

ИССЛЕДОВАНИЕ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, ПОТЕРЯННЫХ ИЗ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Исследование реализовано специалисткой по мониторингу и оценке Ассоциации «Е.В.А.» Алиной Банщиковой в рамках проекта «Из виртуальности в реальность».

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Люди, живущие с ВИЧ (далее по тексту – ЛЖВ), потерянные из диспансерного наблюдения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

изучить группу ЛЖВ, потерянных из диспансерного наблюдения, и разработать рекомендации для работы с ней по возвращению на диспансерное наблюдение и лечению.



ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1

описать социально-демографические и медико-социальные характеристики ЛЖВ, потерянных из диспансерного наблюдения, составить социально-демографический и медико-социальный портрет ЛЖВ, потерянных из диспансерного наблюдения;

2

выявить факторы, которые повлияли на потерю ЛЖВ из диспансерного наблюдения;

3

установить взаимосвязь между социально-демографическими/медико-социальными характеристиками ЛЖВ, потерянными из диспансерного наблюдения, и факторами, которые повлияли на потерю ЛЖВ из диспансерного наблюдения.

ГЕОГРАФИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ



ОБЪЕМ ВЫБОРОЧНОЙ СОВОКУПНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ

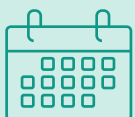


370
человек

доверительная вероятность 95%

доверительный интервал 5%

ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ



апрель
-июль
2022г.



Анализ данных осуществлялся в программе IBM SPSS Statistics.

СБОР ДАННЫХ



Опрос проводился среди ЛЖВ, потерянных из диспансерного наблюдения, с которыми установили контакт или взяли на сопровождение в апреле 2022 г. – июле 2022 г. в проекте «Из виртуальности в реальность».

ОГРАНИЧЕНИЯ ПРИ СБОРЕ И АНАЛИЗЕ ДАННЫХ

ЛЖВ, потерянные из диспансерного наблюдения, являются закрытой группой, доступ к которой есть у медицинских и социальных работников. К тому же в регионах существует разный доступ к различным ключевым группам.

Например, в Нижегородской области налажена система взаимодействия с местами лишения свободы, а в Тюменской области есть доступ к реабилитационным центрам и людям, употребляющим наркотики.

Данные особенности создают сложности при распределении выборочной совокупности и проверке качества собранных данных.

ЗАДАЧА №1*

*В контексте исследования были проанализированы наиболее устойчивые и часто встречающиеся **социально-демографические характеристики**:

- пол;
- возраст;
- образование;
- профессия и занятость;
- уровень доходов;
- место жительства и миграция;
- демографическое поведение;
- состав семьи.

Дополнительно рассмотрели следующие **медико-социальные характеристики**:

- возраст на момент установления диагноза;
- факторы рискованного поведения относительно ВИЧ (незащищенные половые контакты, употребление наркотиков);
- принадлежность к ключевым группам;
- ВИЧ-статус сексуального партнера.

ОБЩИЙ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ЛЖВ, ПОТЕРЯННЫХ ИЗ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ:

женщин и мужчин в возрасте от 20 до 39 лет со средним профессиональным образованием



имеют постоянную или временную работу



квалифицированные или неквалифицированные рабочие, либо служащие без высшего образования



46%

состоят в отношениях, чаще в незарегистрированном браке, реже в официальном



уровень доходов на 1 чел. в семье превышает прожиточный минимум



54%

являются родителями 1 ребенка

ОБЩИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ЛЖВ, ПОТЕРЯННЫХ ИЗ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ:

узнали о своем статусе в возрасте 20-29 лет



имеют постоянного полового партнера



имеют ВИЧ-отрицательных партнеров



имеют ВИЧ-положительных партнеров



предпочли не делиться информацией о статусе партнера



не имеют опыта употребления наркотиков ни в прошлом, ни в данный момент



36%

люди, употребляющие наркотики (если оценивать принадлежность опрошенных к ключевой группе)

