

# ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ

## «ОЦІНКА ВПЛИВУ ЕПІДЕМІЇ COVID-19 НА ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ЖІНОК В УКРАЇНІ»



## **ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ОПИТУВАННЯ**

# **ОЦІНКА ВПЛИВУ ЕПІДЕМІЇ COVID-19 НА ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ЖІНОК В УКРАЇНІ**

**Київ – 2021**

Звіт за результатами опитування «Оцінка впливу епідемії COVID-19 на якість медичних послуг для ВІЛ-позитивних жінок в Україні». Київ, 2021 – 56с.

**Авторський колектив:**

**Антоняк Сергій**, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», науковий співробітник відділу вірусних гепатитів та СНІДу

**Брагінська Олена**, Представництво Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, керівник програм з питань ВІЛ/СНІДу

**Марциновська Віолета**, ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», головний фахівець з координації програм діагностики та лікування ВІЛ; ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», старший науковий співробітник

**Клімова Ганна**, Всеукраїнська благодійна організація «Час Життя плюс», фахівець

**Стрижак Олена**, Благодійна організація «Позитивні жінки», голова правління

**Тарасова Тетяна**, Представництво Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, консультант

**Подяки:**

Автори висловлюють щирю вдячність інтерв'юерам та респондентам в реалізації опитування: представницям Благодійної організації «Позитивні жінки» із 18 регіонів України, усім ВІЛ-позитивним жінкам, які висловили бажання, знайшли час та взяли участь у опитуванні.

Автори висловлюють подяку Куватову Миколі та Тихоненко Ользі (ВБО «Час Життя плюс») за участь в організації та підготовці звіту.

*Дослідження проведене за фінансової підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ).  
Зміст матеріалів є виключно відповідальністю авторів і  
не обов'язково відображає офіційну позицію ЮНІСЕФ.*

## ЗМІСТ

1. ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ:.....	5
2. АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ТА СУЧАСНІ ВИКЛИКИ .....	6
3. МЕТА ОПИТУВАННЯ: .....	8
4. ЗАВДАННЯ:.....	8
5. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ОПИТУВАННЯ .....	9
ЦІЛЬОВА ГРУПА ОПИТУВАННЯ.....	9
ВИБІРКОВА СУКУПНІСТЬ .....	9
КРИТЕРІЇ ВКЛЮЧЕННЯ ДО ОПИТУВАННЯ:.....	9
КРИТЕРІЇ ВИКЛЮЧЕННЯ: .....	9
СТРУКТУРА АНКЕТИ ДЛЯ ОПИТУВАННЯ:.....	9
6. ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОПИТУВАННЯ.....	10
7. АНАЛІЗ ТА ОБМЕЖЕННЯ ОПИТУВАННЯ .....	10
8. РЕЗУЛЬТАТИ ОПИТУВАННЯ .....	11
БЛОК 1. ЗАГАЛЬНІ ДАНІ.....	11
БЛОК 2. ДІТИ .....	16
БЛОК 3. КОНТРАЦЕПЦІЯ .....	23
БЛОК 4. ДОСТУП ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА АРТ.....	27
БЛОК 5. COVID-19.....	37
БЛОК 6. ЕМОЦІЙНИЙ СТАН. ....	38
9. УЗАГАЛЬНЕННЯ. ВИСНОВКИ. РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	40
10. ЛІТЕРАТУРА: .....	46
11. ДОДАТОК 1. АНКЕТА .....	48

## 1. Перелік умовних скорочень:

АРТ – антиретровірусна терапія

АРВ – антиретровірусний

ВБО – Всеукраїнська благодійна організація

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВН ВІЛ – вірусне навантаження ВІЛ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГРВІ – гостра респіраторна вірусна інфекція

ДНК – дезоксирибонуклеїнова кислота

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЕПМД – елімінація передачі від матері до дитини ВІЛ та сифілісу

ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ

ЛЗ – лікарський засіб

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НК – нуклеїнова кислота

ОІ – опортуністичні інфекції

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ПАР – психоактивні речовини

ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

ППМД – профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини

ПТВ – послуги з тестування на ВІЛ

РНК – рибонуклеїнова кислота

СКК – суха крапля крові

СНІД – Синдром набутого імунодефіциту

ЧПМД – частота передачі ВІЛ від матері до дитини

CD4 – (англ.) рецептори на поверхні Т-лімфоцитів та інших клітин, до яких приєднується ВІЛ

COVID-19 – коронавірусна хвороба-2019 (англ. coronavirus disease 2019)

SARS-CoV-2 – вірус, що є збудником коронавірусної хвороби-2019

UNAIDS – Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД, ЮНЕЙДС

UNICEF – Дитячий фонд ООН, ЮНІСЕФ

## 2. Актуальність проблеми та сучасні виклики

Проблема ВІЛ-інфекції понад 30 років залишається актуальною для світової спільноти, масштаби поширення вірусу імунodefіциту людини (ВІЛ) набули глобального характеру і постають реальним викликом соціально-економічному розвитку більшості країн світу. Сучасний стан розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Україні характеризується широким поширенням ВІЛ серед різних контингентів населення, в першу чергу серед осіб, які відносяться до груп високого ризику інфікування; нерівномірним поширенням ВІЛ-інфекції за адміністративними територіями України (найбільше – в південно-східних областях та м.Києві); зміною домінуючих шляхів передачі ВІЛ з набуттям переваги статевого шляху над парентеральним; переважним ураженням осіб працездатного віку <sup>[1,2]</sup>. За результатами моделювання за програмою Spectrum (версія 5.88 beta 19), що рекомендована робочою групою ЮНЕЙДС/ВООЗ <sup>[3]</sup>, оціночна чисельність людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) в Україні на початок 2020 року становила 251 тисяч осіб, близько 32 відсотків з яких не знають про свій ВІЛ-статус <sup>[2]</sup>. Протидія поширенню ВІЛ та поєднаних інфекцій є ключовим пріоритетом державної політики у сфері охорони громадського здоров'я та соціального розвитку <sup>[4]</sup>.

У структурі шляхів передачі ВІЛ-інфекції в Україні переважає статевий шлях інфікування, який становив у 2019 році 73,6% <sup>[2]</sup>. За даними офіційної статистики на початок 2020 року під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) перебувало 136130 осіб з ВІЛ-інфекцією (355,1 на 100 тис. населення), з них 3368 дітей з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції <sup>[2]</sup>. Фактично половина з усіх людей з ВІЛ, які перебувають під медичним наглядом, сконцентровані у 4-х з 25 регіонів України – Дніпропетровській (24504), Одеській (19519), Донецькій (11753) областях та місті Києві (13016) <sup>[2]</sup>. В Україні характеристики статево-вікової структури ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом, наступні: частка чоловіків становить 54%, частка жінок – 46%; найбільша вікова група ЛЖВ – 25-49 років (80,5%); 78% ЛЖВ є мешканцями міст <sup>[2]</sup>.

Результати обстеження на ВІЛ вагітних жінок є одним з проксі індикаторів поширення ВІЛ серед загального населення в країні. В Україні у 2019 році рівень охоплення вагітних жінок серологічним обстеженням на антитіла до ВІЛ становив 99,3%; рівень інфікованості ВІЛ серед вагітних жінок за результатами первинного тестування (код 109.1) становив у 2019 році 0,23%. При цьому зростає кількість та

відносна частка жінок з встановленим ВІЛ-позитивним статусом до вагітності – з 54,2% у 2017 році до 65,2% у 2019 році. Кесарів розтин, як спосіб розродження, що сприяє зниженню ризику вертикальної трансмісії ВІЛ до 0,8%, був проведений для 27,2% ВІЛ-позитивних породілей (у 2018 році – 31,0%). У 2019 році за даними обстеження методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) був зареєстрований 31 випадок передачі ВІЛ від матері до дитини, що становить 10,5 на 100000 живонароджених дітей. У 2019 році частота передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД) в Україні за даними ранньої діагностики ВІЛ-інфекції становила 1,6% [2].

За ініціативою ВООЗ у країнах Європейського регіону здійснюються заходи, спрямовані на елімінацію передачі від матері до дитини (ЕПМД) ВІЛ, це сприяє досягненню Цілей Сталого Розвитку 3, 5 та 10 [5], що були ухвалені на Саміті ООН та спрямовані на забезпечення здоров'я, доступу до послуг та розширення прав жінок, дівчат та дітей. ЕПМД відповідає стратегіям ВООЗ/ЮНІСЕФ «Глобальна елімінація передачі ВІЛ від матері до дитини» та UNAIDS Fast-Track «Прискорення подолання епідемії ВІЛ-інфекції» до 2030 року. Україна, разом з іншими країнами світу, підтримує ініціативу ВООЗ щодо валідації ППМД ВІЛ та вродженого сифілісу, відповідно до рішення Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 22 серпня 2019 року. З початку впровадження стратегії профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини у 2003 році, ВООЗ рекомендує дієвий 4-компонентний підхід щодо ППМД задля скорочення дитячої смертності, а саме: 1) первинна профілактика ВІЛ-інфекції; 2) попередження небажаних вагітностей; 3) ефективний доступ до послуг з тестування на ВІЛ (ПТВ), доступ для жінок з ВІЛ до антиретровірусної терапії (АРТ), безпечних методів допомоги при пологах і відповідних методів вигодовування немовлят; 4) доступ новонароджених дітей до антиретровірусних (АРВ) лікарських засобів для профілактики передачі ВІЛ від ВІЛ-позитивних матерів та догляд і підтримка сімей з ВІЛ-інфікованими дітьми [6].

Одним з головних сучасних викликів системі охорони здоров'я в Україні та світі є пандемія COVID-19. Впровадження заходів карантину щодо COVID-19 та соціального дистанціювання зменшило доступ до рутинного тестування на ВІЛ, що ставить під сумнів виконання першої цілі ЮНЕЙДС «90-90-90» у світі [7]. Більше того, своєчасне та якісне отримання послуг з догляду та підтримки ЛЖВ, включно з АРТ, можуть бути під загрозою під час пандемії COVID-19, внаслідок перенавантаження системи охорони здоров'я та істотного зміщення вектору уваги

медичної спільноти та суспільства в цілому з інших соціально значущих проблем, включно з ВІЛ-інфекцією, в напрямку COVID-19.

У зв'язку зі складністю та новизною проблеми, важливою та актуальною є оцінка впливу епідемії COVID-19 на якість медичних послуг для ВІЛ-позитивних жінок в Україні. Дана первинна оцінка є важливою для планування відповіді на майбутні виклики, пов'язані з COVID-19, та будь-якими подібними пандеміями, з якими суспільство може зіткнутися в майбутньому.

### **3. Мета опитування:**

Оцінка впливу епідемії COVID-19 на якість медичних послуг для ВІЛ-позитивних жінок в Україні.

### **4. Завдання:**

- Проведення опитування 300 респонденток – жінок, які живуть з ВІЛ для розуміння впливу COVID-19 на якість та доступ до медичних послуг.

В цілому реалізація завдання проходила у 3 етапи:

#### *I. Підготовчий*

- Розробка анкети-опитувальника для інтерв'ювання жінок, які живуть з ВІЛ, з питань доступу до медико-соціальних послуг в період епідемії COVID-19.
- Залучення до участі регіональних неурядових організацій, що працюють з жінками, які живуть з ВІЛ, до опитування з метою виявлення можливих змін в доступі до медико-соціальних послуг та їх якості для ВІЛ-позитивних жінок та їх дітей в період епідемії COVID-19 в Україні.

#### *II. Польовий*

- Опитування жінок та збір заповнених анкет в електронному або паперовому форматі; контроль за якістю даних.

#### *III. Заключний*

- Проведення перед-аналітичної підготовки даних: розшифровка анкет, заповнення реєстру із зібраних даних анкет (з обов'язковим збереженням конфіденційності, використовуючи кодування респондентів).
- Обробка даних опитування та підготовка звіту щодо впливу COVID-19 на якість медичних послуг для ВІЛ-позитивних жінок в Україні, в контексті профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД).



## **5. Методологічні засади опитування**

Вперше в Україні було проведено опитування 300 жінок репродуктивного віку, які живуть з ВІЛ, з метою оцінки впливу епідемії COVID-19 на якість медичних послуг для ВІЛ-позитивних жінок. Опитування проведено у форматі структурованого інтерв'ю за місцем проживання респондентки методом самоанкетування. Результати опитування фіксувалися в анкеті у паперовому або електронному форматі. Опитування проходило 25–27 листопада 2020 року.

**Цільова група опитування** – жінки репродуктивного віку, які живуть з ВІЛ, проживають в Україні та відповідають всім критеріям включення.

**Вибіркова сукупність** – 300 жінок з 18 областей України.

### **Критерії включення до опитування:**

- Інформованість учасника щодо своєї ВІЛ-позитивності;
- Жіноча стать;
- Вік від 18 до 45 років;
- Інформована згода взяти участь в опитуванні.

### **Критерії виключення:**

- Відсутність інформованості учасника щодо своєї ВІЛ-позитивності;
- Вік та стать, які не відповідають критеріям включення;
- Відсутність згоди взяти участь в опитуванні.

**За наявності будь-якого критерію виключення, особа не могла бути включена до учасників опитування.**

### **Структура Анкети для опитування:**

Анкета для опитування складається з 6 блоків, та включає 57 запитань (Додається).

### **Блоки анкети:**

- Блок 1. Загальні дані.
- Блок 2. Діти.
- Блок 3. Контрацепція.
- Блок 4. Доступ до медичної допомоги та АРТ.

- Блок 5. COVID-19.
- Блок 6. Емоційний стан.

## 6. Етичні засади опитування

Опитування базувалося на дотриманні етичних стандартів і захищало право учасниць на анонімність та конфіденційність.

- **Добровільна участь:** учасниці були поінформовані про те, що їхня участь у опитуванні є добровільною і вони мають право відмовитися від участі в опитуванні, без будь-яких преференцій або негативних наслідків при згоді або відмові.
- **Конфіденційність:** усі учасниці були повідомлені про те, що участь у опитуванні є конфіденційною. Інформація, яку надали учасниці, використовувалась без ідентифікації особи та в узагальненому вигляді. Усі дані опитування зберігаються з дотриманням усіх принципів конфіденційності. В опитуванні не використовувались прізвища або інші ідентифікаційні особисті дані. Кожній респондентці було присвоєно персональний код з метою запобігання доступу до ідентифікуючої особистість інформації (ПІБ, паспортні дані, тощо). З метою захисту персональних даних, персонал, відповідальний за перед-аналітичну підготовку, заповнення реєстру опитування та аналіз даних, не мав доступу до ідентифікуючої інформації (ПІБ, паспортні дані, тощо) респонденток опитування.
- **Інформована згода:** БО «Позитивні жінки», що працює у сфері догляду та підтримки жінок, які живуть з ВІЛ, здійснила опитування через своїх регіональних представниць, які відповідали за отримання інформованої згоди на анкетування та обробку персональних даних учасниць опитування.

## 7. Аналіз та обмеження опитування

Всього для аналізу були доступні внесені до реєстру дані відповідей на питання анкети 300 жінок репродуктивного віку (від 18 до 45 років), які живуть з ВІЛ

в Україні. В опитуванні взяли участь жінки з ВІЛ з 18 регіонів за місцем проживання, тобто географічний розподіл опитаної групи жінок з ВІЛ був широким і репрезентативним для країни.

