

Анализ барьеров: открывая двери к АРТ

Результаты исследований:

- причин выхода из АРТ
- позднего начала АРТ
- не обращения за АРТ

Светлана Попович – координатор Программ ВИЧ, Департамент по координации, реализации и мониторингу проектов в области здравоохранения.

01

Причины выхода из АРТ

Методологические аспекты

Респонденты ЛЖВ, которые не принимали лечения в течении последнего года больше, чем 30 дней.

Период сбора данных 2021

Тип исследования основан на опросе респондентов.

Критерии включения/исключения

1. ЛЖВ, которые не принимали лечения в течении последнего года больше, чем 30 дней.
2. Граждане РМ.
3. Физически и психически способные отвечать на вопросы опросника.
4. Давшее письменное согласие на участие в исследование.
5. Возраст старше 18 лет.

Объем выборки

334 ЛЖВ в возрасте старше 18 лет, которые не принимали лечения в течении последнего года больше, чем 30 дней

Основные результаты

Социально демографический профиль (1)

1. Социально-демографический профиль людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), которые прекратили АРТ, по возрасту (средний возраст 37 лет) и полу (52% мужчин и 48% женщин) не отличается от основной группы ЛЖВ, получающих лечение. Таким образом, **пол и возраст не являются факторами, определяющими повышенный риск отказа от терапии.**
2. Сравнение с данными исследования «Стигма индекс» 2017–2018 показывает, что уровень образования среди ЛЖВ, получающих АРТ, также существенно не отличается от целевой группы исследования. Около половины респондентов (45,7%) на момент опроса имели образование не выше 9 классов, что указывает **на низкий уровень образования.** Учитывая средний возраст этой категории ЛЖВ (37 лет), маловероятно, что уровень их образования существенно повысится в будущем. В связи с этим низкий уровень образования указывает на необходимость дополнительных ресурсов для взаимодействия с данной группой, включая достаточное время и усилия как со стороны медицинского, так и немедицинского персонала, обученного работе с целевой аудиторией.
3. Кроме того, официально трудоустроен только один из пяти респондентов (20,1%) по сравнению с 32,4% среди ЛЖВ, получающих АРТ, что свидетельствует о **низком уровне дохода** как возможном факторе риска отказа от лечения, поскольку посещение лечебных центров требует в том числе и финансовых затрат.

Основные результаты

Социально демографический профиль(2)

4. Доля людей, выезжавших на заработки за границу на срок более трех месяцев в течение последних 12 месяцев, практически совпадает с долей **трудовых мигрантов** среди ЛЖВ, получающих АРТ, по данным исследования «Индекс стигмы» (26,6%). Это указывает на то, что миграция сама по себе **не является фактором риска** отказа от терапии.
5. Учитывая, что доля городского населения среди ЛЖВ, принимающих АРТ, составляет около 30%, а среди респондентов этого исследования — всего 17,2%, можно предположить, что доступность **лечебных центров** может оказывать влияние на приверженность к терапии.
6. **Доля лиц, употребляющих алкоголь** (47,1%) и наркотики (11,7%), остаётся значительной, что указывает на повышенный риск отказа от АРТ среди людей с зависимостями от вредных веществ. Особенно заметна разница в потреблении алкоголя между регионами: в сельских и малых городских районах этот показатель в два раза выше, чем в крупных городах.

Основные причины выхода из АРТ

Категория ответов		Процент респондентов
I. Ответы, связанные с доступностью медицинских услуг		
1.	нехватка времени, необходимого для посещения Центра по лечению;	47,9%
2.	отсутствие необходимых финансовых средств для посещения Центра по лечению;	41,3%
3.	трудности с тем, чтобы добраться до Центров по лечению(местоположение);	29,3%
4.	длительное время ожидания на прием к врачу;	14,1%
5.	не смогли отпроситься с работы.	14,0%
II. Ответы, связанные с нерегулярным приемом		
1.	забывают принять таблетки;	39,8%
2.	в том числе по причине употребления алкоголя и психоактивных веществ.	26,3%
III. Ответы, связанные с неосознанием необходимости лечения		
1.	не видят смысла, так как чувствуют себя хорошо;	28,7%
2.	не верят в эффективность лечения.	20,1%
IV. Ответы, связанные с проблемами со здоровьем		
1.	из-за побочных эффектов на медикаменты;	22,2%
2.	из-за сопутствующих заболеваний.	15,3%