ЗАДАЧА №2**

На основе изученных методических рекомендаций, результатов исследований, опыта региональных команд и проектных ограничений мы решили в рамках 2 задачи рассмотреть следующие факторы потери ЛЖВ из диспансерного наблюдения: **ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ и **ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ**.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, которые повлияли на потерю ЛЖВ из диспансерного наблюдения:



1. ИНДИКАТОР «ОСОЗНАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ АРТ/ГОТОВНОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ»

Среди общего количества опрошенных в 5 регионах

65%

указали, что им трудно было соблюдать режим приема АРТ

53%

испытывали усталость от постоянного приема АРТ

51%

не верили, что от приема АРТ будут чувствовать себя лучше

51%

указали отсутствие примера позитивного влияния АРТ на здоровье в прошлом

53%

не видели эффекта от приема АРТ

2. ИНДИКАТОР «СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА: ХОРОШЕЕ САМОЧУВСТВИЕ КАК ФАКТОР ОТКАЗА ОТ АРТ»

Среди общего количества опрошенных в 5 регионах

60%

отметили, что не принимали АРТ в связи с хорошим самочувствием

53%

указали, что знали о своих проблемах со здоровьем, но не посещали Центр СПИД

56%

не посещали Центр СПИД в связи с отсутствием времени на это

33%

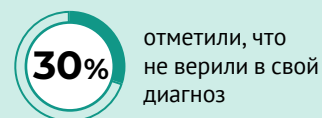
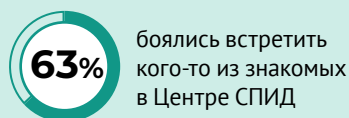
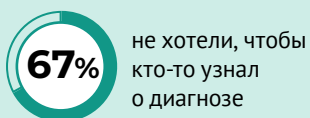
указали, что они не посещали Центр СПИД из-за страха узнать плохие новости о здоровье





3. ИНДИКАТОР «САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ: СТРАХ РАЗГЛАШЕНИЯ/НЕПРИНЯТИЕ ДИАГНОЗА»

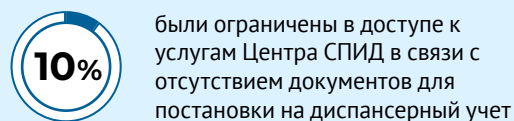
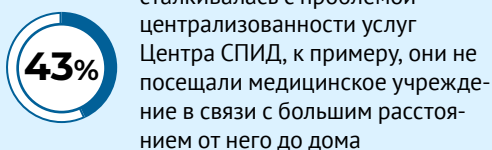
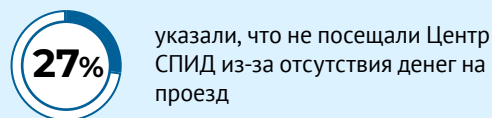
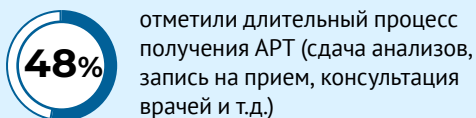
Среди общего количества опрошенных в 5 регионах



ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ, которые повлияли на потерю ЛЖВ из диспансерного наблюдения:

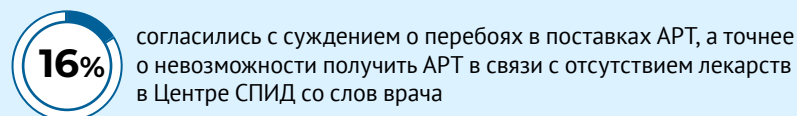
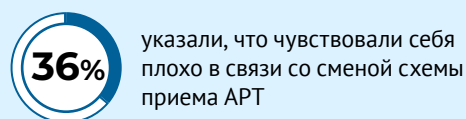
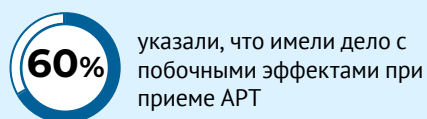
1. ИНДИКАТОР «ДОСТУПНОСТЬ И УДОБСТВО РАБОТЫ СЛУЖБ»

