), а також оцінює психоемоційний стан хворого. Після досягнення сприйняття пацієнтом свого діагнозу та необхідності подальшого лікування, він направляється до лікаря-інфекціоніста, який проводить оцінку загального стану пацієнта, призначає додаткову діагностику супутніх захворювань. Протягом наступних 6 місяців для пацієнта передбачено соціальний супровід.

В подальшому основну роль у виявленні психоемоційних проблем пацієнта з ВІЛ відіграє лікар-інфекціоніст, до якого звертається пацієнт в середньому раз в 3 місяці для оцінки загального стану здоров'я та отримання препаратів. Послуги соціального працівника при цьому не передбачені (див. Рисунок 2.7.1).

За результатами опитування практика ранньої діагностики психопатологічної симптоматики пацієнтів з ВІЛ, які приймають АРТ, не є поширеною. Найчастіше згадані захворювання виявляють на стадії, коли у пацієнтів вже спостерігаються стійкі або виражені емоційні, когнітивні та поведінкові прояви, характерні для психічних захворювань.

Рисунок 2.7.1. Маршрут діагностики психопатологічної симптоматики у пацієнта з ВІЛ



За словами лікарів-інфекціоністів, вони в своїй практиці дотримуються такого поточного механізму діагностики психічних захворювань та виявлення психоемоційних проблем у пацієнтів з ВІЛ, які приймають АРТ, що передбачає такі заходи:

- Під час прийому інфекціоніст звертає увагу на прояв таких симптомів у пацієнта:
 - ✓ Наявність незвичайних поведінкових та емоційних проявів, які пов'язані з реакцією хворого на свій позитивний ВІЛ-статус або які можуть виникати при втомі від лікування: пригніченість, байдужість, закритість або, навпаки, дратливість, агресія. Або пацієнт сам зазначає такі скарги: порушення сну та/або апетиту, безпорадність, самостигматизація, суїцидальні наміри.

- ✓ Прояв психічних розладів, які виникають внаслідок ураження головного мозку (ВІЛ-асоційовані психічні розлади): проблеми з пам'яттю, порушення уваги, процесу мислення, наявність галюцинацій. Родичі супроводжують пацієнта до медичного закладу через несприйняття ним інформації.
- Звернути увагу на зміни в поведінці пацієнта та повідомити про це інфекціоніста або порадити пацієнту відвідати психолога можуть і соціальні працівники та волонтери, які мають досвід спілкування з пацієнтами з психічними розладами та психоемоційними проблемами.

Наявність у пацієнта хоч однієї зі згаданих проблем є підставою для перенаправлення до психолога центру СНІДу, який використовує такі методики для визначення стану хворого:

- **Первинне інтерв'ю для збору анамнезу:** бесіда з пацієнтом, під час якої оцінюється загальний психічний стан пацієнта, визначається зона його занепокоєння (прийняття свого ВІЛ-статусу, ситуація в сім'ї, наявність роботи тощо), виявляється наявність досвіду вживання наркотичних речовин тощо.

«Психолог повинен провести оцінку адекватності поведінки пацієнта, його пам'яті, його емоційну реакцію, наявність когнітивних розладів», психолог, Київ

- **Використання шкали тривожності та депресії** (наприклад, госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), тесту Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), опитувальника депресії (PHQ-9). Ці методики є ефективними для ранньої діагностики, однак мають свої недоліки: велика кількість запитань може становити проблему для деяких пацієнтів (наприклад, під час загострення психоемоційних проблем, у кризовому стані; або у випадку ЛВНІ, для яких характерна нестабільна, непосидюча поведінка).

«Рання діагностика можлива тільки при психологічному контакті з хворим. Потрібен лікар-психолог або психолог, який проведе діагностику – задасть 150 питань: так/ні. Але саме завдяки цій методиці може щось проявитися: депресивний фон, маячня, особистісні порушення у пацієнта. Все це реально побачити», психіатр, Одеса

- Додатково може використовуватися **колірний тест Люшера**, за словами опитаних психологів

«Мені подобається використовувати тест Люшера, він дозволяє визначити психоемоційний стан пацієнта тут і зараз», психолог Маріуполь.

- При ознаках прояву психічних розладів, які виникають внаслідок ураження головного мозку призначається КТ.

У випадку наявності у пацієнта психоемоційних розладів психолог проводить консультацію. Якщо психолог має підозру щодо наявності психічних розладів або спостерігає стан, який складно коригується (депресія, агресія, суїцидальні думки та/або наміри, фобії, деменція, наявність результатів КТ, які показують ураження мозку) та може потребувати вживання антидепресантів або інших препаратів (антипсихотики, транквілізатори (наприклад, бензодіазепіни), тощо) пацієнта перенаправляють до психіатра, який призначає терапію. Якщо пацієнт вживає наркотичні речовини, його перенаправляють до нарколога.