Факторы, которые помогли бы вернуться в АРТ или не бросить АРТ

Категория ответов		Процент респондентов
I. Повышение доступности услуг		
1.	отпуск лекарств на 6-12 месяцев;	65,6%
2.	возможность получить АРВ-лечение ближе к месту жительства;	44,9%
3.	оплата проезда до Центра по лечению;	43,1%
4.	меньшие затраты времени на получение медикаментов (меньше очереди в Центрах по лечению);	24,3%
5.	возможность записи к врачу и соблюдение ее;	19,5%
6.	больше времени на общение с врачом.	17,7%
II. Улучшение качества лечения		
1.	возможность приема более легких схем (один раз в неделю, в месяц);	30,2%
2.	прием препаратов с меньшим количеством побочных эффектов;	24,4%
III. Запрос о наличии лечения зависимости		18,0%
IV. Более доброжелательное отношение со стороны медицинского персонала		10,0%

Основные выводы и рекомендации

1. **Каждого человека с диагнозом ВИЧ следует изначально рассматривать как потенциального кандидата на отказ от АРТ.** На момент исследования не было выявлено определённого социально-демографического профиля людей, живущих с ВИЧ, которые имеют повышенный риск прекращения АРТ — такие характеристики, как возраст, пол, уровень образования или статус трудовой миграции, не влияют на вероятность отказа от терапии.
2. Необходимо продолжить процесс **децентрализации АРТ** и максимально приблизить специализированные услуги к месту жительства пациентов, что поможет преодолеть сложности, связанные с нехваткой времени и финансовых ресурсов. Кроме того, децентрализация позволит снизить нагрузку на медицинский персонал в существующих центрах, сократив время ожидания и предоставив больше времени для консультаций.

Основные выводы и рекомендации

3. Важным шагом является **интеграция услуг**, включая лечение алкогольной и наркотической зависимости, что требует проработки механизма направления и непосредственного сопровождения пациентов в специализированные наркологические службы.

4. Также существует **потребность в развитии коммуникативных навыков медицинских работников** с учётом особенностей профиля людей, живущих с ВИЧ, таких как уровень образования, необходимость регулярного и пожизненного лечения, а также понимание важности терапии вне зависимости от наличия симптомов.

02

Причины позднего обращения за АРТ

Методологические аспекты

Респонденты ЛЖВ, которые обратились за специализированной помощью в период- более, чем 3 месяца после подтверждения диагноза

Период сбора данных 2021

Тип исследования основан на опросе респондентов.

Критерии включения/исключения

1. ЛЖВ, которые не принимали лечения в течении последнего года больше, чем 30 дней.
2. Граждане РМ.
3. Физически и психически способные отвечать на вопросы опросника.
4. Давшее письменное согласие на участие в исследование.
5. Возраст старше 18 лет.

Объем выборки

150 ЛЖВ в возрасте старше 18 лет, которые начали АРТ в период более, чем 3 месяца после постановки диагноза ВИЧ.