Среди общего количества опрошенных в 5 регионах



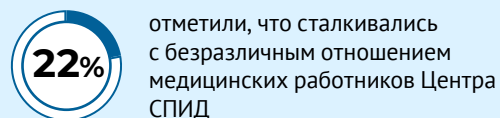
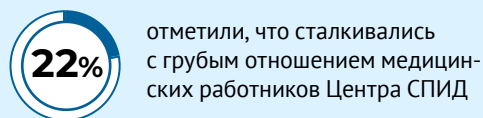
2. ИНДИКАТОР «КАЧЕСТВО ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ»

Среди общего количества опрошенных в 5 регионах



3. ИНДИКАТОР «ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТАМ В ЛПУ»

Среди общего количества опрошенных в 5 регионах



ЗАДАЧА №3***

В результате построения таблиц сопряженности и расчета критерия χ^2 мы установили некоторые взаимосвязи между полом, возрастом, образованием, семейным положением, количеством детей, типом трудовой занятости, уровнем дохода респондента и факторами потери ЛЖВ из диспансерного наблюдения.

Большинство данных представлены в номинальной шкале, поэтому в рамках данного исследования не представляется возможным установить силу и частоту влияния социально-демографических и медико-социальных характеристик на факторы потери ЛЖВ из диспансерного наблюдения.



ПОЛ

респондента может оказывать влияние на степень согласия со следующими суждениями:

«Когда я принимал АРТ, у меня были побочные эффекты»

(организационный факторы — качество предоставляемых услуг)

«Я боялся встретить кого-то из знакомых в Центре СПИД»

(индивидуальный фактор — самостигматизация: страх разглашения диагноза)

«У меня не было времени посещать Центр СПИД»

(индивидуальный фактор — состояние здоровья пациента: низкое значение своего здоровья)

«Я не верил, что у меня есть ВИЧ»

(индивидуальный фактор — самостигматизация: принятие диагноза)



ВОЗРАСТ

респондента может оказывать влияние на степень согласия со следующими суждениями:

«У меня не было времени посещать Центр СПИД»

(индивидуальный фактор — состояние здоровья пациента: низкое значение своего здоровья)

«Я не верил, что у меня есть ВИЧ»

(индивидуальный фактор — самостигматизация: принятие диагноза)

«Я не хотел, чтобы кто-то узнал о моём диагнозе»

(индивидуальный фактор — самостигматизация: страх разглашения диагноза)



ОБРАЗОВАНИЕ

респондента может оказывать влияние на степень согласия со следующими суждениями:

«Я не верил, что от приема АРТ буду лучше себя чувствовать»

(индивидуальный фактор — осознание необходимости АРТ/готовность к лечению)

«Я боялся узнать плохие новости о моём здоровье, поэтому не посещал Центр СПИД»

(индивидуальный фактор — состояние здоровья пациента: страх узнать реальную ситуацию в отношении здоровья)

«Я не ездил в Центр СПИД, потому что у меня не было денег на проезд»

(организационный фактор — доступность и удобство работы служб)

«Я боялся встретить кого-то из знакомых в Центре СПИД»

(индивидуальный фактор — самостигматизация: страх разглашения диагноза)

«Я не ездил в Центр СПИД, потому что он далеко находится от моего дома»

(организационный фактор — доступность и удобство работы служб)



СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

респондента может оказывать влияние на степень согласия со следующими суждениями:

«Я сталкивался в Центре СПИД с грубым отношением медицинских работников ко мне»

(организационный фактор — отношение к пациентам в ЛПУ)

«Медицинские работники в Центре СПИД безразлично относились ко мне»

(организационный фактор — отношение к пациентам в ЛПУ)

«Когда я принимал АРТ, у меня были побочные эффекты»

(организационный фактор — качество предоставляемых услуг)



КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ

у респондента может оказывать влияние на степень согласия со следующими суждениями:

«Получение АРТ занимало много времени: сдать анализы, записаться на прием, пройти врачей и т.д.»