Випадки звернення пацієнта до психолога за власною ініціативою є менш розповсюдженими. Як правило, рішення порекомендувати пацієнту відвідати психолога та, при необхідності, перенаправити його до психіатра чи нарколога приймає лікар-інфекціоніст, який спостерігає хворого. Найчастіше причинами самозвернення за консультацією можуть бути: необхідність повідомити свій статус партнеру, а також для пацієнтів з великим стажем прийому АРТ – втома від лікування.

2.8. Способи утримання пацієнтів з ВІЛ, які мають психопатологічну симптоматику на АРТ, рекомендовані профільними спеціалістами

За даними глибинних інтерв'ю з лікарями та психологами, проблема зниження прихильності до АРТ через наявність психічних розладів є актуальною через те, що у пацієнтів з психічними розладами знижуються когнітивні функції (виникають проблеми з пам'яттю, порушення уваги і процесу мислення, галюцинації), для них характерне порушення сприйняття інформації, нерозуміння необхідності дотримання режиму.

За словами опитаних лікарів-інфекціоністів, у разі прояву у пацієнта тривожності або, депресії, прихильність до прийому АРТ знижується через самостигматизацію, особисті проблеми та фобії превалюють над турботою за своє здоров'я (*«людина просто не хоче жити, їй нічого не потрібно»*). Як наслідок, виникає небажання продовжувати лікування або недотримання режиму (пропуски у лікуванні – невчасний прийом із запізненням в декілька годин або днів).

Для пацієнтів, які вживають наркотичні речовини, характерне нестабільне дотримання режиму прийому АРТ – періоди дисциплінованого лікування змінюються періодами переривання АРТ на невизначений період (як правило, під час активного споживання наркотичних речовин).

«Тому, що людина з психічними розладами не може адекватно сприймати певну інформацію, вона не розуміє важливість прийому препарату, вона не сфокусована на проблемі, вона не уважна, вона забудькувата, вона емоційна», психолог, Київ

На думку опитаних лікарів-інфекціоністів, для утримання пацієнтів з психічними розладами та психоемоційними проблемами на АРТ використовуються та вважаються найбільш ефективними такі способи:

- Якщо пацієнт перебуває на лікуванні у стаціонарі (в центрі СНІДу або в психоневрологічному диспансері), з ним проводяться роз'яснювальні, мотивуючі бесіди; за дотриманням режиму прийому слідкують медичні сестри, які вчасно надають препарати АРТ.
- Якщо пацієнт лікується амбулаторно, з ним проводяться роз'яснювальні бесіди щодо необхідності прийому АРТ та дотримання режиму лікування. Також залучають соціальних працівників та, при можливості, родичів, які додатково мотивують пацієнта. Для таких пацієнтів ефективною є аргументація можливості продовжувати звичне життя, можливість мати сім'ю, здорових дітей тощо. За словами лікарів, особливо дієвим є наведення реальних прикладів пацієнтів, які дотримуються лікування та успішно реалізовані в інших сферах життя, знайомство з ними.
- Для пацієнтів у стані загострення психічних розладів та розладів поведінки (гострі психози/ гостра депресія, суїцидальні думки та/або наміри) використовуються медикаментозні способи утримання – призначення психіатром антидепресантів, антипсихотиків, транквілізаторів (наприклад, бензодіазепінів), які покликані покращити стан пацієнта та, як наслідок, утримувати на АРТ. На думку опитаних лікарів, регулярний прийом антидепресантів, антипсихотиків, бензодіазепіну у більшості випадків не справляє негативного впливу на ефективність АРТ, натомість сприяючи прихильності до АРТ (*«регулярний прийом антидепресантів сприяє регулярному прийому АРТ»*). Спостереження лікарів підтверджуються даними опитування: серед тих, хто дотримується режиму прийому АРТ, 19,1% приймали антидепресанти проти 10% серед тих, хто не дотримується режиму прийому АРТ.
- Забезпечення соціального супроводу для даної категорії пацієнтів: соціальні працівники проводять профілактичні бесіди, нагадують про необхідність прийому АРТ, додатково мотивують не переривати лікування.
- Консультації у форматі «рівний-рівному», демонстрація прикладів позитивного результату дотримання терапії серед людей, які належать до тієї ж соціальної групи, що і пацієнт.