Статистичний аналіз виконувався з використанням програм Microsoft Excel. Застосовувалися методи описової статистики. Для безперервних змінних розраховувалися показники центральної тенденції (середнє значення або медіана) і мінімальне та максимальне значення.

Серед **обмежень даного опитування** варто зазначити використаний метод самоанкетування, під час якого, за відсутності допомоги інтерв'юера, в учасниць не було змоги задати уточнюючі запитання стосовно змісту пунктів анкети. Також, при використанні даного методу неможливо проконтролювати повноту заповнення анкети, що може знижувати якість даних.

## **8. Результати опитування**

### **Блок 1. Загальні дані.**

Проведено анкетування 300 жінок репродуктивного віку, які живуть з ВІЛ. Вік респонденток складав від 18 до 45 років (медіана віку – 33 роки).

Географічний розподіл проживання опитаної групи жінок з ВІЛ був широким та репрезентативним для країни, охоплював респонденток опитування з більш ніж половини областей України; були представлені жінки, які мешкають у містах та в сільській місцевості.

В опитуванні прийняли участь жінки, які живуть з ВІЛ, з 18 областей України: Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Запорізька, Івано-Франківська, Київська, Кіровоградська, Луганська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Харківська, Херсонська, Чернівецька, Черкаська, Чернігівська області (Рис. 1. Розподіл жінок з ВІЛ-респонденток опитування (n = 300) за регіоном проживання (кількість абс.)).

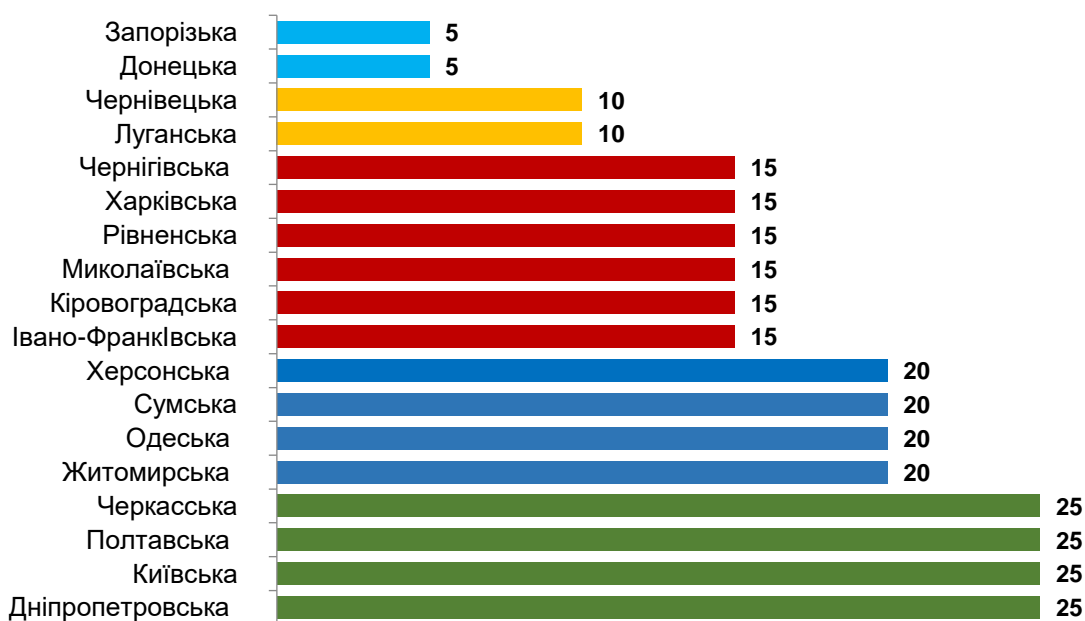


Рис. 1. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за регіоном проживання (абс.).

Серед 300 опитуваних жінок з ВІЛ, 226 осіб (75,3%) проживають у місті, а 74 (24,7%) – у сільській місцевості.

Серед опитаних жінок з ВІЛ – учасниць опитування переважна більшість мали досить високий рівень освіти: лише 5% з них мали неповну середню освіту, 25% мали повну середню освіту та 70% – спеціальну технічну, неповну вищу (бакалаврат) або вищу освіту (магістратура), при тому, що магістратуру завершили 18% респонденток (Рис. 2. Розподіл за рівнем освіти жінок з ВІЛ – респонденток (n = 300) опитування (абс. та %)).

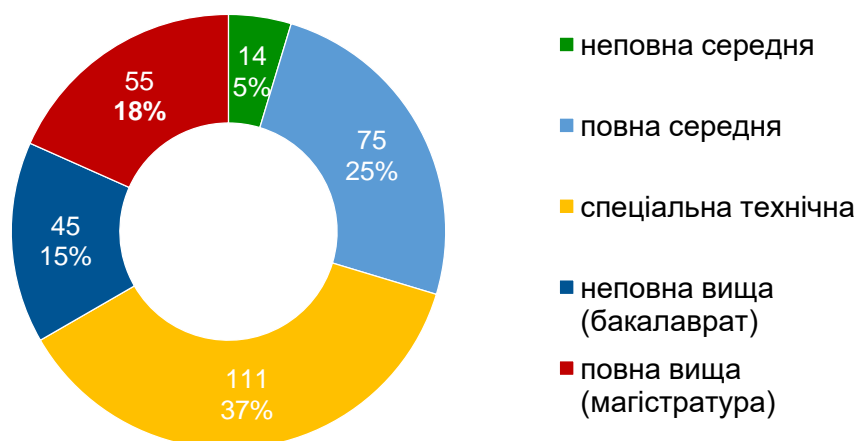


Рис. 2. Розподіл за рівнем освіти жінок з ВІЛ – респонденток (n = 300) опитування (абс. та %).

Більшість жінок з ВІЛ, а саме 70%, на момент опитування були одружені – перебували у шлюбі або жили в цивільному шлюбі/домашньому партнерстві, при цьому 98% жінок з ВІЛ проживали спільно з іншими членами сім'ї, 92% – проживали спільно з двома та більше членами сім'ї, в т.ч. дітьми та батьками, та лише 6 жінок (2%) були самотні та проживали окремо (Рис. 3. Розподіл за сімейним станом жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) (абс. та %) та Рис. 4. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за кількісним складом сім'ї (абс. та %)).



Рис. 3. Розподіл за сімейним станом жінок з ВІЛ – респонденток (n = 300) опитування (абс. та %).

#### Скільки осіб проживає разом з Вами?

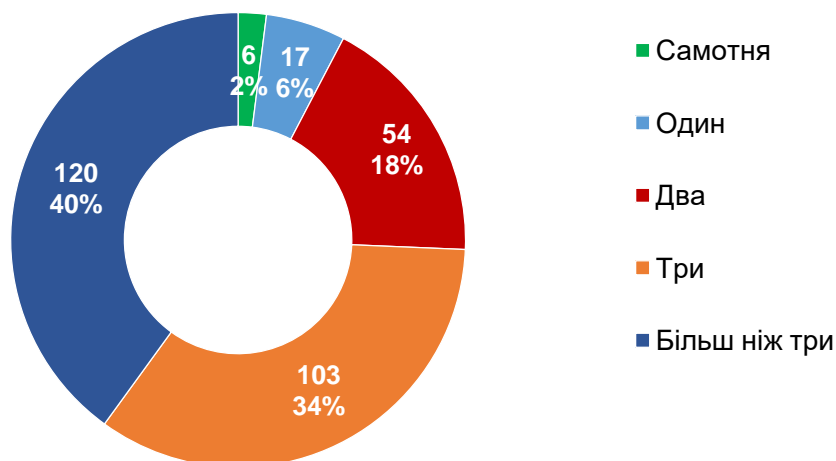


Рис. 4. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за кількісним складом сім'ї (абс. та %).

За відповідями, у більшості ВІЛ-позитивних жінок, а саме у 65% з них взаємини в родині і близькому оточенні за час епідемії COVID-19 не зазнали змін,

у 7% взаємини в родині навіть покращилися. Проте, у майже третини жінок (28%) взаємини в родині і близькому оточенні за час епідемії COVID-19 погіршилися (Рис. 5. Розподіл відповідей жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) в залежності від того, як змінилися взаємини в їх родині і близькому оточенні за час епідемії COVID-19 (абс. та %)).

### Чи змінилися Ваші взаємини в сім'ї, близькому оточенні за час епідемії COVID-19?

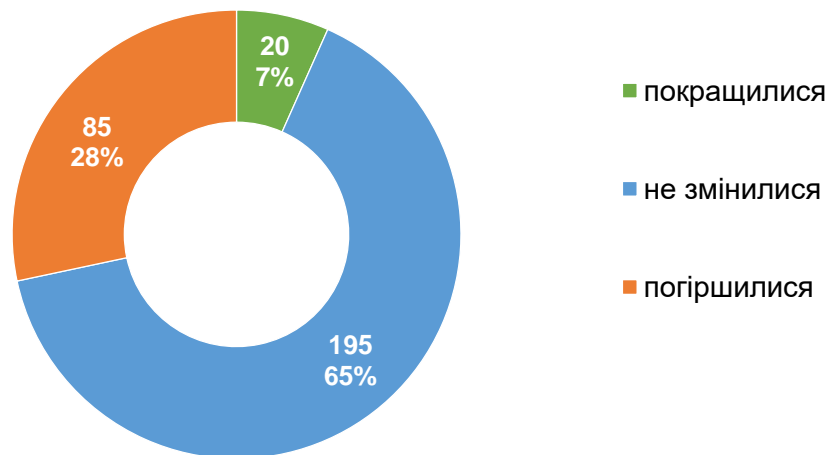


Рис. 5. Розподіл відповідей жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) в залежності від того, як змінилися взаємини в їх родині і близькому оточенні за час епідемії COVID-19 (абс. та %).

Виходячи з того, що більшість (98%) з опитаних жінок з ВІЛ не самотні і живуть разом з іншими членами сім'ї, слід звернути увагу на важливість підтримки хороших відносин жінок з їхнім близьким оточенням, *та саме на сім'ю та близьке оточення важливо спиратися в допомозі для вирішення соціальних і медичних проблем жінок, які живуть з ВІЛ*. Важливо також відзначити, що за один рік епідемії COVID-19 у третини жінок, які живуть з ВІЛ, взаємини в родині і близькому оточенні погіршилися. Ця ситуація вимагає подальшого вивчення, в тому числі і виявлення випадків насильства в сім'ї.

Доходи у зв'язку з карантинними заходами у більшості (71,3%) жінок з ВІЛ – учасниць опитування, зменшилися (Рис. 6. Розподіл відповідей жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) в залежності від того, як змінилися їх доходи у зв'язку з карантинними заходами під час епідемії COVID-19 (кількість абс.)).

### Чи змінилися Ваші доходи в зв'язку з карантинними заходами?

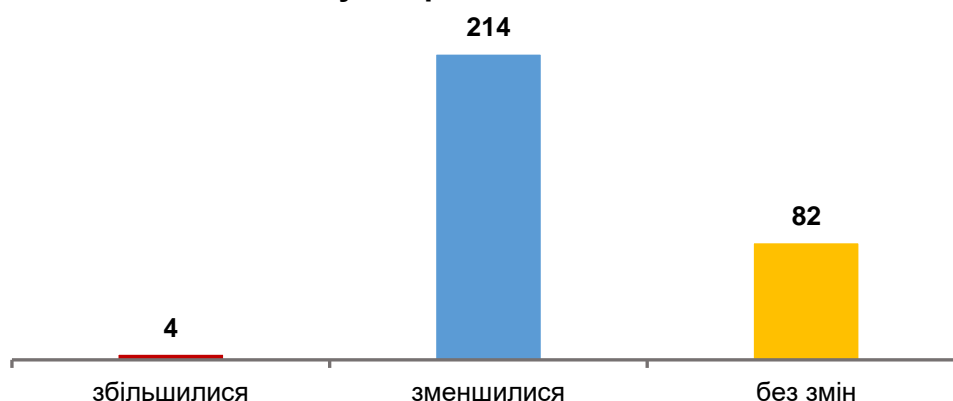


Рис. 6. Розподіл відповідей жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) в залежності від того, як змінилися їх доходи у зв'язку з карантинними заходами під час епідемії COVID-19 (кількість абс.).

При цьому лише 4,7% жінок з ВІЛ – учасниць опитування мають деякі заощадження, у родині 18,7% жінок з ВІЛ не вистачає грошей на базові потреби, 40% відповіли, що найкраще описує фінансове становище їх сім'ї вислів: «У нас ледь вистачає грошей на їжу та медикаменти, ми рідко купуємо одяг», 34% респонденток вважають, що в їх сім'ї достатньо грошей на їжу, вони іноді купують одяг, але не мають можливості відкласти гроші, три учасниці (1%) вказали, що їм важко відповісти та 4 респондентки (1,3%) обрали за краще не відповідати (Рис. 7. Розподіл відповідей жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) в залежності від того, як вони оцінюють фінансове становище їх сім'ї (кількість абс.)).

### Яке з тверджень найкраще описує фінансове становище Вашої сім'ї?



Рис. 7. Розподіл відповідей жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) в залежності від того, як вони оцінюють фінансове становище їх сім'ї (кількість абс.).

## Блок 2. Діти

Більшість, а саме 90% жінок з ВІЛ – учасниць опитування (269 осіб з 300 опитаних жінок з ВІЛ) мають дітей (Рис. 8. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) в залежності від наявності в них дітей (абс. та %)).



Рис. 8. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) в залежності від наявності в них дітей (абс. та %).

Вагітними на час опитування були 22 жінки з 300 (7,3%) учасниць опитування, при цьому 45,5% з цих вагітних ВІЛ-позитивних жінок (10 з 22-ох осіб) в даний час вже мали дітей, тобто у них вже був досвід попередніх вагітностей, що завершилися дітонародженням.

В Україні діє алгоритм ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями [8]. Дослідження методом ПЛР крові новонародженої дитини проводять у віці 0-2 доби життя (на провірусну ДНК методом СКК), після чого у віці 1-2 місяці та у віці 3-4 місяці проводять дослідження венозної крові дитини на РНК ВІЛ методом ПЛР. При виявленні першого позитивного результату на провірусну ДНК або РНК ВІЛ, в тому числі методом СКК у віці 0-2 доби після народження, негайно проводять додаткове дослідження на РНК ВІЛ методом ПЛР, та у випадку позитивного результату якнайшвидше скеровують дитину до ЗОЗ, який організовує медичну допомогу ВІЛ-позитивним дітям, та якнайшвидше цій дитині розпочинають АРТ.