(организационный фактор — доступность и удобство работы служб)

«У меня не было документов (например, паспорта или прописки) для постановки на учет в Центр СПИД»

(организационный фактор — доступность и удобство работы служб)



ТИП ТРУДОВОЙ ЗАНЯТОСТИ

респондента может оказывать влияние на степень согласия со следующими суждениями:

«Мне поменяли схему приема АРТ, и я начал чувствовать себя плохо»

(организационный фактор — качество предоставляемых услуг)

«Получение АРТ занимало много времени: сдать анализы, записаться на прием, пройти врачей и т.д.»

(организационный фактор — доступность и удобство работы служб)

«Я не ездил в Центр СПИД, потому что у меня не было денег на проезд»

(организационный фактор — доступность и удобство работы служб)

«У меня не было документов (например, паспорта или прописки) для постановки на учет в Центр СПИД»

(организационный фактор — доступность и удобство работы служб)

«Я не ездил в Центр СПИД, потому что он далеко находится от моего дома»

(организационный фактор — доступность и удобство работы служб)

«Я чувствовал себя хорошо, поэтому не принимал терапию»

(индивидуальный фактор — состояние здоровья пациента: хорошее самочувствие как фактор отказа от АРТ)



УРОВЕНЬ ДОХОДА

респондента может оказывать влияние на степень согласия со следующими суждениями:

«Я сталкивался в Центре СПИД с грубым отношением медицинских работников ко мне»

(организационный фактор — отношение к пациентам в ЛПУ)

«Получение АРТ занимало много времени: сдать анализы, записаться на прием, пройти врачей и т.д.»

(организационный фактор — доступность и удобство работы служб)

«Когда я принимал АРТ, у меня были побочные эффекты»

(организационный факторы — качество предоставляемых услуг)

«Я не ездил в Центр СПИД, потому что у меня не было денег на проезд»

(организационный фактор — доступность и удобство работы служб)

«Я чувствовал себя хорошо, поэтому не принимал терапию»

(индивидуальный фактор — состояние здоровья пациента: хорошее самочувствие как фактор отказа от АРТ)

«Я не ездил в Центр СПИД, потому что он далеко находится от моего дома»

(организационный фактор — доступность и удобство работы служб)

«Я не видел эффекта от приема АРТ»

(индивидуальный фактор — осознание необходимости АРТ/готовность к лечению)

«Я боялся узнать плохие новости о моём здоровье, поэтому не посещал Центр СПИД»

(индивидуальный фактор — состояние здоровья пациента: страх узнать реальную ситуацию в отношении здоровья)

«У меня не было времени посещать Центр СПИД»

(индивидуальный фактор — состояние здоровья пациента: низкое значение своего здоровья)

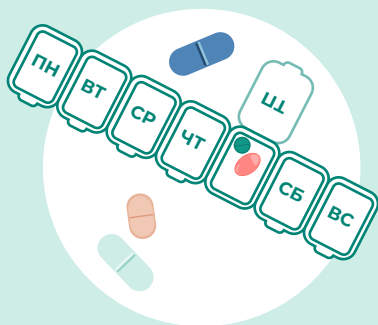
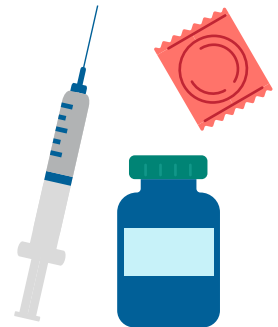
Отметим, что наиболее выражены взаимосвязи между образованием, типом трудовой занятости и факторами потери ЛЖВ из диспансерного наблюдения.

РЕКОМЕНДАЦИИ:



В работе с ЛЖВ, потерянными из диспансерного наблюдения, следует использовать практики, ориентированные на разные возрастные группы (преимущественно на молодой и средний возраст), средний социальный статус и ограниченный уровень доходов благополучателей. Например, можно организовать выдачу продуктовых наборов, транспортных и мобильных карт, а также заменителей грудного молока, подгузников и других необходимых вещей для семей, проводить консультации по получению социальных льгот и пособий.