- При можливості, залучення родичів пацієнта до контролю за прийомом АРТ та дотриманням режиму, відстеження випадків погіршення психічного стану пацієнта та проведення ранньої діагностики (*«родичі можуть зателефонувати інфекціоністу та повідомити, що поведінка пацієнта змінилася»*).
- Телефонні дзвінки пацієнтам з проявами психічних розладів або розладів поведінки з ініціативи інфекціоніста: для контролю стану хворого, нагадування про необхідність прийому АРТ.
- Для пацієнтів у кризовому стані, а також пацієнтів, схильних до регулярного загострення психічних розладів та емоційної нестабільності – переправлення під нагляд до психіатра.

За суб'єктивною оцінкою опитаних респондентів (інфекціоністів, психологів, психіатрів), саме роз'яснювальні, мотивуючі бесіди з пацієнтом кожним спеціалістом, задіяним у лікуванні (інфекціоністом, соціальним працівником, психологом та психіатром) є найбільш ефективними для утримання хворого на АРТ.

«Людина не повинна бути як зомбі, людина повинна себе реалізувати і розуміти, що відбувається, навіть. Тоді ми досягнемо хорошого ефекту високої прихильності до прийому АРТ терапії», інфекціоніст, Київ

За словами опитаних спеціалістів, для забезпечення подальшої прихильності до АРТ необхідна регулярна робота з пацієнтами з психічними розладами та психоемоційними проблемами: важливо забезпечити неперервну комунікацію з цими хворими, що дозволить як здійснювати ранню діагностику психічних розладів та виявлення психоемоційних проблем, так і формувати прихильність до терапії.

2.9. Оцінка відповідності допомоги особам, які живуть з ВІЛ та перебувають на АРТ і мають розлади психіки та поведінки Клінічному протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків №551 та шляхи його оптимізації

Опитування лікарів та пацієнтів показало, що всі дії, передбачені чинним на момент проведення дослідження Клінічним протоколом антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженим наказом МОЗ України від 12.07.2010 №551 щодо пацієнтів з ВІЛ, які мають прояви психоемоційної нестабільності, виконуються повною мірою. А саме:

- Збір скарг пацієнтів щодо їх психоемоційної неврівноваженості та депресивного стану під час кожного візиту хворого до центру СНІДу на прийом до інфекціоніста;
- Сприяння соціально-психологічній адаптації пацієнта: надання консультації психолога та допомоги соціального працівника (за даними опитування пацієнтів, 36,3% станом на момент опитування користувались послугами психолога, або соціального працівника, або психіатра (хоча б одного з трьох спеціалістів));
- Перенаправлення до психіатра пацієнтів з підозрою на психічні розлади (за даними опитування пацієнтів, 9,9% хоча б один раз відвідували психіатра, зокрема, 1,2% відвідують його регулярно);
- Перенаправлення пацієнтів, які мають досвід вживання наркотичних речовин, на консультації до нарколога (за даними опитування пацієнтів, 11,2% хоча б один раз відвідували нарколога, зокрема, 3,3% відвідують його регулярно. Серед ЛВНІ 52,4% хоча б раз відвідували нарколога);
- При призначенні АРТ враховуються можливі побічні дії психологічного характеру для пацієнтів з ризиком прояву психічних розладів та психоемоційних проблем.

Однак, на думку опитаних лікарів-інфекціоністів та експертів національного рівня, виконання даних заходів не забезпечує достатнє охоплення пацієнтів, які потребують допомоги психіатра або психолога.

За словами опитаних спеціалістів, психологи у своїй діяльності не використовують клінічні протоколи, а спираються на кодекс психолога, та, як наслідок, не поінформовані про особливості протоколів щодо антиретровірусної терапії та/ або лікування психічних розладів.

Лікування психічних розладів є зоною відповідальності психіатрів, які користуються своїми спеціалізованими протоколами (наприклад, Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: депресія; наказ МОЗ України від 25.12.2014 № 1003). Слід зазначити, що протоколи, призначені для психіатрів, не містять специфічну інформацію щодо лікування пацієнтів з ВІЛ, окремі підходи відсутні.

Рекомендовані опитаними лікарями шляхи оптимізації протоколу на даний час вже включені в новий Клінічний протокол із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції, затверджений МОЗ України від 05.06.2019 №1292:

- Впровадження обов'язкового скринінгу психічного здоров'я для всіх пацієнтів з ВІЛ. Наразі такі скринінги проводять психологи, але не для всіх пацієнтів;
- Обов'язкове оцінювання та, в разі необхідності, лікування депресії для всіх пацієнтів з ВІЛ, що може сприяти підвищенню прихильності до АРТ;
- Включення інформації про взаємодію та сумісність препаратів для лікування психічних розладів та АРТ (до нового протоколу включена інформація про сумісність антипсихотиків (флуфеназин, пімозид) з препаратами АРТ).