У 94 жінок з ВІЛ – учасниць даного опитування діти народилися у 2020 році. З цих жінок – 87 (92,5%) вказали, що отримали доступ для дитини до тестування на ВІЛ методом ПЛР, в той же час 5 з 94 респонденток (5,3%) не отримали доступ для дитини до тестування на ВІЛ методом ПЛР. Одна учасниця опитування (1,1%) вказала, що, оскільки її дитині було менше 14 днів після народження на момент



проведення даного опитування, дитина ще не протестована методом ПЛР, а ще одна учасниця (1,1%) не знала відповіді на дане запитання. З поміж 87 проведених тестувань дітей на ВІЛ методом ПЛР, 95,4% (83 з 87 дітей) мали ВІЛ-негативний результат, одна дитина (1,1%) мала ВІЛ-позитивний результат, а у трьох випадках (3,5%) результат тестування на ВІЛ методом ПЛР ще не був отриманий на момент проведення даного опитування.

12% жінок з ВІЛ, в яких є діти, мають дітей з підтвердженим ВІЛ-позитивним статусом – 32 з 269 осіб (Рис. 9. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування, які мають дітей (n = 269), за їх ВІЛ-статусом (абс. та %).

### Чи є у Вас діти з підтвердженим ВІЛ-позитивним статусом?



Рис. 9. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування, які мають дітей (n = 269) за їх ВІЛ-статусом (абс. та %).

Усі діти з ВІЛ-позитивним статусом (100%) отримують АРТ (32 дитини з 32). Щодо доступу до АРТ для дітей з ВІЛ-позитивним статусом, 68,7% жінок з ВІЛ – респонденток опитування вказали, що на їх думку, доступ їх дітей до АРТ не змінився за час епідемії COVID-19, на думку 3 учасниць опитування (9,4%) доступ до АРТ для їх дітей з ВІЛ-позитивним статусом погіршився, а в одному випадку (3,1%) – покращився (Рис. 10. Вплив карантинних заходів на доступ до АРТ для дітей з ВІЛ-позитивним статусом (n=32) на думку їх матерів, які живуть з ВІЛ (абс.)).

### Доступ до АРТ для дітей з ВІЛ-позитивним статусом (n=32)

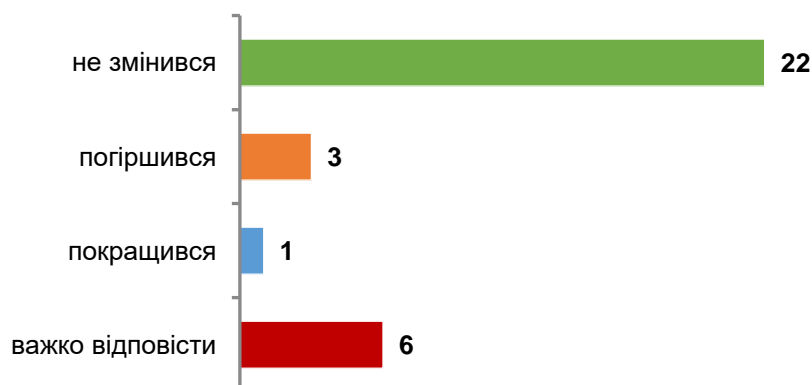


Рис. 10. Вплив карантинних заходів на доступ до АРТ для дітей з ВІЛ-позитивним статусом (n=32) на думку їх матерів, які живуть з ВІЛ (абс.).

Хоча забезпечення лабораторного супроводу перебігу ВІЛ-інфекції та моніторингу ефективності АРТ, а саме визначення вірусного навантаження (ВН) ВІЛ та визначення кількості CD4-лімфоцитів, потребує витрат та зусиль, витрати на АРТ, що здійснюється без належного лабораторного моніторингу та без профілактики опортуністичних інфекцій, є значно вищими (включають витрати на неефективні медикаменти, госпіталізацію, лікування важких опортуністичних інфекцій (ОІ), подальшу передачу ВІЛ внаслідок неефективності АРТ, розвиток та передачу резистентності вірусу до лікарських засобів. Рівень вірусного навантаження (ВН) ВІЛ є основним критерієм успішності або невдачі АРТ.

В опитуванні 68,7% (22 з 32) жінок, які мають дітей з ВІЛ-позитивним статусом, вказали, що останнє дослідження вірусного навантаження ВІЛ в їх дитини, яка живе з ВІЛ, проводилося менше ніж півроку тому, 7 респонденток (21,9%) вказали період від півроку до року, а троє (9,4%) більше року тому мали доступ до дослідження вірусного навантаження ВІЛ в їх дитини з ВІЛ-інфекцією.

Головною метою АРТ є максимальне пригнічення вірусу з досягненням невизначуваного рівня ВН ВІЛ (нижче межі виявлення стандартними сучасними тест-системами; в Україні це <40 ВІЛ-1 РНК копій/мл плазми крові) та підтримування за допомогою безперервного лікування, протягом років життя людини з ВІЛ, такої стабільної вірусної супресії.

Щодо результатів дослідження вірусного навантаження у ВІЛ-позитивних дітей, більше половини (22 з 32, тобто 68,7%) учасниць вказали, що його рівень при

останньому дослідженні був невизначуваним (<40 ВІЛ-1 РНК копій/мл), 6 учасниць (18,8%) відповіли, що рівень вірусного навантаження ВІЛ у їх дітей, був вище 40 ВІЛ-1 РНК копій/мл плазми крові при останньому дослідженні. Ще 4 респондентки (12,5%) не змогли відповісти на дане запитання.

Можна припустити недостатній рівень прихильності принаймні останніх чотирьох матерів до антиретровірусного лікування їх дітей, які живуть з ВІЛ.

Також, слід надалі з'ясувати, що було зроблено групою медичного супроводу 6-ти дітей (18,8%), які мали визначуваний рівень вірусного навантаження ВІЛ, задля поліпшення ситуації і досягнення ефективності АРТ, а також, що було зроблено групою супроводу матерів та їх дітей з ВІЛ-позитивним статусом, задля підвищення прихильності до АРТ.

Кількість CD4-лімфоцитів є основним клінічним індикатором імунодефіциту у людей, інфікованих ВІЛ. Цей показник є найважливішим критерієм у прийнятті рішення про початок, продовження та завершення профілактики опортуністичних інфекцій (OI), а також предиктором подальшого клінічного прогресування захворювання і виживання пацієнтів, що підтверджується результатами клінічних когортних досліджень.

Щодо доступу до визначення кількості клітин CD4 у дітей з ВІЛ, 65,6% учасниць опитування (21 з 32 осіб) вказали, що дане дослідження проводилось їх дітям менше ніж півроку тому, 6 респонденток (18,8%) вказали період від півроку до року, 4 учасниці опитування (12,5%) відповіли, що дане дослідження їх дітям проводилося більше року тому, а одна учасниця (3,1%) не змогла відповісти на дане запитання.

Відносно результатів визначення кількості клітин CD4 у дітей з ВІЛ-позитивним статусом, одна учасниця (3,1%) вказала, що у її дитини кількість клітин CD4 при останньому визначенні склала < 200 клітин/мкл, 7 з 32 (21,9%) респонденток вказали діапазон від 200 до 500 клітин/мкл крові. Вказали, що при останньому визначенні кількості клітин CD4 у їх дітей, результат був > 500 клітин/мкл крові – 19 з 32 учасниць опитування (59,4%), в яких є діти з ВІЛ-позитивним статусом. Не змогли відповісти на дане запитання щодо кількості клітин CD4 у їх дітей 5 з 32 учасниць (15,6%).

Можна відзначити досить низькі показники стану клітинного імунітету (сурогатний маркер – кількість клітин CD4) у великої частини дітей з ВІЛ, народжених ВІЛ-позитивними матерями: лише у 59,4% цих дітей результат при останньому визначенні кількості клітин CD4 був > 500 клітин/мкл крові. Також можна припустити недостатній рівень прихильності до антиретровірусного лікування у 5 з 32 (15,6%) ВІЛ-позитивних матерів – учасниць опитування, які мали дітей з ВІЛ-позитивним статусом.

Також слід надалі з'ясувати, які саме заходи проводилися групою супроводу матерів та їх дітей з ВІЛ-позитивним статусом щодо допомоги задля підвищення прихильності до АРТ.

У 32% жінок з ВІЛ, які взяли участь у даному опитуванні (95 жінок з 300), є діти молодше ніж 18 місяців (Рис.11. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за наявністю дітей молодше 18 місяців (абс. та %)).

#### Чи є у Вас діти молодше 18 місяців

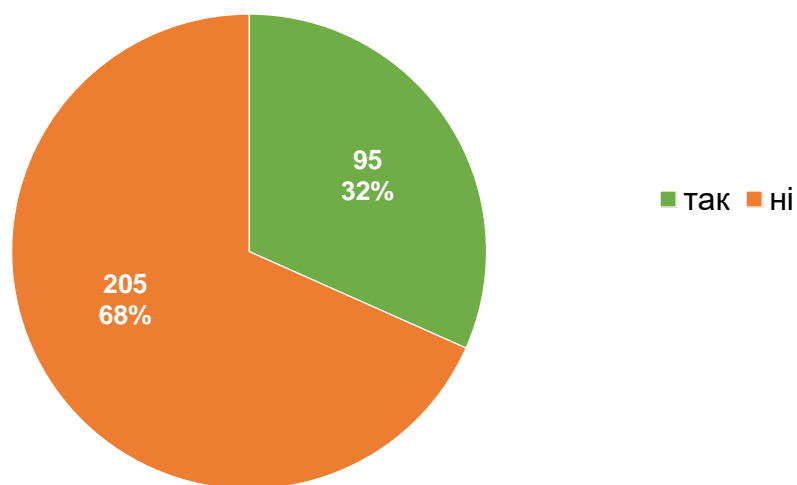


Рис. 11. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за наявністю дітей молодше 18 місяців (абс. та %).

Стосовно державної допомоги дітям, які живуть з ВІЛ, 80 (84,2%) жінок з ВІЛ – респонденток опитування з 95, в яких є діти молодше 18 місяців, вказали, що отримали безкоштовні молочні суміші.

Відповідно до алгоритму ведення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у дитини, народженої ВІЛ-позитивною жінкою, діагноз ВІЛ-інфекції може бути виключено лише за умови отримання негативного тесту на ВІЛ методом ІФА після досягнення дитиною віку 18 місяців та за умови перебування дитини на штучному вигодовуванні більше 6-ти тижнів до отримання негативного результату серологічного тесту [8]. До досягнення віку 18 місяців всі діти, народжені ВІЛ-позитивними жінками, знаходяться під спостереженням навіть за умови наявності негативних тестів на ВІЛ, та мають право на отримання державної допомоги на рівні з дітьми із встановленим ВІЛ-позитивним статусом.

Отримання ВІЛ-позитивною жінкою в якості державної допомоги молочних сумішей для вигодовування її новонародженої дитини є важливим заходом профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. В Україні для жінок з ВІЛ грудне вигодовування не рекомендоване, зважаючи на те, що відмова від грудного вигодовування повністю ліквідує ризик постнатальної ПМД.

Слід з'ясувати, чому 15 жінок з ВІЛ – респонденток опитування з 95 (15,8%) не отримали безкоштовні молочні суміші в якості державної допомоги дітям.

Незважаючи на те, що 100% ВІЛ-позитивних дітей, та дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, яким не виключено діагноз ВІЛ-інфекції (які не досягли віку 18 місяців), мають право на щомісячну фінансову допомогу у розмірі, встановленому Кабінетом міністрів України, згідно з Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 23 грудня 2010 року № 2861-VI (Стаття 19, Розділ III), лише 74 жінки з 95 (77,9%) респонденток опитування, в яких є діти молодше 18 місяців, зазначили, що отримали фінансову допомогу (десять неоподатковуваних мінімумів доходів громадян), 1 учасниця опитування (1,1%) обрала варіант відповіді «Інше».

Слід з'ясувати, чому 21 з 95 жінок ВІЛ – респонденток опитування, в яких є діти молодше 18 місяців (22,1%, тобто кожна п'ята), не реалізувала законне право на отримання щомісячної фінансової державної допомоги дитині.

Відповідно до нормативної бази України, дитина, народжена ВІЛ-позитивною жінкою, отримує післяконтактну профілактику інфікування ВІЛ [8]: протягом перших 4 тижнів життя отримує зидовудин у дозі 4 мг/кг кожні 12 годин і ламівудин у дозі 2 мг/кг кожні 12 годин, а також невірапін 2 мг/кг на добу протягом першого тижня з підвищенням дози до 4 мг/кг протягом другого тижня, після чого невірапін відмінюють.

У переважної більшості (92 з 94; 97,7%) жінок з ВІЛ – учасниць даного опитування, в яких народилися діти у 2020 році, діти отримали доступ до антиретровірусних лікарських засобів (АРВ ЛЗ) з метою профілактики інфікування ВІЛ, але у двох випадках з 94 (2,1%) діти, народжені ВІЛ-позитивними жінками, не отримали доступ до АРВ препаратів з метою профілактики ВІЛ.

Опитуванням не визначалися конкретні причини, за яких діти, народжені ВІЛ-позитивними жінками, не отримали антиретровірусні лікарські засоби з метою профілактики.

У той самий час, лише 16% дітей (15 з 94), народжених ВІЛ-позитивними жінками у 2020 році, отримали доступ до профілактичного лікування ко-тримоксазолом, а 75,5% (71 з 94) новонароджених дітей, за даними опитування їх матерів, не отримали профілактичного лікування ко-тримоксазолом, 8 з 94 учасниць (8,5%) не змогли відповісти на дане запитання.

Дана ситуація потребує вивчення та визначення конкретних причин, за яких 75,5% дітей, народжених у 2020 році ВІЛ-позитивними жінками – учасницями даного опитування, не отримали доступу до профілактичного лікування ко-тримоксазолом.

При опитуванні 95 жінок з ВІЛ, в яких є діти молодше, ніж 18 місяців, більше половини респонденток (63,2%) вказали, *що загальний рівень доступу їх дитини до медичних послуг за період епідемії COVID-19 та карантинних заходів не змінився*, але 12 жінок (12,6%) вказали, що доступ їх дітей до медичних послуг за період епідемії та карантинних заходів, пов'язаних з COVID-19, погіршився. Майже чверть – 24,2% (23 з 95) респонденток не змогли відповісти на дане запитання.

Коментарі жінок з ВІЛ – учасниць опитування, на думку яких доступ їх дитини до медичних послуг за період епідемії та карантинних заходів погіршився, надані нижче:

1. «Складно записатися до сімейного лікаря, у зв'язку з карантинном велике навантаження на лікаря».
2. «Складно їздити в карантин в місто в СНІД Центр».
3. «Страшно інфікуватися при відвідуванні поліклініки».
4. «Стабільних відвідувань раз на місяць не проводять».

5. «Огляд проводиться за наявності скарг або перед щепленням».
6. «Відсутній плановий огляд лікаря-педіатра, тільки при наявності скарг».
7. «З листопада перестали отримувати молочні суміші для дитини через їх відсутність у Центрі СНІДу».
8. «Коли народжувала в цей раз, за будь-яку процедуру вимагали гроші, «безкоштовні» пологи ці мені обійшлися майже в 20 тисяч (Грн.); раніше коли дівчаток народжувала такого не було».