Стоит обратить внимание на информирование о безопасных практиках, которые снижают риск заражения и передачи ВИЧ-инфекции при сексуальных контактах и инъекционном употреблении наркотиков; организовать выдачу презервативов и одноразовых шприцев; проводить информационную работу и оказывать услуги по сопровождению клиентов наркологических диспансеров в Центр СПИД для постановки на диспансерное наблюдение и начала/возобновления АРТ.



В рамках консультаций по приверженности необходимо информировать ЛЖВ, потерянных из диспансерного наблюдения, о специфике АРТ и способах соблюдения режима приема препаратов; подчеркивать важность регулярного приема АРТ, вероятного возникновения побочных эффектов и возможностях изменения схем лечения. Помимо консультаций можно проводить группы взаимопомощи, организовывать чаты единомышленников, таким образом, создавать позитивную среду для ЛЖВ, в которой можно найти необходимую информацию о жизни с ВИЧ, получить поддержку и помощь от сообщества и специалистов.

Значительная часть работы с ЛЖВ, потерянными из диспансерного наблюдения, должна включать в себя активности, направленные на формирование ценности собственного здоровья и преодоления самостигматизации. Такими активностями могут быть консультации по приверженности и жизни с ВИЧ, консультации психолога, группы взаимопомощи, чаты единомышленников.



В работе с ЛЖВ, потерянными из диспансерного наблюдения, важно внедрять механизмы упрощенного алгоритма посещения Центра СПИД («зеленый коридор»). «Зеленый коридор» — это комплекс услуг, направленный на получение оперативной качественной медицинской помощи, который может включать в себя навигацию с помощью равных консультантов, прием вне очереди, ускоренное клиническое обследование и назначение АРТ, доставку АРТ и забор крови на дому, помощь с транспортировкой.



Равным консультантам важно устанавливать устойчивую коммуникацию с медицинскими специалистами Центра СПИД, в рамках которой можно проводить работу, направленную на формирование толерантного отношения к ЛЖВ (например, обучающие мероприятия, консультации, дружественные беседы).

Наличие взаимосвязей между социально-демографическими характеристиками ЛЖВ и факторами потери из диспансерного наблюдения подтверждают описанные ранее выводы об использовании в работе с данной целевой группой практик, ориентированных на разные возрастные категории (преимущественно на молодой и средний возраст), средний социальный статус и ограниченный уровень доходов благополучателей.



РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ПРАКТИКИ, КОТОРЫЕ УЖЕ РЕАЛИЗУЮТСЯ В ПРОЕКТЕ «ИЗ ВИРТУАЛЬНОСТИ В РЕАЛЬНОСТЬ» И СТИМУЛИРУЮТ КЛИЕНТОВ НА ПОСЕЩЕНИЕ ЦЕНТРА СПИД И НАЧАЛО/ВОЗОБНОВЛЕНИЕ АРТ:



Выдача продуктовых наборов, транспортных и мобильных карт, а также заменителей грудного молока, подгузников и других необходимых вещей для семьи.



Консультации по получению социальных льгот и пособий.



Консультации по приверженности, в том числе о специфике АРТ и способах соблюдения режима приема препаратов; о важности регулярного приема АРТ; вероятного возникновения побочных эффектов и возможностях изменения схем лечения.



Группы взаимопомощи, чаты единомышленников, таким образом, создается и поддерживается позитивная среда для ЛЖВ, в которой можно найти необходимую информацию о жизни с ВИЧ, получить поддержку и помощь от сообщества и специалистов.



Поиск клиентов на детоксикации в наркологических диспансерах.



Информирование о безопасных практиках, которые снижают риск заражения и передачи ВИЧ-инфекции при сексуальных контактах и инъекционном употреблении наркотиков.



В регионах внедрена система «Зеленого коридора», либо его элементы (например, навигация с помощью равных консультантов, прием вне очереди, ускоренное клиническое обследование и назначение АРТ, доставка АРТ и забор крови на дому, помощь с транспортировкой).



Установление устойчивой коммуникации с медицинскими специалистами Центра СПИД, в рамках которой проводится работа, направленная на формирование толерантного отношения к ЛЖВ, например, дружественные беседы.