2.10. Рекомендації профільних спеціалістів щодо оптимізації ранньої діагностики, зниження важкості прояву психопатологічної симптоматики у пацієнтів з ВІЛ та зменшення їхнього впливу на прихильність до лікування

Опитані спеціалісти озвучили такі рекомендації:

- **Проведення регулярного моніторингу психічного стану пацієнтів з ВІЛ**, який має включати тестування на наявність психічних розладів та психоемоційних проблем у пацієнта як при взятті під нагляд до центру СНІДу, так і при здійсненні подальшого медичного контролю. Це дозволить простежити стан пацієнта в динаміці, а також дасть розуміння, чи психічні розлади та психоемоційні проблеми є побічною реакцією на прийом терапії, чи вони були наявні у пацієнта до прийому АРТ.
- За результатами скринінгу або при перших підозрах інфекціоніста, соціального працівника чи психолога щодо наявності психічних розладів, розладів поведінки та психоемоційних проблем у пацієнтів – **переадресація до психіатрів або лікарів-психологів (що мають медичну освіту)**, тобто спеціалістів, які мають досвід роботи з людьми з психічними розладами та з ВІЛ, можуть ставити діагноз та призначати медикаментозне лікування. Опитані спеціалісти рекомендують введення штатної позиції у центрі СНІДу або укладання домовленості зі спеціалістом щодо регулярного прийому у центрі СНІДу (бажано 2 рази на тиждень). Психіатри або психологи/ лікарі-психологи можуть, у разі виникнення у пацієнта кризового стану (підвищена тривожність, депресивний стан, агресія), **оперативно призначати медикаментозне лікування психопатологічної симптоматики**.

«Люди з психічними розладами повинні, як мінімум, бути проконсультовані у психіатра. І далі це вже прерогатива психіатра – призначати лікування і його лікувати. А ми можемо тільки надавати психологічну допомогу на рівні нашого центру СНІДу і підтримувати, формувати прихильність до лікування», інфекціоніст, Маріуполь

- **Впровадження практики групових консультацій під керівництвом психолога, лікаря-психолога або психіатра для зменшення агресії, переживань, тривожності.** Такі групи повинні включати пацієнтів з подібними психічними розладами, розладами поведінки та психоемоційними проблемами або тих, що належать до одних і тих самих соціальних груп (КГ, люди літнього віку, тощо). Також як ефективний метод для покращення стану пацієнта відзначалося проведення групового дозвілля для пацієнтів (організація якого можлива, наприклад, при співпраці з НУО). Дана практика дозволить зменшити навантаження на лікарів, а також, завдяки груповій динаміці, дозволить ефективно вирішувати проблеми групи (завдяки, обговоренню актуальних питань, обміну інформацією, досвідом тощо)

«Це можуть бути групові заняття з людьми, які схильні до того чи іншого психологічного порушення, наприклад, депресії», психолог, Київ

- **Мотивування пацієнтів до відвідування психолога, впровадження запису на прийом для уникнення черг та можливості зустрічі із знайомими.**

«Пацієнт повинен мати таку можливість, якщо йому треба, проговорити про існуючі страхи, про свій стан. Людина повинна знати, що це тут є постійно така можливість. Але його запит повинен виконуватися без афішування. Він може лікарю про це не сказати, він може оточенню про це не сказати, щось змінилося, напевно, сумнівається в чомусь», психолог, Київ

- **Налагодження більш тісної співпраці між інфекціоністами центрів СНІДу та психіатрами** (рекомендація була зазначена як інфекціоністами, так і психіатрами). Це дозволить проводити з пацієнтом мотивуючу бесіду та здійснювати контроль за прийомом АРТ лікарями обох спеціалізацій, що вважається більш ефективним. Це може відбуватися шляхом проведення спільних заходів, тренінгів, а також шляхом введення штатної позиції у центрі СНІДу або домовленості зі спеціалістом щодо регулярного прийому у центрі СНІДу (бажано 2 рази на тиждень).

«Потрібен комплексний підхід – лікарі (інфекціоніст та психіатр) повинні працювати в парі», психіатр, Одеса

- **Надання соціального супроводу пацієнтам з ВІЛ, які проходять лікування у стаціонарі психоневрологічних диспансерів.** Соціальні працівники зможуть доставляти препарати АРТ та здійснювати додаткову консультацію (у разі можливості її проведення з пацієнтом).
- **Надання можливості пацієнтам пройти тестування на наявність психопатологічної симптоматики онлайн на сайтах, присвячених ВІЛ (анонімно).** Це дозволить пацієнту віддалено пройти тестування та отримати контакти спеціалізованих центрів, НГО, спеціалістів, до яких можна звернутися за допомогою.