Таким чином, з 8 наведених коментарів респонденток, на думку яких доступ їх дитини до медичної допомоги погіршився, 3 (№ 1, № 2 та № 3) – безпосередньо пов'язані з карантинними заходами та епідемією COVID-19, ще 2 коментаря (№ 5, № 6) – теоретично можуть бути пов'язані з карантинними заходами (можливо залучення лікарів-педіатрів до надання послуг щодо COVID-19 та, відповідно, зменшення можливостей ЗОЗ). У 3 поясненнях (№ 4, № 7 та № 8) відображено системні проблеми надання послуг супроводу дітям з інших причин, ймовірно не пов'язаних із карантинними заходами.

### **Блок 3. Контрацепція**

Користь від планування сім'ї є багатосторонньою, що включає зниження материнської та дитячої смертності та поліпшення здоров'я матерів та дітей, збільшення сімейних заощаджень і продуктивності, поява перспектив для навчання і працевлаштування, і, в кінцевому рахунку, поліпшення статусу жінок.

На запитання щодо планів відносно народження дітей у майбутньому, більше половини опитаних ВІЛ-позитивних жінок (54,6%) відповіли, що не планують народжувати дітей у майбутньому; 12% опитаних відповіли, що планують народження дитини в найближчому майбутньому; 20,7% – що планують народження дитини у віддаленій перспективі; важко відповісти на дане запитання було для 38 з 300 (12,7%) респонденток опитування (Рис. 12. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за плануванням народження дітей (кількість абс.)).

### Чи плануєте Ви народження дитини?

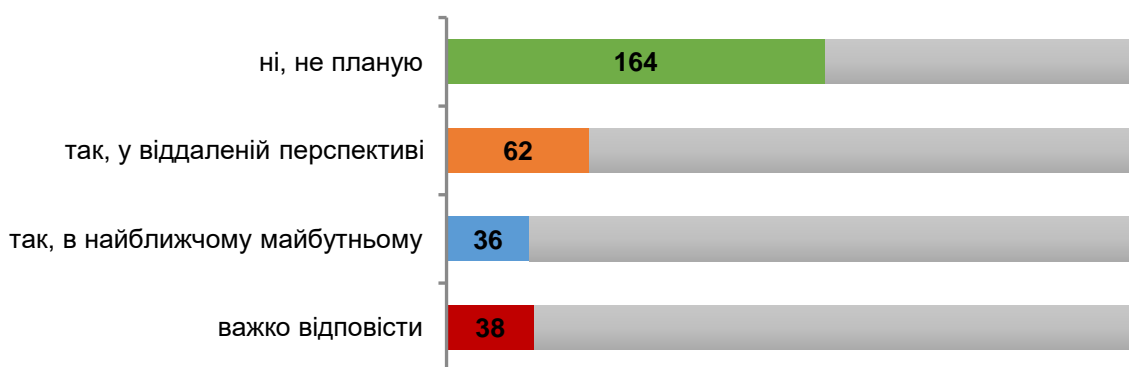


Рис. 12. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за плануванням народження дітей (кількість абс.).

Щодо зміни планів відносно народження дітей за період епідемії COVID-19, 80,3% жінок з ВІЛ – учасниць опитування відповіли, що за вказаний час їх плани щодо дітонородження не змінились. Прийняли рішення відкласти народження дитини 10 (3,3%) респонденток за період епідемії COVID-19, а 6 (2%) респонденток планували народження дитини у віддаленій перспективі, але вирішили не відкладати. Для 14,4% (43 з 300 осіб) було важко відповісти на дане запитання.

Найважливішим компонентом поліпшення репродуктивного здоров'я жінок, у тому числі жінок, які живуть з ВІЛ, є попередження небажаних вагітностей і небезпечних абортів. Небажана вагітність веде до збільшення захворюваності і смертності серед матерів; задовольнивши потребу в плануванні сім'ї, можна уникнути 27% смертей серед матерів [9]. Захворюваність і смертність в результаті наявності ВІЛ у матері критично позначається на виживанні її дитини. Зі зменшенням кількості небажаних вагітностей, зменшується число потенційно ВІЛ-позитивних новонароджених.

Більшість ВІЛ-позитивних жінок, які прийняли участь у опитуванні, а саме 65% (195 з 300 осіб) отримували раніше консультації щодо ефективних методів контрацепції, при цьому чверть (77 з 300 осіб) тобто 25,7%, його не отримували. Важко відповісти на дане запитання було 28 жінкам з ВІЛ – учасницям опитування (Рис. 13. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за отриманням доступу до консультування щодо методів контрацепції (абс. та %)).



### Чи отримували Ви консультування щодо методів контрацепції?

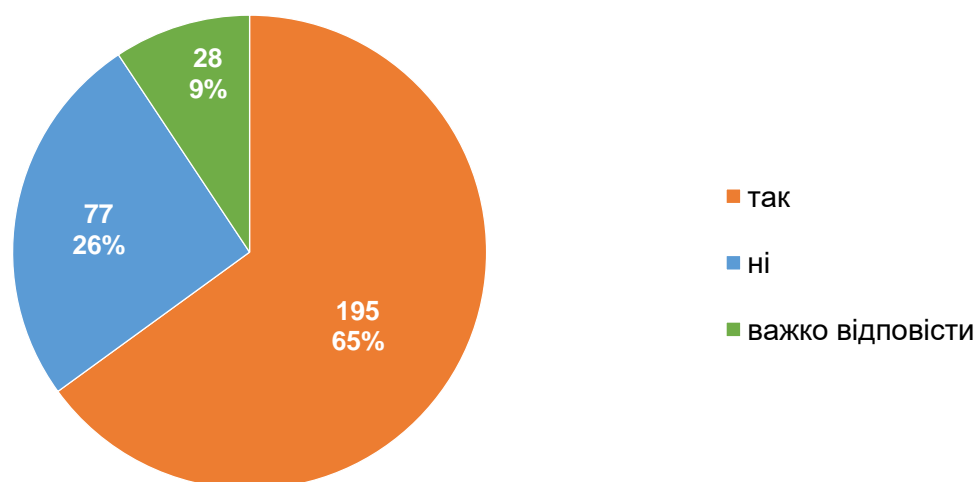


Рис. 13. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за отриманням доступу до консультування щодо методів контрацепції (абс. та %).

На запитання щодо використання надійних методів контрацепції, 28,3% (85 з 300) ВІЛ-позитивних жінок – учасниць опитування відповіли, що використовують їх постійно, а 36% (108 з 300) респонденток опитування відповіли, що використовують їх періодично. Ще близько третини (35% – 105 з 300) учасниць опитування вказали, що не використовують надійні методи контрацепції. Дві (0,7%) жінки з ВІЛ, які прийняли участь в опитуванні, обрали варіант відповіді «Інше» на дане запитання (Рис. 14. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за використанням надійних методів контрацепції (кількість абс.)).

### Чи використовуєте Ви надійні методи контрацепції ?

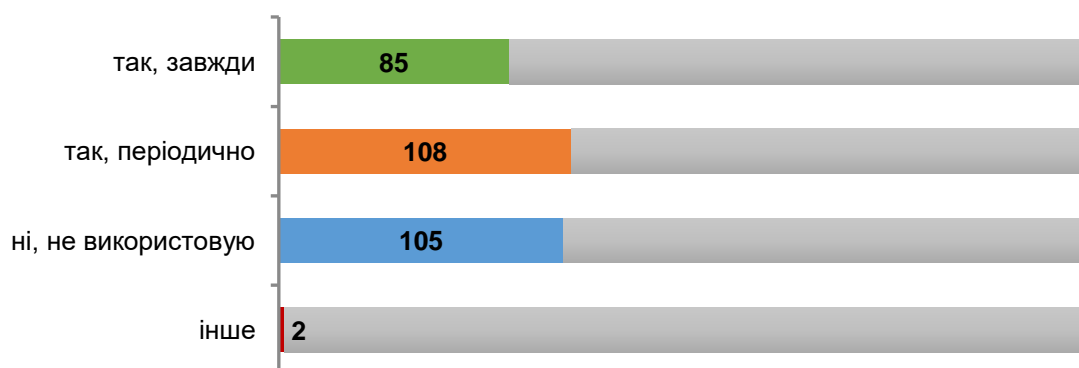


Рис. 14. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за використанням надійних методів контрацепції (кількість абс.).

Слід звернути увагу, що більше половини опитаних ВІЛ-позитивних жінок (54,6%) відповіли, що не планують народжувати дітей у майбутньому, але на запитання щодо використання надійних методів контрацепції лише 28,3% (85 з 300) ВІЛ-позитивних жінок – учасниць опитування відповіли, що використовують надійні методи контрацепції постійно.

За період епідемії COVID-19 близько чверті (67 з 300 – 22,3%) жінок з ВІЛ, які брали участь у даному опитуванні, відчули проблеми з доступом до надійних методів контрацепції, а саме 24 з 300 (8%) учасниць опитування відчули значні проблеми з доступом до надійних методів контрацепції, а 43 з 300 (14,3%) респонденток відчули незначні проблеми. Більшість (77,7%) ВІЛ-позитивних жінок – учасниць опитування не відчули проблем з доступом до ефективних методів контрацепції за період епідемії COVID-19 (Рис. 15. Вплив епідемії COVID-19 на доступ до надійних методів контрацепції для жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300, кількість абс.)).

#### Чи відчували Ви проблеми з доступом до надійних методів контрацепції за час епідемії COVID-19?

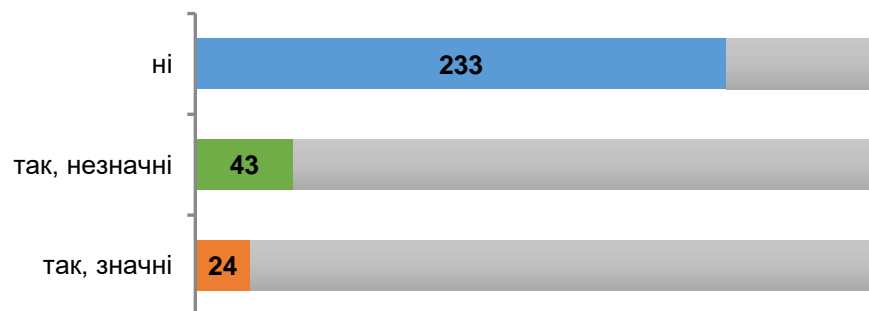


Рис. 15. Вплив епідемії COVID-19 на доступ до надійних методів контрацепції для жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300, кількість абс.).

Серед учасниць опитування, які відчули проблеми з доступом до надійних методів контрацепції за період епідемії COVID-19, 74,6% (50 з 67 осіб) вказали зниження фінансових можливостей як причину обмеження доступу, 5 з 67 (7,5%) респонденток вказали, що причиною є зниження доступу до медичної допомоги, в тому числі гінекологічної. Ще 11 з 67 (16,4%) жінок з ВІЛ, які прийняли участь в даному опитуванні, вказали, що вплив їх емоційного стану є причиною проблем з доступом до надійних методів контрацепції за час епідемії COVID-19; також 17 з 67 (25,4%) респонденток зазначили, що причиною є інші більш важливі проблеми. Одна учасниця обрала варіант відповіді на дане запитання «Інше». Варто

*зазначити, що в даному запитанні були доступні декілька варіантів відповіді, тому загальна сума відповідей перевищує 100%.*

#### **Блок 4. Доступ до медичної допомоги та АРТ**

В першому запитанні ми попросили жінок з ВІЛ – учасниць опитування оцінити, чи змінився та яким чином змінився їх доступ до медичних послуг за декількома категоріями, а саме, доступ до послуг сімейного лікаря, лікаря-гінеколога, доступ до медичних послуг в Центрі СНІДу/на сайті АРТ. Вказали, що доступ до послуг сімейного лікаря не змінився за вказаний час – 57,3% респонденток опитування. Лише три учасниці (1%) вказали, що їх доступ до послуг сімейного лікаря за час епідемії COVID-19 покращився. Значна кількість учасниць опитування, а саме 41,7% (125 з 300 осіб) відзначили, що їх доступ до послуг сімейного лікаря погіршився за період епідемії COVID-19 (Рис. 16. Вплив епідемії COVID-19 і карантинних заходів на доступ жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) до медичних послуг (кількість абс.)).

Нижче представлені коментарі жінок з ВІЛ, респонденток даного опитування, чий доступ, на їх думку, до медичних послуг сімейного лікаря погіршився під час епідемії COVID-19 і карантинних заходів. Всього були доступні коментарі 30-ти респонденток опитування, з яких:

- 19 жінок з ВІЛ (63%) вказали, що їм складно потрапити на прийом до сімейного лікаря через високу завантаженість лікаря, переважно – через епідемію COVID-19;
- 6 жінок з ВІЛ (20%) вказали, що в них відсутній сімейний лікар та/або не підписана декларація з сімейним лікарем;
- 3 респондентки (10%) вказали на проблеми з транспортом, як основну причину погіршення доступу до послуг сімейного лікаря;
- 2 респондентки (6,7%) позначили відсутність / низький рівень толерантності до ЛЖВ, як головну проблему.

Щодо доступу до медичних послуг в Центрі СНІДу/на сайті АРТ, 78 з 300 (26%) жінок з ВІЛ, які прийняли участь в опитуванні, відзначили, що він погіршився за час епідемії COVID-19. Шість респонденток (2%) вказали, що доступ до медичних послуг в Центрі СНІДу/на сайті АРТ покращився, але для більшості учасниць опитування (72%) доступ до медичних послуг в Центрі СНІДу/на сайті АРТ, на їх

думку, не змінився за період епідемії COVID-19 та вживання карантинних заходів (Рис. 16. Вплив епідемії COVID-19 і карантинних заходів на доступ жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) до медичних послуг (кількість абс.)).

Нижче представлені коментарі жінок з ВІЛ – респонденток даного опитування, чий доступ, на їх думку, до медичних послуг в Центрі СНІДу/на сайті АРТ погіршився під час епідемії COVID-19 і карантинних заходів. Всього були доступні коментарі 23-ох респонденток опитування, з яких:

- 16 жінок з ВІЛ (69,6%) вказали на проблеми з транспортом під час карантину, як основну причину зниження доступу до медичних послуг в Центрі СНІДу / на сайті АРТ;
- 7 респонденток (30,4%) вказали прийняття карантинних заходів в ЗОЗ головною причиною зниження доступу до медичних послуг в Центрі СНІДу / на сайті АРТ.

Схожа картина була у відповідях на запитання щодо зміни доступу до медичних послуг лікаря-гінеколога за час епідемії COVID-19: 4 учасниці опитування (1,3%) відповіли, що їх доступ до послуг лікаря-гінеколога покращився, для 62 (20,7%) жінок з ВІЛ, які прийняли участь в опитуванні – доступ до послуг лікаря-гінеколога погіршився, а на думку більшості – 234 (78%) учасниць опитування, їх доступ до послуг лікаря-гінеколога за період епідемії COVID-19 не змінився (Рис. 16. Вплив епідемії COVID-19 і карантинних заходів на доступ жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) до медичних послуг (кількість абс.)).