«Пацієнти часто проводять час в соціальних мережах, тощо. Достатньо було б запускати програми: «Якщо хочеш - перевір себе та дай свої дані». У нас на цих сайтах, які присвячені ВІЛ, якщо б були такі програми, то було б легко діагностувати, їм не потрібно було б приходити до центру СНІДу, а волонтери могли б конкретно звернутися до людини, запросити його на консультацію», психіатр, Одеса

ДОДАТОК А. Оцінка послуг ЗОЗ та НУО серед тих, хто потребує відповідних послуг

1. Оцінка послуг ЗОЗ

База недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденцій

| Таблиця А.1.1. Регулярна діагностика психоемоційних проблем (серед тих, кому потрібна така допомога) | | | | | | | | |
|--|------------|-------------|------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|------------|-------------|
| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м.Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Допомога надається в достатньому обсязі та якості | 46 | 34.1% | 52 | 61.5% | 46 | 35.6% | 144 | 41.3% |
| Допомога надається в недостатньому обсязі та якості | 48 | 35.4% | 25 | 29.3% | 40 | 30.8% | 112 | 32.2% |
| Допомога не надається взагалі | 29 | 21.7% | 4 | 4.5% | 33 | 25.8% | 66 | 19.0% |
| Важко відповісти/ відмова | 12 | 8.8% | 4 | 4.7% | 10 | 7.8% | 26 | 7.4% |
| ЗАГАЛОМ | 134 | 100% | 85 | 100% | 129 | 100% | 349 | 100% |

| Таблиця А.1.2. Доступність допомоги соціального працівника (серед тих, кому потрібна така допомога) | | | | | | | | |
|---|------------|-------------|------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|------------|-------------|
| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м.Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Допомога надається в достатньому обсязі та якості | 58 | 46.4% | 194 | 91.3% | 26 | 43.1% | 277 | 70.0% |
| Допомога надається в недостатньому обсязі та якості | 48 | 38.2% | 14 | 6.7% | 18 | 30.0% | 80 | 20.1% |
| Допомога не надається взагалі | 13 | 10.7% | 3 | 1.4% | 12 | 20.7% | 29 | 7.2% |
| Важко відповісти/ відмова | 6 | 4.7% | 1 | 0.5% | 4 | 6.2% | 11 | 2.7% |
| ЗАГАЛОМ | 125 | 100% | 212 | 100% | 60 | 100% | 396 | 100% |

Таблиця А.1.3. Доступність допомоги психолога (серед тих, кому потрібна така допомога)

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|---|------------|-------------|------------------------|-------------|------------------------------|-------------|------------|-------------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Допомога надається в достатньому обсязі та якості | 37 | 33.4% | 128 | 87.6% | 31 | 41.6% | 197 | 59.2% |
| Допомога надається в недостатньому обсязі та якості | 37 | 33.0% | 15 | 10.4% | 20 | 26.5% | 72 | 21.6% |
| Допомога не надається взагалі | 26 | 23.3% | 2 | 1.2% | 13 | 17.3% | 41 | 12.2% |
| Важко відповісти/ відмова | 11 | 10.2% | 1 | 0.8% | 11 | 14.6% | 23 | 7.0% |
| ЗАГАЛОМ | 111 | 100% | 147 | 100% | 75 | 100% | 333 | 100% |

Таблиця А.1.4. Доступність допомоги психіатра (серед тих, кому потрібна така допомога)

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|---|-----------|-------------|------------------------|-------------|------------------------------|-------------|------------|-------------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Допомога надається в достатньому обсязі та якості | 16 | 23.4% | 19 | 40.4% | 18 | 41.0% | 53 | 33.4% |
| Допомога надається в недостатньому обсязі та якості | 17 | 25.7% | 23 | 47.3% | 7 | 16.7% | 47 | 29.7% |
| Допомога не надається взагалі | 23 | 34.4% | 4 | 7.7% | 15 | 33.7% | 41 | 26.2% |
| Важко відповісти/ відмова | 11 | 16.6% | 2 | 4.6% | 4 | 8.6% | 17 | 10.8% |
| ЗАГАЛОМ | 67 | 100% | 48 | 100% | 44 | 100% | 159 | 100% |

Таблиця А.1.5. Доступність допомоги нарколога (серед тих, кому потрібна така допомога)

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|---|-----------|-------------|------------------------|-------------|------------------------------|-------------|------------|-------------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Допомога надається в достатньому обсязі та якості | 20 | 27.3% | 16 | 30.8% | 9 | 44.1% | 44 | 30.9% |
| Допомога надається в недостатньому обсязі та якості | 20 | 27.7% | 25 | 50.3% | 1 | 4.9% | 47 | 32.5% |
| Допомога не надається взагалі | 16 | 22.2% | 6 | 12.4% | 7 | 33.6% | 29 | 20.3% |
| Важко відповісти/ відмова | 17 | 22.8% | 3 | 6.5% | 4 | 17.4% | 23 | 16.3% |
| ЗАГАЛОМ | 72 | 100% | 51 | 100% | 20 | 100% | 143 | 100% |

Таблиця А.1.6. Організація спільних заходів з метою психологічної підтримки людей, які живуть з ВІЛ (серед тих, кому потрібна така допомога)

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|---|------------|-------------|------------------------|-------------|------------------------------|-------------|------------|-------------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Допомога надається в достатньому обсязі та якості | 26 | 22.1% | 47 | 47.1% | 13 | 17.7% | 85 | 29.6% |
| Допомога надається в недостатньому обсязі та якості | 32 | 27.8% | 47 | 46.9% | 14 | 18.9% | 93 | 32.2% |
| Допомога не надається взагалі | 38 | 33.1% | 5 | 4.8% | 34 | 47.1% | 78 | 26.9% |
| Важко відповісти/ відмова | 20 | 17.0% | 1 | 1.1% | 12 | 16.3% | 33 | 11.3% |
| ЗАГАЛОМ | 116 | 100% | 100 | 100% | 73 | 100% | 289 | 100% |

2. Оцінка послуг НУО

База недостатня для аналізу, аналіз можливий на рівні тенденцій

Таблиця А.2.1. Доступність допомоги психолога (серед тих, кому потрібна така допомога)

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|---|-----------|-------------|------------------------|-------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Допомога надається в достатньому обсязі та якості | 20 | 24.6% | 107 | 85.2% | 30 | 29.6% | 20 | 24.6% |
| Допомога надається в недостатньому обсязі та якості | 34 | 42.4% | 18 | 14.8% | 31 | 30.2% | 34 | 42.4% |
| Допомога не надається взагалі | 21 | 25.4% | 0 | 0.0% | 29 | 28.7% | 21 | 25.4% |
| Важко відповісти/ відмова | 6 | 7.5% | 0 | 0.0% | 12 | 11.5% | 6 | 7.5% |
| ЗАГАЛОМ | 81 | 100% | 125 | 100% | 103 | 100% | 81 | 100% |

Таблиця А.2.2. Доступність допомоги у пошуку психіатра (серед тих, кому потрібна така допомога)

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|---|-----------|-------------|------------------------|-------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Допомога надається в достатньому обсязі та якості | 9 | 25.9% | 21 | 66.5% | 12 | 27.7% | 9 | 25.9% |
| Допомога надається в недостатньому обсязі та якості | 9 | 24.7% | 11 | 33.5% | 9 | 22.4% | 9 | 24.7% |
| Допомога не надається взагалі | 11 | 31.2% | 0 | 0.0% | 15 | 35.1% | 11 | 31.2% |
| Важко відповісти/ відмова | 7 | 18.2% | 0 | 0.0% | 6 | 14.7% | 7 | 18.2% |
| ЗАГАЛОМ | 37 | 100% | 32 | 100% | 42 | 100% | 37 | 100% |

Таблиця А.2.3. Доступність допомоги у пошуку нарколога (серед тих, кому потрібна така допомога)

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|---|-----------|------------|---------------------------|-------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Допомога надається в достатньому обсязі та якості | 8 | 22.5% | 13 | 35.6% | 5 | 24.2% | 8 | 22.5% |
| Допомога надається в недостатньому обсязі та якості | 10 | 27.4% | 17 | 46.4% | 3 | 13.4% | 10 | 27.4% |
| Допомога не надається взагалі | 13 | 35.2% | 6 | 18.0% | 10 | 46.6% | 13 | 35.2% |
| Важко відповісти/ відмова | 6 | 14.9% | 0 | 0.0% | 4 | 15.9% | 6 | 14.9% |
| ЗАГАЛОМ | 37 | 100 | 36 | 100% | 22 | 100% | 37 | 100% |

Таблиця А.2.4. Організація спільних заходів з метою психологічної підтримки людей, які живуть з ВІЛ (серед тих, кому потрібна така допомога)

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|---|-----------|-------------|---------------------------|-------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Допомога надається в достатньому обсязі та якості | 12 | 15.7% | 68 | 50.6% | 11 | 11.4% | 12 | 16.0% |
| Допомога надається в недостатньому обсязі та якості | 29 | 37.9% | 54 | 40.3% | 17 | 17.5% | 29 | 38.0% |
| Допомога не надається взагалі | 26 | 33.5% | 12 | 9.1% | 59 | 61.0% | 26 | 33.5% |
| Важко відповісти/ відмова | 10 | 12.7% | 0 | 0.0% | 10 | 10.1% | 10 | 12.7% |
| ЗАГАЛОМ | 78 | 100% | 134 | 100% | 97 | 100% | 78 | 100% |