Нижче представлені коментарі жінок з ВІЛ – респонденток даного опитування, чий доступ, на їх думку, до медичних послуг лікаря-гінеколога погіршився під час епідемії COVID-19 і карантинних заходів. Всього були доступні коментарі 11-ох респонденток опитування, з яких:

- 4 респондентки (36,3%) вказали, що в клініці, де вони отримують медичні послуги, «прибрали послуги лікаря-гінеколога»;
- 2 респондентки (18,2%) вказали незручний зазначений час для відвідування лікаря-гінеколога;
- 2 респондентки (18,2%) вказали декілька складнощів – необхідність попереднього запису на прийом, довге очікування, можливість отримувати послуги тільки у призначеного лікаря;

- 1 респондентка (9,1%) вказала проблеми з транспортом під час карантину, як основну причину зниження доступу до послуг лікаря-гінеколога;
- 2 респондентки (18,2%) вказали свої особисті проблеми, як основну причину зниження доступу до послуг лікаря-гінеколога.

### Чи змінився Ваш доступ до медичних послуг за час епідемії COVID-19?

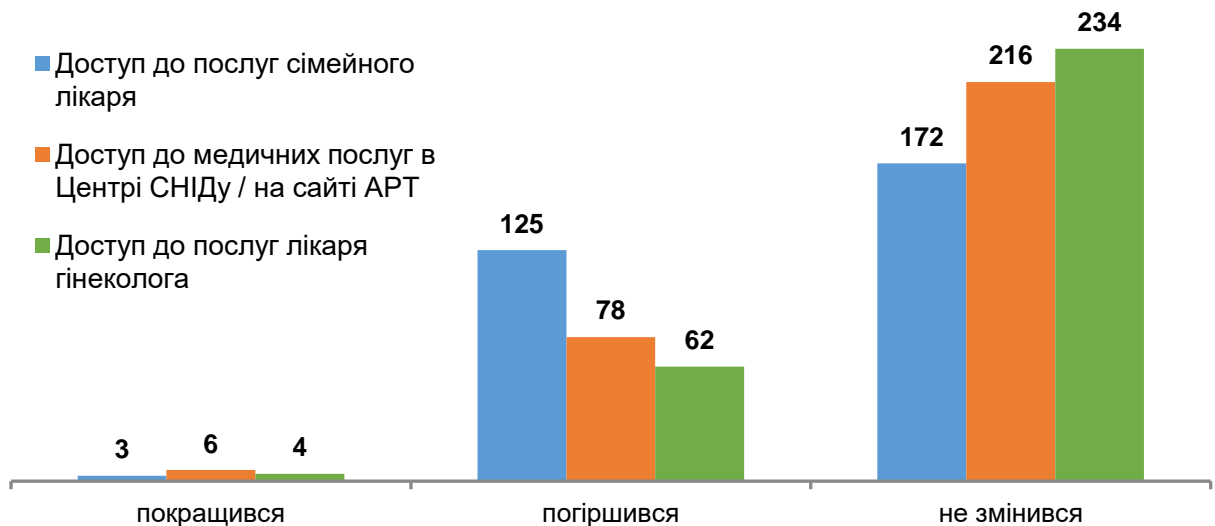


Рис.16. Вплив епідемії COVID-19 і карантинних заходів на доступ жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) до медичних послуг (кількість абс.).

Щодо доступу до лабораторних послуг за період епідемії COVID-19, то він покращився на думку двох учасниць опитування (0,7%), а на думку 66 з 300 (22%) жінок з ВІЛ – респонденток опитування – він погіршився. За оцінкою 77,3% (232 з 300) учасниць опитування, їх доступ до лабораторних аналізів за період епідемії COVID-19 не змінився.

Нижче представлені коментарі жінок з ВІЛ – респонденток даного опитування, чий доступ до лабораторних послуг, на їх думку, погіршився за час епідемії COVID-19 і карантинних заходів. Всього були доступні коментарі 12-ох респонденток опитування, з яких:

- 7 респонденток (58,4%) назвали складнощі під час візитів, що виникли внаслідок прийняття карантинних заходів в клініці, головною причиною зниження доступу до лабораторних аналізів;
- 4 респондентки (33,3%) вказали проблеми з транспортом під час карантину, як основну причину зниження доступу до лабораторних послуг;

- 1 респондентка (8,3%) вказала страх розкриття ВІЛ-статусу в загальній лабораторії, як головний бар'єр до отримання лабораторних послуг.

Серед жінок з ВІЛ – респонденток опитування, в яких є діти (n=269), доступ їх дітей до послуг лікаря-педіатра за період епідемії COVID-19 покращився на думку чотирьох учасниць (1,5%), погіршився – на думку 57 з 269 (21,2%) жінок, та не змінився на думку 77,3% (208 з 300) респонденток опитування.

Нижче представлені коментарі жінок з ВІЛ – респонденток даного опитування, чий доступ, на їх думку, до медичних послуг лікаря-педіатра погіршився за час епідемії COVID-19 і карантинних заходів. Всього були доступні коментарі 10-ох респонденток опитування, з яких:

- 7 респонденток (70%) вказали незручний / занадто короткий робочий графік лікаря-педіатра, як основну причину зниження доступу до його послуг;
- 1 респондентка (10%) вказала проблеми з транспортом під час карантину, як основну причину зниження доступу до послуг лікаря-педіатра;
- 1 респондентка (10%) не підписала декларацію з сімейним лікарем і з лікарем-педіатром;
- 1 респондентка (10%) не користується послугами лікаря-педіатра для лікування своїх дітей.

АРТ для всіх ЛЖВ рекомендовано розпочинати якомога швидше після діагностики ВІЛ-інфекції, це має на меті скоротити час до досягнення вірусної супресії для окремих пацієнтів та покращити показник пригнічення популяційного вірусного навантаження серед людей з ВІЛ. Жінки з ВІЛ повинні отримувати консультації щодо відомих переваг раннього початку лікування, ризиків затримки початку АРТ, необхідності безперервного лікування протягом життя, важливості прихильності до лікування. Жінки з ВІЛ повинні отримувати дієву підтримку з метою безперервності ефективної АРТ та прихильності до лікування.

Приймають АРТ на момент опитування 298 з 300 (99,3%) жінок з ВІЛ, які прийняли участь в даному опитуванні. Епізоди переривання АРТ за час епідемії COVID-19 відбулися у 44 з 300 (14,7%) учасниць опитування (Рис. 17. Розподіл жінок

з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за наявністю епізодів переривання АРТ під час епідемії COVID-19 (абс. та %)).

### Чи були у Вас епізоди переривання АРТ за час епідемії COVID-19?

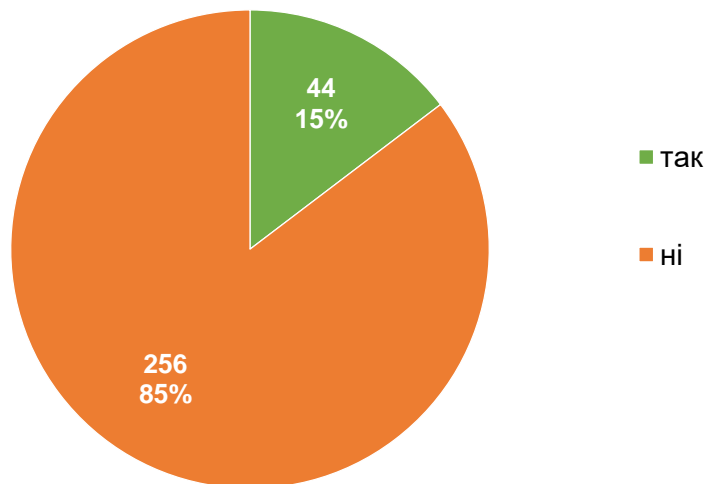
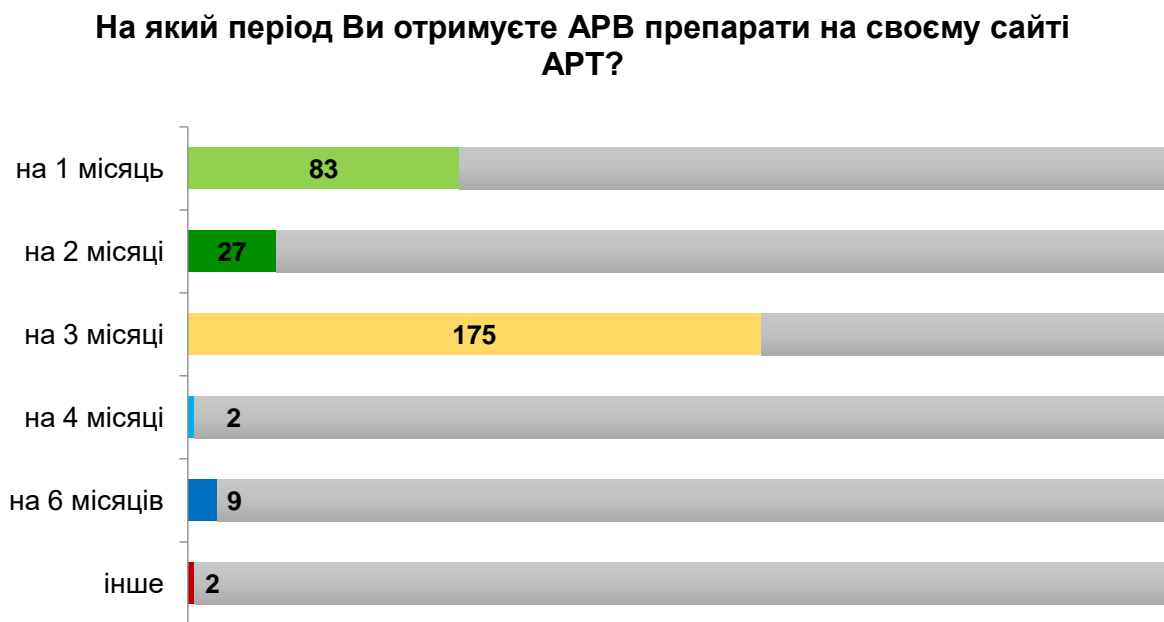


Рис.17. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за наявністю епізодів переривання АРТ під час епідемії COVID-19 (абс. та %).

Серед тих жінок з ВІЛ, в кого були епізоди переривання АРТ за період епідемії COVID-19, у 30 з 44 (68,2%) випадків, головною причиною переривання АРТ була відсутність можливості приїхати в ЗОЗ на Сайт АРТ для отримання АРВ лікарських засобів. Ще у 7 випадках (15,9%) причиною переривання АРТ було небажання приїхати в ЗОЗ на Сайт АРТ для отримання АРВ лікарських засобів через страх інфікуватися вірусом SARS-CoV-2. У двох учасниць (4,5%) даного опитування причиною переривання АРТ стала відсутність необхідних АРВ препаратів в ЗОЗ на Сайті АРТ, а в одному випадку (2,3%) ЗОЗ/Сайт АРТ було зачинено через карантин. Чотири з 44 жінок з ВІЛ – респонденток опитування, в кого були епізоди переривання АРТ за період епідемії COVID-19, обрали варіант відповіді «Інше» на дане запитання.

Серед 298 жінок з ВІЛ, які приймали АРТ на момент опитування, більше половини отримують препарати на своєму Сайті АРТ в ЗОЗ на 3 місяці, а саме 58,7% (175 з 298 осіб). Більше чверті (27,8%) учасниць опитування, які приймають АРТ, отримують АРВ ЛЗ на Сайті АРТ лише на 1 місяць, а 27 учасниць (9,1%) – на 2 місяці. На 4 та 6 місяців АРВ ЛЗ отримують 2 (0,7%) та 9 (3%) учасниць опитування, відповідно. Також, 2 респондентки обрали варіант відповіді «Інше» на

дане запитання (Рис. 18. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 298) за періодичністю отримання антиретровірусних лікарських засобів у ЗОЗ для безперервної АРТ (кількість абс.)).



**Рис.18. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 298) за періодичністю отримання антиретровірусних лікарських засобів у ЗОЗ для безперервної АРТ (кількість абс.).**

Слід зауважити, що видача АРВ лікарських засобів на 1 або 2 місяці – це вкрай короткий термін, особливо в період епідемії COVID-19, карантинних заходів і обмеження переміщення громадян. Надалі необхідно сприяти впровадженню в ЗОЗ на Сайтах АРТ рекомендації ВООЗ<sup>[13]</sup> щодо доцільності видачі АРВ лікарських засобів на 3 місяці, оптимально на 6 місяців, виходячи з позитивності і необхідності забезпечення безперервності АРТ. Зручність прийому і отримання ліків є найважливішим фактором прихильності пацієнта до лікування.

Серед 298 жінок з ВІЛ, які приймали АРТ на момент опитування, 75,5% (225 з 298 осіб) самостійно отримують препарати на своєму Сайті АРТ, а для 12,1% (36 з 298 осіб) АРВ препарати на Сайті отримує за дорученням близька людина. Цікаво, що 38 з 298 (12,8%) респонденток відповіли, що АРВ лікарські засоби доставляються їм силами соціальних працівників Сайту, а 56 з 298 (18,8%) учасниць опитування отримують АРВ препарати кур'єром/поштою за власний рахунок. Одна учасниця опитування (0,3%) отримує свої АРВ ЛЗ кур'єром/поштою



не за власний рахунок. Варто зазначити, що в даному запитанні були доступні декілька варіантів відповіді, тому загальна сума відповідей перевищує 100%.

Серед жінок з ВІЛ, які брали участь в опитуванні та мають дітей, які отримують АРТ, 96,9% (31 з 32 осіб) отримують АРВ препарати для своїх дітей тим само способом, як і власні лікарські засоби.

Слід впроваджувати різноманітні зручні для пацієнок та їх дітей способи доставки ліків для безперервної пожиттєвої терапії, а також впроваджувати дистанційні методи підтримки прихильності до лікування, що є особливо актуальним під час епідемії COVID-19.

Рівень ВН є основним критерієм успішності або невдачі лікування пацієнта з ВІЛ. Головною метою АРТ є максимальне пригнічення вірусу з досягненням невизначуваного рівня вірусного навантаження (ВН) у пацієнта (нижче за нижчу межу виявлення стандартними сучасними тест-системами; в Україні це <40 РНК ВІЛ-1 копій/мл плазми крові) та підтримування за допомогою безперервної АРТ протягом років життя пацієнта такої стабільної вірусної супресії. Максимальне пригнічення вірусу є профілактикою виникнення та поширення антиретровірусної резистентності, стійкості ВІЛ до АРВ лікарських засобів. З епідеміологічної точки зору, ефективна АРТ, максимально пригнічуючи ВІЛ в організмі ВІЛ-інфікованої людини, істотно зменшує ризик передачі ВІЛ. Досягнення і довготривале збереження «невизначуваного» рівня вірусного навантаження ВІЛ (нижче рівня 40 копій ВІЛ РНК/мл плазми) у інфікованої ВІЛ людини, практично означає переривання передачі вірусу іншим людям.

За відповідями 59,3% жінок з ВІЛ – респонденток опитування (178 з 300 осіб) останнє дослідження на вірусне навантаження проводилося менше 6 місяців тому; 35% (105 з 300 осіб) вказали інтервал дослідження на ВН від 6 місяців до 1 року. В той же час, у 11 з 300 респонденток (3,7%) останнє дослідження на ВН було проведене більше року тому. Для шести учасниць (2%) було складно відповісти на дане запитання.