ДОДАТОК Б. Індикатори прихильності до АРТ

Таблиця Б.1. Дотримання режиму прийому АРТ (за самооцінкою)

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|------------------|-----------|----------|---------------------------|----------|---------------------------------|----------|-----------|----------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Так | 163 | 65.0% | 111 | 44.3% | 163 | 65.3% | 436 | 58.2% |
| Ні | 85 | 34.1% | 139 | 55.7% | 83 | 33.1% | 307 | 41.0% |
| Важко відповісти | 2 | 0.9% | 0 | 0.0% | 4 | 1.7% | 6 | 0.9% |
| ЗАГАЛОМ | 250 | 100% | 250 | 100% | 250 | 100% | 750 | 100% |

Таблиця Б.2. У разі покращення самопочуття, чи припиняєте ви приймати ліки? (за самооцінкою)

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|------------------|-----------|----------|---------------------------|----------|------------------------------|----------|-----------|----------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Так | 11 | 4.6% | 17 | 6.7% | 40 | 16.0% | 68 | 9.1% |
| Ні | 236 | 94.3% | 232 | 92.8% | 204 | 81.5% | 671 | 89.5% |
| Важко відповісти | 3 | 1.2% | 1 | 0.5% | 6 | 2.4% | 10 | 1.4% |
| ЗАГАЛОМ | 250 | 100% | 250 | 100% | 250 | 100% | 750 | 100% |

Таблиця Б.3. Чи були випадки, коли ви забували прийняти ліки або приймали їх із запізненням на 4 і більше годин за останні чотири дні? (за самооцінкою)

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|------------------|-----------|----------|---------------------------|----------|------------------------------|----------|-----------|----------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Так | 16 | 6.5% | 70 | 28.0% | 21 | 8.5% | 107 | 14.3% |
| Ні | 234 | 93.5% | 180 | 71.9% | 202 | 80.6% | 615 | 82.0% |
| Важко відповісти | 0 | 0.0% | 0 | 0.1% | 27 | 10.9% | 28 | 3.7% |
| ЗАГАЛОМ | 250 | 100% | 250 | 100% | 250 | 100% | 750 | 100% |

Таблиця Б.4. Чи бували випадки, коли, приймаючи ліки, Ви почували себе гірше і переставали приймати ліки? (за самооцінкою)

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|------------------|-----------|----------|---------------------------|----------|------------------------------|----------|-----------|----------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Так | 8 | 3.4% | 45 | 17.9% | 49 | 19.7% | 103 | 13.7% |
| Ні | 239 | 95.8% | 205 | 82.0% | 184 | 73.5 % | 628 | 83.8% |
| Важко відповісти | 2 | 0.9% | 0 | 0.1% | 17 | 6.7% | 19 | 2.6% |
| ЗАГАЛОМ | 250 | 100% | 250 | 100% | 250 | 100% | 750 | 100% |

ДОДАТОК В. Соціально-демографічні характеристики

| Таблиця В.1. Стать опитаних пацієнтів | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------|----------|------------------------|----------|-----------------------------|----------|-----------|----------|
| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м.Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Чоловіки | 152 | 60.7% | 128 | 51.3% | 125 | 50.1% | 405 | 54.0% |
| Жінки | 98 | 39.3% | 122 | 48.7% | 125 | 49.9% | 345 | 46.0% |
| ЗАГАЛОМ | 250 | 100% | 250 | 100% | 250 | 100% | 750 | 100% |

| Таблиця В.2. Вік опитаних пацієнтів | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|----------|------------------------|----------|-----------------------------|----------|-----------|----------|
| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м.Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| 18-24 років | 13 | 5.3% | 6 | 2.4% | 12 | 4.8% | 31 | 4.2% |
| 25-49 років | 217 | 86.9% | 189 | 75.6% | 186 | 74.4% | 592 | 79.0% |
| 50-60 років | 17 | 6.8% | 45 | 17.9% | 50 | 20.0% | 112 | 14.9% |
| Понад 60 років | 3 | 1.0% | 10 | 4.1% | 2 | 0.7% | 15 | 2.0% |
| ЗАГАЛОМ | 250 | 100% | 250 | 100% | 250 | 100% | 750 | 100% |

| Таблиця В.3. Вік та стаж прийому АРТ | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|----------|---------------------|----------|-----------|----------|------------|----------|------------|----------|-----------------|----------|
| Вік | Менше 6 місяців | | Від 6 до 12 місяців | | 1-5 років | | 6-10 років | | 6-10 років | | Більше 10 років | |
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| До 18 років | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 18-24 років | 4 | 4.0% | 7 | 5.9% | 18 | 4.8% | 1 | 1.1% | 1 | 1.1% | 0 | 0.0% |
| 25-49 років | 80 | 74.5% | 96 | 77.6% | 315 | 81.4% | 86 | 81.3% | 86 | 81.3% | 15 | 58.2% |
| 50-60 років | 22 | 20.3% | 14 | 11.5% | 46 | 12.0% | 19 | 17.7% | 19 | 17.7% | 11 | 41.8% |
| Понад 60 років | 1 | 1.2% | 6 | 5.0% | 7 | 1.9% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| ЗАГАЛОМ | 108 | 100% | 123 | 100% | 387 | 100% | 106 | 100% | 106 | 100% | 26 | 100% |