Щодо результатів останнього дослідження ВН, то у 81% (244 з 300) учасниць опитування рівень ВН ВІЛ був невизначуваним (<40 ВІЛ РНК копій/мл), а у 7% (22 з 300 осіб) рівень ВН ВІЛ при останньому дослідженні перевищував цільовий показник, тобто в них не вдалося досягти необхідного рівня вірусної супресії. Для

12% респонденток (34 особи) було складно відповісти на дане запитання (Рис. 19. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) в залежності від досягнення вірусної супресії за результатом останнього дослідження вірусного навантаження ВІЛ (абс. та %)).

Безперервне отримання АРТ жінками репродуктивного віку, які живуть з ВІЛ, та досягнення максимального вірусного пригнічення ВІЛ (невизначуваного рівня вірусного навантаження, а саме <40 копій РНК ВІЛ-1/мл плазми крові) є найважливішим компонентом профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, є заходом для збереження життя та здоров'я жінок та їх дітей, а також дієвим фактором профілактики передачі вірусу статевим шляхом.

#### Чи був рівень ВН ВІЛ невизначуваним при останньому дослідженні (<40 ВІЛ РНК копій/мл)?

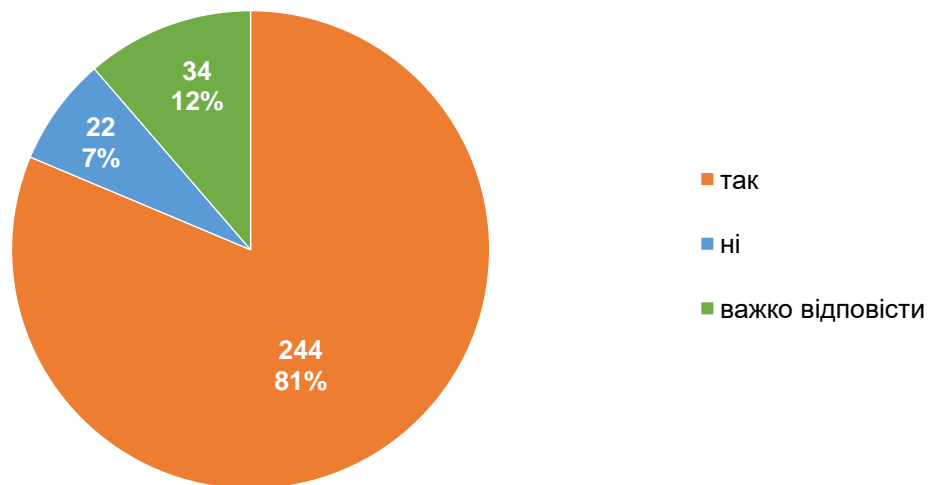


Рис.19. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) в залежності від досягнення вірусної супресії за результатом останнього дослідження вірусного навантаження ВІЛ (абс. та %).

Нажаль, за результатами опитування, третьої цілі ЮНЕЙДС «90-90-90», за якою 90% ЛЖВ які отримують АРТ, повинні мати вірусну супресію, не досягнуто – лише у 81,9% з 298 учасниць опитування, які отримували АРТ, рівень ВН ВІЛ був невизначуваним, тобто <40 ВІЛ РНК копій/мл.

Слід звернути увагу, що дві жінки, які живуть з ВІЛ, з 300 опитаних все ж не приймали АРТ на момент опитування. Надалі варто з'ясувати причини, чому так

сталось, і усунути бар'єри щодо поновлення та продовження безперервної АРТ у таких жінок з ВІЛ.

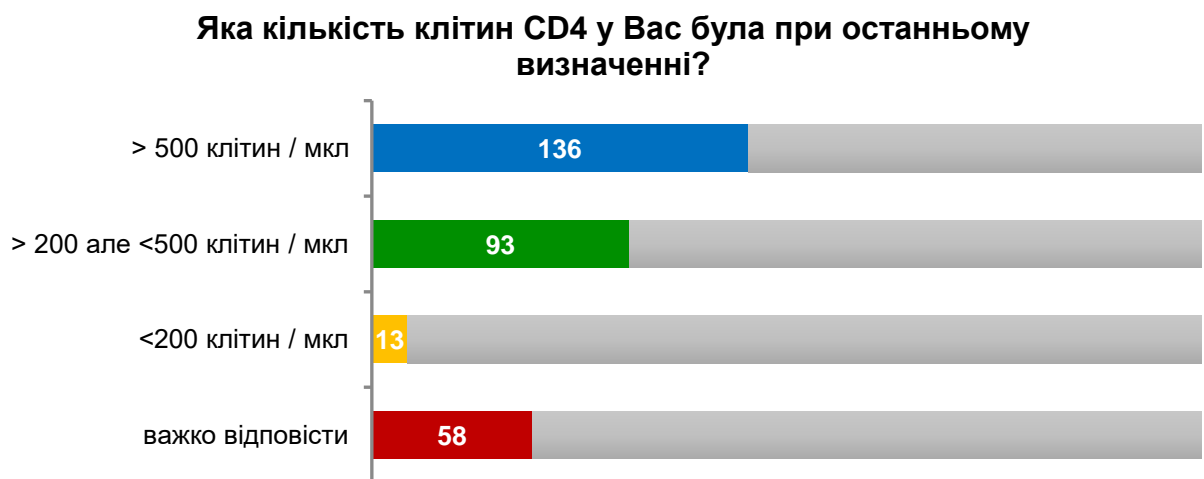
Можна припустити недостатній рівень прихильності до АРТ у цих 56 жінок з ВІЛ (18,7% респонденток опитування), які відповіли, що в них визначуваний рівень вірусного навантаження ВІЛ, або їм було складно відповісти на дане запитання. Слід надалі з'ясувати, що було зроблено групою супроводу цих жінок задля підвищення їх прихильності до АРТ.

Дані когортних досліджень свідчать, що низький рівень прихильності та побічні реакції на антиретровірусні ЛЗ є причинами невдачі та/або переривання лікування. У той же час, недотримання режиму лікування, низька прихильність може бути наслідком ряду чинників, наприклад, недостатньої підготовки пацієнта до лікування, неприйнятних побічних реакцій на лікарські засоби, депресії, інших розладів психічного стану у пацієнта або активного вживання психоактивних речовин (ПАР), відсутності доступу до психологічної підтримки та адекватної соціальної допомоги, переривання у постачанні медикаментів. Стратегія використання схеми АРТ, що не забезпечує повну супресію вірусу, завжди має бути нетривалою/короткою, оскільки подальше накопичення мутацій резистентності ВІЛ обмежує терапевтичні можливості та є небезпечним не лише для пацієнта, а й для громадського здоров'я, підвищуючи ризики розповсюдження стійких до АРВ лікарських засобів варіантів вірусу.

Слід надалі з'ясувати причини визначуваного рівня вірусного навантаження ВІЛ у 22 (7%) жінок – респонденток опитування) та дії команди медичного супроводу задля досягнення ефективності АРТ.

Кількість CD4-лімфоцитів є основним клінічним індикатором імунодефіциту у інфікованих ВІЛ. Цей показник є найважливішим критерієм у прийнятті рішення про початок, продовження та завершення профілактики опортуністичних інфекцій (ОІ), а також предиктором подальшого клінічного прогресування захворювання і виживання пацієнтів, що підтверджується результатами клінічних і когортних досліджень. Показник кількості CD4-лімфоцитів поступово зростає як результат тривалої супресії ВІЛ та відновлення імунітету пацієнта з ВІЛ.

Щодо доступу до визначення кількості клітин CD4 у жінок з ВІЛ, 60% учасниць опитування (180 з 300 осіб) вказали, що дане дослідження проводилось їм менше ніж півроку тому, 106 респонденток (35,3%) вказали період від півроку до року, 9 учасниць опитування (3%) відповіли, що дане дослідження їм проводилося більше року тому, а 5 учасниць (1,7%) не змогли відповісти на дане запитання. Відносно результатів останнього визначення кількості клітин CD4 у жінок з ВІЛ-позитивним статусом, які брали участь у даному опитуванні, 13 з 300 (4,3%) учасниць вказали, що в них кількість клітин CD4 при останньому визначенні склала < 200 клітин/мкл; 93 з 300 (31%) респонденток вказали діапазон від 200 до 500 клітин/мкл крові. За словами 45,4% респонденток (а саме 136 з 300 учасниць), при останньому визначенні у них кількості клітин CD4, результат був > 500 клітин/мкл крові. Не змогли відповісти на дане запитання 19,3% (58 з 300) респонденток опитування (Рис. 20. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за кількістю клітин CD4 при останньому визначенні (кількість абс.)).



**Рис.20. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за кількістю клітин CD4 при останньому визначенні (кількість абс.).**

Можна відзначити досить низькі показники стану клітинного імунітету за показником кількості клітин CD4 у великої частини жінок з ВІЛ, які брали участь в даному опитуванні: лише у 45,4% цих жінок результат при останньому визначенні кількості клітин CD4 був > 500 клітин/мкл крові.

В останньому запитанні 4-го Блоку ми попросили респонденток вказати, доступ до яких нових послуг вони отримали за останні півроку. Вказали, що отримали доступ до консультування в телефонному режимі 72,3% (217 з 300) учасниць; 94 учасниці (31,3%) отримали доступ до онлайн-консультування із

використанням Zoom, Skype, Viber, Telegram, WhatsApp тощо. Доставку АРВ ЛЗ додому з Сайту АРТ силами соціальних працівників, що організована їх Сайтом АРТ, як нову послугу відзначили 62 учасниці опитування (20,7%). Три жінки з ВІЛ – респондентки даного опитування (1%) отримали за останні півроку доступ до консультацій психолога, а одна учасниця (0,3%) – доступ до групи взаємодопомоги. *Варто зазначити, що в даному запитанні були доступні декілька варіантів відповіді, тому загальна сума відповідей перевищує 100%.*

В період епідемії варто розвивати нові форми догляду та підтримки прихильності до лікування з використанням дистанційних методів, зменшуючи необхідність частих відвідувань закладів охорони здоров'я.

### **Блок 5. COVID-19.**

На запитання щодо контакту із підтвердженим випадком COVID-19, майже третина жінок з ВІЛ, які брали участь у даному опитуванні, а саме 30,3% (91 з 300 осіб), відповіли, що мали контакт із підтвердженим випадком COVID-19. Майже половина з опитаних жінок з ВІЛ – 46% (138 з 300 осіб) відповіли, що у них не було контактів із підтвердженими випадками COVID-19, а для 23,7% респонденток (71 з 300 осіб) було складно відповісти на дане запитання (Рис. 21. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за контактами з підтвердженими випадками COVID-19 (абс. та %)).

#### **Чи був у Вас контакт із підтвердженим випадком COVID-19?**

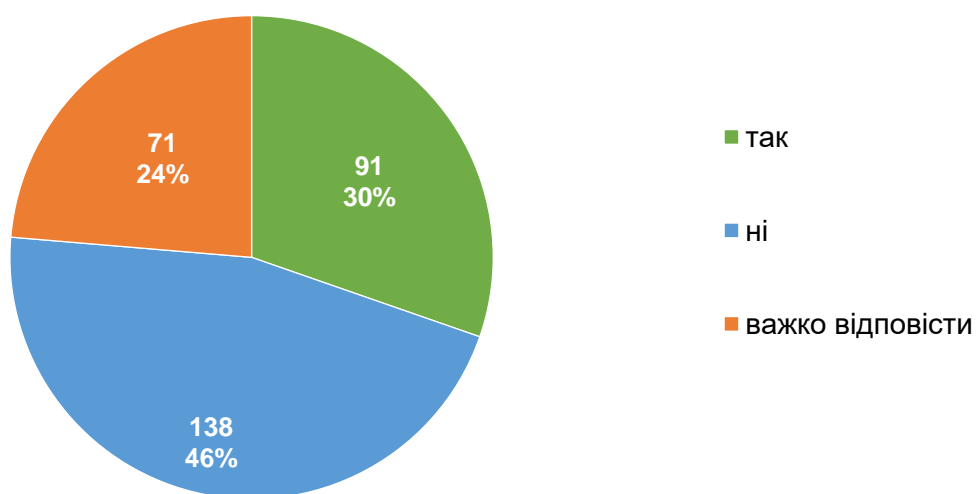


Рис.21. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за контактами з підтвердженими випадками COVID-19 (абс. та %).

Щодо підвищення температури та наявності симптомів гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), 111 з 300 (37,0%) опитаних мали симптоми за останні півроку. В той же час 62% респонденток (186 з 300 осіб) вказали, що в них не було подібних симптомів за останні півроку (Рис. 22. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за наявністю ознак гострої респіраторної вірусної інфекції протягом півроку перед опитуванням (кількість абс.)).



Рис.22. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за наявністю ознак гострої респіраторної вірусної інфекції протягом півроку перед опитуванням (кількість абс.).

Щодо діагнозу COVID-19, його було встановлено 10% (30 з 300) жінок з ВІЛ, які брали участь у даному опитуванні. Серед вказаних 30 жінок, 16 (53,3%) отримали доступ до безоплатного тестування на COVID-19 методом ПЛР, а 2 учасниці (6,7%) отримали доступ до безоплатного тестування за методом ІФА (визначення антитіл IgM/IgG). 3 жінок з ВІЛ – учасниць опитування, яким було встановлено діагноз COVID-19, 3 учасниці з 30 (10%) потребували госпіталізації.

Вакцинація проти COVID-19 у період даного опитування була недоступною.

## **Блок 6. Емоційний стан.**

Відповіді респонденток на перші 7 запитань даного блоку дозволили нам визначити та оцінити за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) <sup>[10]</sup> рівень тривоги жінок з ВІЛ, які прийняли участь у даному опитуванні. Таким чином, субклінічно виражений тривожний розлад можна запідозрити у 3,3% учасниць (10 з 300 осіб); клінічно виражений тривожний розлад – у 1,7% учасниць (5 з 300 осіб).

За оцінкою самих учасниць даного опитування – жінок, які живуть з ВІЛ, близько половини з них, а саме 53% (159 з 300 осіб), пов'язують погіршення свого емоційного стану з пандемією COVID-19.

Серед учасниць опитування 66,7% (106 зі 159 осіб) пов'язують погіршення свого емоційного стану із підвищенням фінансової нестабільності в період пандемії COVID-19, 57,2% респонденток (91 зі 159 осіб) пов'язують погіршення свого емоційного стану зі страхом захворіти на COVID-19. Також, для 28,9% учасниць (46 зі 159 осіб) опитування, обмеження доступу до медичних послуг за час епідемії та карантинних заходів зробило свій внесок у погіршення їх емоційного стану. Вказали, що обмеження соціальних взаємодій з близькими та друзями негативно впливає на їх емоційний стан 56 зі 159 (35,2%) жінок з ВІЛ. *Варто зазначити, що в даному запитанні були доступні декілька варіантів відповіді, тому загальна сума відповідей перевищує 100%.*

Щодо потреби у додатковій психологічній та/або соціальній допомозі, то більше половини учасниць опитування вказали, що вона їм необхідна. Так, 19,7% (59 з 300 осіб) обрали варіант відповіді «дуже потрібна», обрали варіант відповіді «так, було б непогано» 35,3% (106 з 300 осіб). Для 41 з 300 (13,7%) жінок з ВІЛ, які взяли участь у даному опитуванні, було складно відповісти на дане запитання (Рис. 23. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n=300) за потребою у додаткових психологічних та соціальних послугах (абс. та %)).

### Чи необхідна Вам додаткова психологічна та/або соціальна допомога в даний момент?

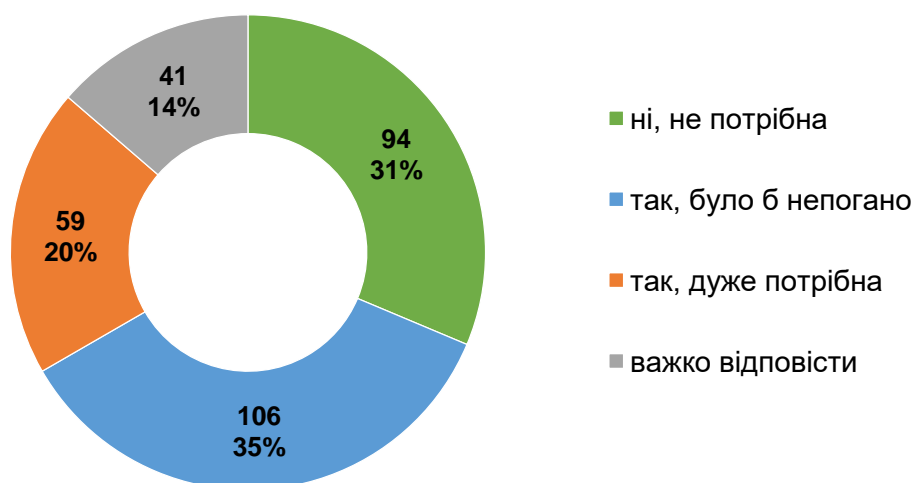


Рис. 23. Розподіл жінок з ВІЛ – респонденток опитування (n = 300) за потребою у додаткових психологічних та соціальних послугах (абс. та %).

## **9. Узагальнення. Висновки. Рекомендації.**

Пандемія COVID-19 на сьогодні є одним з головних викликів системі охорони здоров'я в Україні та світі. Вперше в Україні було проведено опитування 300 жінок віком від 18 до 45 років (медіана віку – 33 роки), які живуть з ВІЛ, з 18 областей України (Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Запорізька, Івано-Франківська, Київська, Кіровоградська, Луганська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Харківська, Херсонська, Чернівецька, Черкаська, Чернігівська області; тобто географічний розподіл проживання опитаної групи жінок з ВІЛ був широким та репрезентативним для країни) з метою оцінки впливу епідемії COVID-19 на якість медичних послуг для ВІЛ-позитивних жінок.

***Як виявило дане опитування, пандемія COVID-19 здійснила свій негативний вплив на різні аспекти життя жінок, які живуть з ВІЛ в Україні.***

### **Загальне становище та емоційний стан:**

***Економічне становище погіршилось:*** менш ніж за один рік епідемії COVID-19, у переважної більшості (71,3%) учасниць опитування, рівень доходів знизився у зв'язку з карантинними заходами та економічною кризою, пов'язаними з пандемією. При цьому, не всі матері, діти яких мають законне право на отримання матеріальної допомоги (10 неоподаткованих мінімумів), отримали таку матеріальну державну підтримку. Лише 74 учасниці опитування з 95 (77,9%) респонденток, які мали дітей молодше 18 місяців, та мали право на допомогу, отримали таку фінансову допомогу.

***Необхідна стратегія посилення заходів соціального захисту і матеріальної/фінансової допомоги для жінок з ВІЛ, а також допомога в адаптації до нових умов життя, пов'язаних з епідемією COVID-19: навчання, пошук нової роботи, що дозволяє працювати на дому або дистанційно. Потрібно посилити роз'яснювальну роботу щодо можливостей отримання фінансової допомоги сім'ям з дітьми, які живуть з ВІЛ.***

***Взаємини в родині і близькому оточенні погіршилися:*** у третини жінок, які живуть з ВІЛ, та проживають разом з іншими членами сім'ї, взаємини погіршилися. При цьому саме на сім'ю та близьке оточення необхідно спиратися при допомозі у вирішенні психологічних, соціальних і медичних проблем жінок, які живуть з ВІЛ.



*Ситуація погіршення взаємин в родині і близькому оточенні жінок вимагає подальшого вивчення, в тому числі і виявлення випадків насильства в сім'ї. Важливими є заходи, спрямовані на отримання знань і розуміння шляхів подолання кризових ситуацій, що виникають в сім'ї, підтримку благополучних комфортних і безпечних відносин жінок з їхнім близьким оточенням, заснованих на взаєморозумінні та взаємній підтримці.*

*Емоційний стан значно погіршився у близько половини опитаних жінок, та майже половина респонденток пов'язують це безпосередньо з впливом пандемії COVID-19. В першу чергу погіршення свого емоційного стану жінки пов'язують із підвищенням фінансової нестабільності, страхом захворіти на COVID-19, обмеженням доступу до медичних послуг за час епідемії та карантинних заходів та обмеженням соціальних взаємодій з близькими та друзями.*

*Існує нагальна потреба у додатковій психологічній та/або соціальній допомозі жінкам, які живуть з ВІЛ в Україні.*

*Необхідне вивчення/уточнення потреб у додаткових психологічних та/або соціальних послугах для жінок, які живуть з ВІЛ в Україні, під час епідемії COVID-19. Необхідна розробка та втілення відповідного плану дій, спрямованого на вирішення сформованих потреб уразливих груп на період пандемії COVID-19, що містить визначені заходи, узгоджений алгоритм дій та джерела відповідного фінансування.*

#### **Медичні послуги дітям:**

*Більше половини респонденток не відзначили погіршення доступу їх дітей з ВІЛ до АРТ за період епідемії COVID-19 та карантинних заходів. Можливість контролю ефективності антиретровірусної терапії у дітей з ВІЛ була доступною для більшості їх матерів за результатами досліджень рівня вірусного навантаження у дітей. Викликає занепокоєння виявлений факт, що рівень ВН ВІЛ при останньому дослідженні був невизначуваним (<40 ВІЛ-1 РНК копій/мл) лише трохи більше, ніж у половини з ВІЛ-позитивних дітей учасниць опитування. Тим часом, майже третина дітей з ВІЛ мали показник рівня вірусного навантаження ВІЛ-1 РНК > 40 копій/мл плазми крові при останньому дослідженні. Решта учасниць даного опитування не знали рівня вірусного навантаження ВІЛ у своїх дітей, що також викликає занепокоєння.*

*В той же час, досить низькі показники стану клітинного імунітету за кількістю клітин CD4 у великої частини дітей з ВІЛ, народжених ВІЛ-позитивними матерями (лише у половини з них цей показник був > 500 клітин/мкл крові) спільно з наведеними вище даними рівня ВН ВІЛ, можуть свідчити про недостатній рівень прихильності матерів до антиретровірусного лікування своїх дітей. Дане опитування не мало на меті визначення причин такого стану, вказана проблема потребує подальшого вивчення.*

**Доступ дітей опитаних жінок з ВІЛ до послуг лікаря-педіатра за період епідемії COVID-19 погіршився** на думку кожної п'ятої жінки (21,2%).

**Доступ до ранньої діагностики на ВІЛ для новонароджених ВІЛ-позитивними матерями не знизився, але не досягнув 100%.** Більшість жінок з ВІЛ (92,5%) вказали, що отримали доступ для їх дитини до тестування на ВІЛ методом ПЛР.

**Доступ до профілактичного лікування ко-тримоксазолом отримали тільки 16% дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками – учасницями опитування у 2020 році.** Проте ці дані не можна порівняти за відсутністю таких за період до початку пандемії COVID-19.

Серед причин на думку респонденток, які відзначили погіршення доступу дітей до медичних послуг, були безпосередньо пов'язані з карантинними заходами та епідемією COVID-19:

- проблеми з транспортом під час карантину;
- перенавантаження лікарів у зв'язку із карантинном і, як наслідок, складнощі із записом до лікаря – педіатра;
- страх інфікування вірусом SARS-CoV-2 при відвідуванні клініки.

#### **Контрацепція для ВІЛ-позитивних жінок:**

Плани відносно народження дітей за період епідемії COVID-19 у переважної частини ВІЛ-позитивних жінок не змінились. Лише 12% респонденток планують народження дитини в найближчому майбутньому. Близько половини опитаних жінок з ВІЛ не планують народження дітей. Тому питання контрацепції залишається актуальним.

Опитуванням виявлено **недостатнє охоплення консультуванням щодо ефективних методів контрацепції та недостатній доступ до засобів контрацепції** (лише близько чверті опитаних жінок з ВІЛ стабільно використовували надійні методи контрацепції).

Переважаюча частина опитаних вказали на зниження фінансових можливостей, а також на вплив їх погіршеного емоційного стану як причину обмеження доступу до ефективних методів контрацепції саме за період карантинних заходів у період епідемії COVID-19.

**Слід оптимізувати нормативну базу у сфері планування сім'ї та забезпечити потреби ВІЛ-позитивних жінок, зокрема у надійних методах контрацепції. Розробка та ефективне впровадження стратегії репродуктивного здоров'я жінок з ВІЛ є нагальною потребою.**

#### **Медичні послуги жінкам:**

**Погіршення доступу до послуг сімейного лікаря через його перенавантаження у період епідемії COVID-19** відзначено половиною опитаних жінок з ВІЛ.

**Доступ до медичних послуг в Центрі СНІДу/на сайті АРТ погіршився** за оцінкою чверті жінок, які живуть з ВІЛ, які прийняли участь у даному опитуванні. Проте **більшість респонденток (72%) не відзначили змін у доступі до медичних послуг в Центрі СНІДу/на сайті АРТ.**

**Доступ до послуг лікаря-гінеколога за період епідемії COVID-19 не змінився** на думку більшості учасниць даного опитування (78% відповідей).

**Доступ до лабораторних аналізів за період епідемії COVID-19 погіршився** на думку кожної п'ятої респондентки.

**Доступ до АРТ погіршився, переривання АРТ за час епідемії COVID-19 відбулися у 14,7% учасниць опитування.**

Головні причини переривання АРТ були вказані такі:

- відсутність можливості приїхати в ЗОЗ на сайт АРТ для отримання АРВ лікарських засобів;

- небажання приїхати в ЗОЗ на сайт АРТ через страх інфікуватися вірусом SARS-CoV-2;
- проблеми з транспортом під час карантину;
- в одному випадку закриття сайту АРТ через карантин;
- відсутність необхідних АРВ препаратів в ЗОЗ на сайті АРТ.

**Недостатній медико-соціальний супровід** – тільки 12,8% респонденток отримують послуги доставки АРВ лікарських засобів силами соціальних працівників сайту АРТ. Проте розвинулась нова форма доставки АРВ препаратів (майже кожна п'ята жінка отримує їх кур'єром/поштою за власний рахунок).

*Необхідно впроваджувати та розширювати використання нових форм доставки АРВ препаратів, які є зручними для пацієнток (Нова Пошта, кур'єрська служба) та забезпечувати пацієнток, які успішно приймають АРТ принаймні півроку, АРВ лікарськими засобами на строк від 3 до 6 місяців, бажано на півроку, відповідно до сучасних рекомендацій ВООЗ<sup>[13]</sup>.*

Дане опитування виявило у жінок з ВІЛ – учасниць опитування **недостатню ефективність АРТ**, як за показниками ВН, так і за сурогатним показником клітинного імунітету (кількість CD4). Кількість клітин CD4 лише у половини жінок при останньому визначенні складала > 500 клітин/мкл крові). Загальний показник досягнення вірусної супресії становив у когорті опитаних жінок з ВІЛ – 81,9%. Проте, за результатами даного опитування немає можливості вказати на конкретні причини недостатнього рівня (цільовий показник – 90%) досягнення вірусної супресії ВІЛ.

*Ситуація, яка виникла з епізодами переривання АРТ є тривожною, вимагає подальшого дослідження та розробки ефективних алгоритмів її вирішення, з огляду на необхідність забезпечення безперервності та життєвості АРТ для досягнення та збереження ефективності лікування.*

**Позитивні зміни у формах послуг за період з початку карантинних заходів у зв'язку з COVID-19 відмічені наступні:**

- доступ до консультування в телефонному режимі;

- онлайн-консультування із використанням Zoom, Skype, Viber, Telegram, WhatsApp тощо;
- доставка АРВ препаратів додому пацієнткам з сайту АРТ силами соціальних працівників сайту;
- доступ до онлайн-консультацій психолога та групи взаємодопомоги.

*В період епідемії COVID-19 варто розвивати нові форми догляду та підтримки прихильності до лікування з використанням дистанційних методів комунікації, зменшуючи необхідність частих відвідувань закладів охорони здоров'я.*

**Послуги безпосередньо пов'язані з COVID-19:** Кожна третя жінка мала контакт із підтвердженим випадком COVID-19, у 10% опитаних було підтверджено діагноз COVID-19. Виявлено **обмежений доступ до безоплатного тестування на COVID-19 методом ПЛР** (отримали доступ лише половина учасниць опитування з тих, що захворіли). Вакцинація проти COVID-19 під час даного опитування була недоступною.

*Слід з'ясувати чому в Україні є обмеженим доступ до безоплатного тестування на COVID-19 методом ПЛР та розробити алгоритм забезпечення доступу ЛЖВ до безоплатного тестування на COVID-19 в Україні. Потребує окремого дослідження доступ жінок з ВІЛ до вакцинації проти COVID-19.*

Дане опитування – це перший крок до оцінки впливу епідемії COVID-19 на якість медичних послуг для ВІЛ-позитивних жінок в Україні. Опитування виявило, що пандемія COVID-19 має свій негативний вплив на різні аспекти життя жінок, які живуть з ВІЛ в Україні. Медичні та немедичні проблеми, що виявлені в даній популяції жінок, потребують подальшого ретельного вивчення та уваги. Необхідною є розробка та втілення стратегій і заходів, спрямованих на подолання негативного впливу епідемії COVID-19 на життя та здоров'я ВІЛ-позитивних жінок в Україні, їх дітей та їх близького оточення.

## 10. Література:

1. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт / ВООЗ, Представництво ЮНЕЙДС в Україні. – Київ, 2009. – 240 с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні : інформ. бюлетень № 51 / МОЗ України. – Київ, 2020.
3. <http://spectrumbeta.futuresinstitute.org>
4. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р «Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року».
5. Стратегія ЮНЕЙДС на 2016-2021 «На шляху прискорення для подолання СНІДу». Цілі сталого розвитку, прийняті ООН 25 вересня 2015 року.  
<https://www.unaids.org.ua/ua/about-unaids/strategiya-stalogo-rozvitku>
  - a. Ціль 3: Забезпечити здоровий спосіб життя і сприяти добробуту для всіх в будь-якому віці.
  - b. Ціль 5: Домогтися гендерної рівності та розширити права і можливості всіх жінок і дівчаток.
  - c. Ціль 10: Зменшити нерівність всередині країн і між ними.
6. WHO Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis, 2nd edition.
7. Jiang H, Zhou Y, Tang W. Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic. Lancet HIV. 2020 May;7(5):e308-e309. doi: 10.1016/S2352-3018(20)30105-3. Epub 2020 Apr 6.
8. Наказ МОЗ України від 16.05.2016 №449 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини».
9. Керівництво ВООЗ «Профілактика ВІЛ та небажаної вагітності: стратегічний план 2011-2015 рр.».
10. <https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-01-13/HADS.pdf>
11. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Last updated: December 29, 2020.  
<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/overview>

12. British HIV Association guidelines for the management of HIV in pregnancy and postpartum 2018 (2020 third interim update).  
<https://www.bhiva.org/file/5f1aab1ab9aba/BHIVA-Pregnancy-guidelines-2020-3rd-interim-update.pdf>
13. WHO Updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring, March 2021.