Таблиця В.4. Ймовірний шлях інфікування

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|---|------------|-------------|---------------------------|-------------|------------------------------|-------------|------------|-------------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Статевий | 99 | 39.8% | 153 | 61.6% | 132 | 53.0% | 385 | 51.6% |
| Внаслідок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом | 61 | 24.2% | 26 | 10.5% | 24 | 9.4% | 110 | 14.7% |
| Внаслідок переливання препаратів або компонентів крові | 9 | 3.6% | 3 | 1.3% | 7 | 2.8% | 20 | 2.6% |
| Внаслідок трансплантації донорських органів, тканин тощо | 0 | 0.0% | 6 | 2.3% | 2 | 0.7% | 8 | 1.0% |
| Внаслідок інших медичних маніпуляцій | 8 | 3.3% | 10 | 4.1% | 16 | 6.3% | 34 | 4.5% |
| Внаслідок професійного інфікування | 2 | 0.9% | 2 | 0.9% | 0 | 0.0% | 4 | 0.6% |
| Внаслідок інших немедичних втручань | 2 | 0.9% | 1 | 0.3% | 4 | 1.7% | 7 | 0.98% |
| Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини | 1 | 0.3% | 0 | 0.1% | 0 | 0.0% | 1 | 0.2% |
| Шлях інфікування не встановлений | 41 | 16.2% | 20 | 8.1% | 23 | 9.0% | 83 | 11.1% |
| Важко відповісти/ відмова | 27 | 10.7% | 28 | 11.1% | 43 | 17.0% | 97 | 12.9% |
| ЗАГАЛОМ | 250 | 100% | 250 | 100% | 250 | 100% | 750 | 100% |

Таблиця В.5. Наявність постійного статевого партнера

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|--|------------|-------------|---------------------------|-------------|------------------------------|-------------|------------|-------------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| Так, чоловіка або дружину | 90 | 35.9% | 113 | 45.2% | 74 | 29.7% | 277 | 36.9% |
| Так, ми офіційно неодружені, але живемо разом | 55 | 21.8% | 50 | 20.0% | 52 | 21.0% | 157 | 20.9% |
| Так, але ми не живемо разом | 31 | 12.3% | 32 | 12.6% | 29 | 11.5% | 91 | 12.1% |
| Час від часу зустрічаюся з різними партнерами, постійного не маю | 28 | 11.3% | 10 | 3.8% | 14 | 5.7% | 52 | 6.9% |
| Не маю статевих партнерів 12 місяців і більше | 47 | 18.6% | 46 | 18.4% | 78 | 31.4% | 171 | 22.8% |
| Важко відповісти/ відмова | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 2 | 0.8% | 2 | 0.3% |
| ЗАГАЛОМ | 250 | 100% | 250 | 100% | 250 | 100% | 750 | 100% |

Таблиця В.6. ВІЛ-статус постійного статевого партнера

| | м.Київ | | Одеська обл. (м.Одеса) | | Донецька обл. (м. Маріуполь) | | ЗАГАЛОМ | |
|--|------------|-------------|---------------------------|-------------|------------------------------|-------------|------------|-------------|
| | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток | Кількість | Відсоток |
| ВІЛ-позитивний статус і отримує АРТ | 81 | 46.0% | 92 | 44.0% | 57 | 37.0% | 229 | 42.6% |
| ВІЛ-позитивний статус і не отримує АРТ | 0 | 0.0% | 15 | 7.2% | 19 | 12.3% | 33 | 6.1% |
| ВІЛ-позитивний статус проте не знаю чи отримує АРТ | 0 | 0.0% | 3 | 1.4% | 3 | 1.9% | 6 | 1.1% |
| ВІЛ-негативний статус | 81 | 46.0% | 62 | 29.7% | 42 | 27.3% | 185 | 34.4% |
| Не знаю який в нього/неї ВІЛ-статус | 14 | 8.0% | 37 | 17.7% | 33 | 21.4% | 85 | 15.8% |
| ЗАГАЛОМ | 176 | 100% | 209 | 100% | 154 | 100% | 538 | 100% |