**Шановна респондентко!**

*В рамках програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМР) ми проводимо опитування для оцінки впливу епідемії COVID-19 на якість медичних послуг для ВІЛ-позитивних жінок. Просимо Вас відповісти на декілька запитань анкети, ми гарантуємо Вам повну анонімність, результати опитування будуть використані тільки в узагальненому вигляді.  
Заздалегідь дякуємо за участь!*

**Блок 1. Загальні дані.**

1. **Будь ласка, вкажіть ваш вік (повних років)\_\_\_\_\_**
2. **Будь ласка, вкажіть в якій області України Ви проживаєте**  
\_\_\_\_\_
3. **Будь ласка, вкажіть в населеному пункті якого типу Ви проживаєте**
  - a. Місто
  - b. Обласний центр
  - c. Районий центрі
  - d. Інше (вкажіть) \_\_\_\_\_
4. **Вкажіть, будь ласка, вашу освіту**
  - a. Неповна середня
  - b. Повна середня
  - c. Спеціальна технічна
  - d. Неповна вища (бакалаврат)
  - e. Повна Вища (магістратура)
5. **Будь ласка, вкажіть ваш сімейний стан**
  - a. Незаміжня
  - b. У шлюбі
  - c. У домашньому партнерстві (в цивільному шлюбі)
  - d. В розлученні
  - e. Вдова
6. **Чи змінилися ваші взаємини в родині і близькому оточенні за час епідемії COVID-19?**
  - a. Так, покращилися
  - b. Ні
  - c. Так, погіршилися
7. **Скільки людей живуть разом з Вами?**
  - a. 1
  - b. 2



- c. 3
- d. >3
- e. Інше (вказіть) \_\_\_\_\_

8. **Як змінилися ваші доходи в зв'язку з карантинними заходами?**
- a. Збільшилися
  - b. Зменшилися
  - c. Не змінилися
9. **Яке з тверджень найкраще описує фінансове становище вашої сім'ї?**
- a. У нас не вистачає грошей на наші базові потреби
  - b. У нас ледь вистачає грошей на їжу і медикаменти, ми рідко купуємо одяг
  - c. У нас достатньо грошей на їжу, ми іноді купуємо одяг, але ми не маємо можливості відкласти гроші
  - d. У нас є деякі заощадження
  - e. Важко відповісти
  - f. Волію не відповідати

## **Блок 2. Діти.**

1. **Чи є у Вас діти?**
- a. Так (вказіть скільки дітей та їх вік)
  - b. Немає
  - c. Вагітність в даний час
2. **Якщо так, вкажіть ВІЛ-статус ваших дітей (скільки з позитивним статусом \_\_\_\_\_, скільки з негативним статусом \_\_\_\_\_)**

*Нижче питання з 3 по 8 для тих, у кого діти з ВІЛ-позитивним статусом*

3. **Якщо у вас є діти з позитивним ВІЛ-статусом, чи отримують вони АРТ?**
- a. Так
  - b. Ні
  - c. Інше (вказіть)
4. **Якщо дитина приймає АРТ, то як змінився доступ до АРТ для вашої дитини за останні півроку?**
- a. Покращився (вказіть як саме)
  - b. Погіршився (вказіть як саме)
  - c. Не змінився
  - d. Важко відповісти
5. **Коли в останній раз вашій дитині було зроблено аналіз на вірусне навантаження ВІЛ?**

- a. Менш ніж півроку тому
- b. Від півроку до року назад
- c. Понад рік тому
- d. Важко відповісти

**6. Чи було вірусне навантаження ВІЛ невизначуваним (<40 копій / мл)?**

- a. Так
- b. Ні
- c. Важко відповісти

**7. Коли в останній раз вашій дитині робили аналіз на CD4?**

- a. Менш ніж півроку тому
- b. Від півроку до року назад
- c. Понад рік тому
- d. Важко відповісти

**8. Яка кількість клітин CD4 було у дитини при останньому аналізі?**

- a. <200 клітин / мкл
- b. >200 але <500 клітин / мкл
- c. >500 клітин / мкл
- d. Важко відповісти

*Питання з 9 по 16 тільки для жінок, які мають дітей до 18 місяців (на додаток до питань з 3 по 8)*

**9. Чи є у Вас діти молодше 18 місяців?**

- a. Так
- b. Ні

**10. Якщо у Вас є дитина молодше 18 місяців, вкажіть яка допомога надається державою вашій дитині в зв'язку з ВІЛ-інфекцією?**

- a. Безкоштовні молочні суміші
- b. Фінансова допомога
- c. Інше - будь ласка, вкажіть \_\_\_\_\_

**11. Якщо ваша дитина народилася у 2020 році, чи отримала вона доступ до тестування на ВІЛ методом ПЛР?**

- a. Так
- b. Ні
- c. Інше (вкажіть) \_\_\_\_\_

**12. Вкажіть попередній результат обстеження вашої дитини на ВІЛ**

- a. Позитивний тест
- b. Негативний тест

с. Інше (вказіть) \_\_\_\_\_

13. Якщо ваша дитина народилася у 2020 році, чи отримала вона доступ до АРВ препаратів з метою профілактики ВІЛ?

- а. Так
- б. Ні
- с. Інше (вказіть) \_\_\_\_\_

14. Якщо ваша дитина народилася у 2020 році, чи отримала вона доступ до профілактичного лікування котримоксазолом?

- а. Так
- б. Ні
- с. Інше (вказіть) \_\_\_\_\_

15. Якщо у Вас дитина молодше 18 місяців, вкажіть як на вашу думку змінився доступ вашої дитини до медичної допомоги?

- а. Покращився
- б. Погіршився
- с. Не змінився
- д. Важко відповісти

16. Якщо доступ вашої дитини до медичної допомоги змінився, то яким чином? (вказіть)

---

---

---

### Блок 3 Контрацепція

*Коментарі для інформації: методи контрацепції - природні (по вагінальної температури протягом циклу, перерваний статевий акт), бар'єрні (презервативи чоловічі та жіночі), гормональні (таблетки, ін'єкції, пластир), хірургічні. У даній анкеті пропонуються питання по бар'єрних і гормональних методах.*

1. Чи плануєте Ви народження дитини?

- а. Так, в найближчому майбутньому
- б. Так, у віддаленій перспективі
- с. Ні, не планую
- д. Важко відповісти

2. **Чи змінилися за час епідемії COVID-19 ваші плани щодо народження дитини, якщо Ви це планували?**
  - a. Так, прийнято рішення відкласти
  - b. Так, раніше планувала в віддаленому майбутньому, але прийнято рішення не відкладати
  - c. Ні, не змінилися
  - d. Важко відповісти
  
3. **Чи отримували Ви коли-небудь раніше консультування щодо методів контрацепції?**
  - a. Так (вказіть де і коли) \_\_\_\_\_
  - b. Ні
  - c. Важко відповісти
  
4. **Чи використовуєте Ви надійні методи контрацепції?**
  - a. Так завжди
  - b. Так, періодично
  - c. Ні, не використовую
  - d. Інше (вказіть) \_\_\_\_\_
  
5. **Чи відчували Ви проблеми з доступом до надійних методів контрацепції за час епідемії COVID-19?**
  - a. Так, значно
  - b. Так, незначно
  - c. Ні
  - d. Інше (вказіть) \_\_\_\_\_
  
6. **Якщо Ви мали проблеми з доступом до надійних методів контрацепції за час епідемії COVID-19, то вкажіть, будь ласка, з якої причини?**
  - a. Зниження фінансових можливостей
  - b. Обмеження доступу до медичної (наприклад, гінекологічної) допомоги
  - c. Вплив емоційного стану
  - d. Є більш важливі проблеми
  - e. Інше - будь ласка, вкажіть \_\_\_\_\_

#### **Блок 4. Доступ до медичної допомоги та АРТ.**

1. **Будь ласка, вкажіть як на вашу думку змінився ваш доступ до медичних послуг за час епідемії COVID-19 і карантинних заходів?**

	Покращився	Погіршився	Не змінився	Коментарі
Доступ до послуг сімейного лікаря				

	Покращився	Погіршився	Не змінився	Коментарі
Доступ до медичних послуг в Центрі СНІДу / на сайті АРТ				
Доступ до послуг лікаря-гінеколога				
Доступ до лабораторних аналізів				
Доступ до лікаря-педіатра (для тих, в кого є діти)				

2. **Чи приймаєте Ви АРТ в даний час?**
  - a. Так
  - b. Ні
  
3. **Чи були у Вас епізоди переривання АРТ за час епідемії COVID-19?**
  - a. Так
  - b. Ні
  
4. **Якщо так, то якою була причина?**
  - a. Відсутність призначених / необхідних мені препаратів на Сайті АРТ
  - b. Відсутність можливості приїхати за препаратами на Сайт АРТ
  - c. Сайт був закритий через карантин
  - d. Небажання приїхати на Сайт АРТ через страх інфікуватися COVID-19
  - e. Інше - будь ласка, вкажіть
  
5. **На який період Ви отримуєте АРВ препарати на своєму Сайті АРТ?**
  - a. На 1 місяць
  - b. На 3 місяці
  - c. На 6 місяців
  - d. Інше - будь ласка, вкажіть \_\_\_\_\_
  
6. **Яким чином Ви отримуєте АРВ препарати на вашому Сайті АРТ?**
  - a. Самостійно забираєте їх на Сайті
  - b. Доставка силами соціальних працівників Вашого сайту
  - c. Доставка кур'єром / поштою (оплата за Ваш рахунок)
  - d. Доставка кур'єром / поштою (оплата НЕ за Ваш рахунок)
  - e. Ваш близька людина забирає АРВ препарати за Вас
  - f. Інше - будь ласка, вкажіть

7. **Якщо у Вас є діти, які приймають АРТ, вкажіть яким чином вони отримують препарати**
- Так само як і я
  - Інше (вкажіть) \_\_\_\_\_
8. **Коли в останній раз Ви здавали аналіз на вірусне навантаження ВІЛ?**
- Менш ніж півроку тому
  - Від півроку до року назад
  - Понад рік тому
  - Важко відповісти
9. **Чи було вірусне навантаження ВІЛ невизначуване (<40 копій / мл)?**
- Так
  - Ні
  - Важко відповісти
10. **Коли в останній раз Ви здавали аналіз на CD4?**
- Менш ніж півроку тому
  - Від півроку до року назад
  - Понад рік тому
  - Важко відповісти
11. **Яка кількість клітин CD4 була у Вас при останньому аналізі?**
- <200 клітин / мкл
  - > 200 але <500 клітин / мкл
  - > 500 клітин / мкл
  - Важко відповісти
12. **Доступ до яких нових послуг Ви отримали за останні півроку?**  
*(Можете вказати кілька варіантів відповіді)*
- Консультавання в телефонному режимі
  - Онлайн-консультавання (Zoom, Skype, Viber, Telegram, WhatsApp і т.п.)
  - Доставка АРВ препаратів до дому (організовано Вашим Сайтом АРТ)
  - Інше - будь ласка, вкажіть \_\_\_\_\_

## **Блок 5 COVID-19**

1. **Чи були Ви в контакті з підтвердженим випадком COVID-19?**
- Так
  - Ні
  - Важко відповісти

2. **Чи був у Вас особисто за останні півроку випадок підвищення температури з ознаками ГРВІ – гострої респіраторної вірусної інфекції (кашель, утруднене дихання, зниження чутливості до запахів, та інше)**
  - a. Так
  - b. Ні
  - c. Важко відповісти
  
3. **Чи був Вам особисто встановлений діагноз COVID-19?**
  - a. Так
  - b. Ні
  - c. Важко відповісти
  
4. **Яку медичну допомогу Ви отримали в зв'язку з даним випадком контакту або захворювання (якщо «так» п.1 та/або п.2 та/або п.3)?**  
*(можете вказати кілька варіантів відповіді)*
  - a. Безкоштовне тестування методом ПЛР
  - b. Безкоштовне тестування методом ІФА (визначення антитіл IgM / IgG)
  - c. Амбулаторна допомога
  - d. Госпіталізація
  - e. Безкоштовну медичну допомогу не отримувала

#### **Блок 6 : Емоційний стан**

1. **Чи відчуваєте Ви напругу? Чи відчуваєте, що вам «не по собі»?**
  - a. Весь час
  - b. Часто
  - c. Час від часу, іноді
  - d. Зовсім не відчуваю
  
2. **Те, що приносило Вам велике задоволення, і зараз викликає у Вас таке ж почуття?**
  - a. Безумовно, це так
  - b. Напевно, це так
  - c. Лише в дуже малому ступені це так
  - d. Це зовсім не так
  
3. **Чи відчуваєте Ви почуття страху? Чи здається Вам, ніби щось жахливе може ось-ось статися?**
  - a. Безумовно це так, і страх дуже сильний
  - b. Так, це так, але страх не дуже сильний
  - c. Іноді, але це мене не турбує
  - d. Зовсім не відчуваю

4. **Чи здатні Ви розсміятися та побачити в тій чи іншій події щось смішне?**
  - a. Безумовно, це так
  - b. Напевно, це так
  - c. Лише в дуже малому ступені це так
  - d. Це зовсім не так
  
5. **Як часто неспокійні думки крутяться у Вас в голові?**
  - a. Постійно
  - b. Більшу частину часу
  - c. Час від часу
  - d. Тільки іноді
  
6. **Чи відчуваєте Ви себе бадьорою?**
  - a. Зовсім не відчуваю
  - b. Дуже рідко
  - c. Іноді
  - d. Практично весь час
  
7. **Чи можете Ви легко сісти і розслабитися?**
  - a. Безумовно, це так
  - b. Напевно, це так
  - c. Лише зрідка це так
  - d. Зовсім не можу
  
8. **Чи пов'язуєте Ви свій емоційний стан з пандемією COVID-19?**
  - a. Так
  - b. Ні
  
9. **Якщо так, то з яким саме аспектом епідемії COVID-19 в Україні Ви в більшій мірі пов'язуєте свій стан?**
  - a. Підвищення фінансової нестабільності
  - b. Страх інфікуватися і захворіти COVID-19
  - c. Обмеження доступу до медичних послуг
  - d. Обмеження соціальних взаємодій (наприклад, спілкування) з близькими, друзями
  - e. Інше - будь ласка, вкажіть
  
10. **Чи потрібна Вам додаткова психологічна та / або соціальна допомога та підтримка в даний момент?**
  - a. Так, дуже потрібна
  - b. Да було б непогано
  - c. Ні, не потрібна
  - d. Важко відповісти

**Дякуємо за участь!**