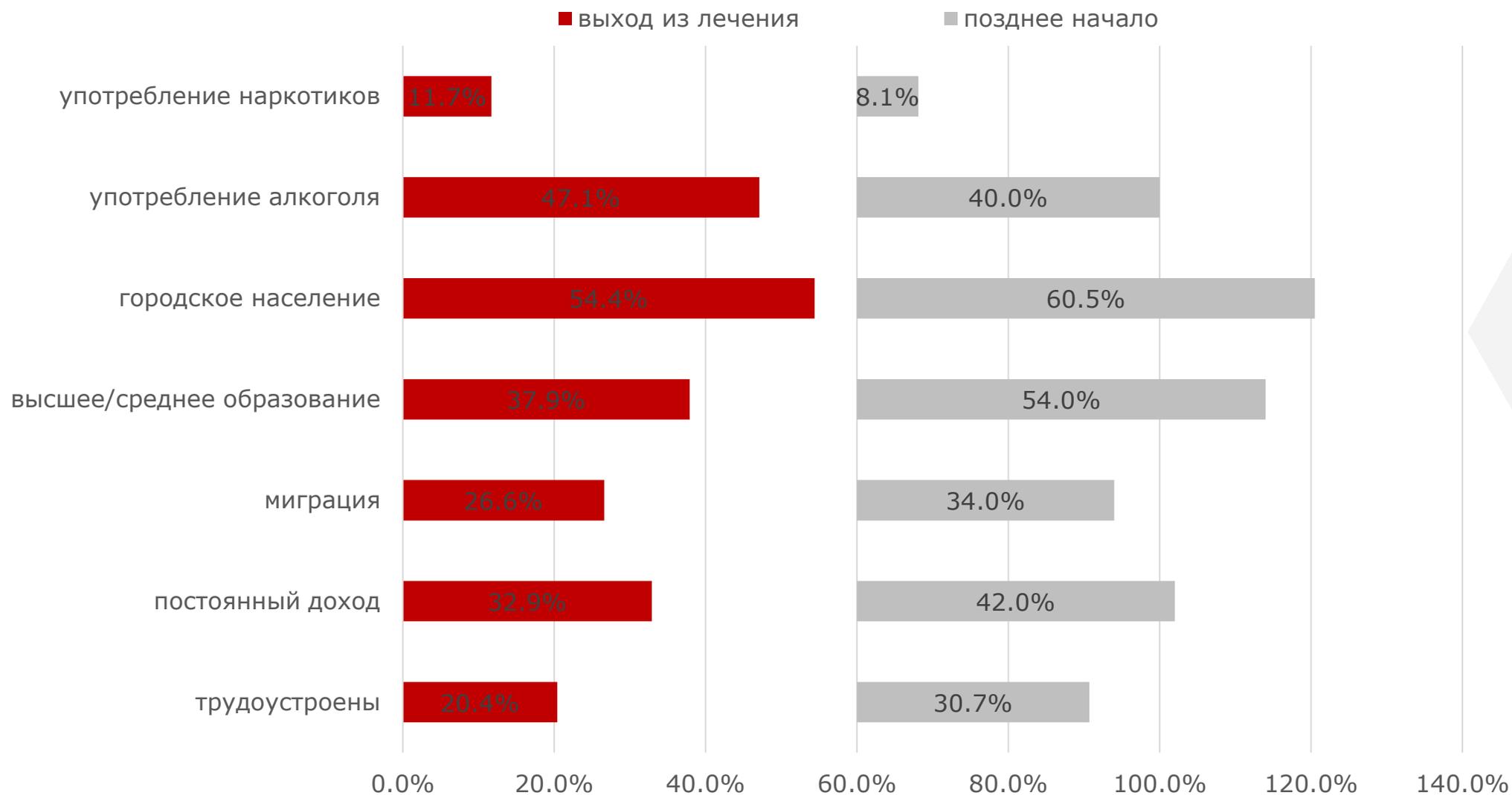
Основные результаты

Социально демографический профиль

Выборка ЛЖВ, которые поздно были направлены к специалистам после подтверждения диагноза, имеет отличительные социально-демографические характеристики по сравнению с группой ЛЖВ, находящихся под медицинским наблюдением:

- **Доля мужчин** среди поздно направленных к специалистам выше (61,3%) по сравнению с женщинами (около 52%).
- **Возраст выборки несколько выше**, в среднем 40 лет, тогда как средний возраст ЛЖВ в медицинской статистике составляет 37,8 года.
- **Уровень образования также выше:** более половины респондентов (54,0%) имеют специальное (42,0%) или высшее образование (12,0%), тогда как среди ЛЖВ на медицинском учёте эти показатели составляют 32,0% и 5,9% соответственно.
- Респонденты из этой группы чаще сообщают о **наличии постоянного источника дохода** (42,0%) и о **трудовой миграции** (34,0%), что превышает показатели в группе ЛЖВ на диспансерном наблюдении (около 33% и 27% соответственно).
- Доля респондентов, проживающих в городской местности, выше (60,5%) по сравнению с сельской (примерно 55%).
- **Употребление алкоголя и наркотиков ниже** среди ЛЖВ, которые поздно начали АРТ.

Сравнительный социально-демографический профиль



Основные результаты

Тестирование на ВИЧ и сообщение результатов

1. Более половины опрошенных (52%) прошли тестирование на ВИЧ **по клиническим показаниям**, около трети (30%) — после получения уведомления о возможном риске инфицирования (22,7% — в связи с выявлением ВИЧ-инфекции у партнера, 7,3% — из желания узнать свой статус), 9% — из-за необходимости пройти тест для работы (например, при выезде за границу), а 5% — как доноры или реципиенты крови.
2. Кроме того, более четверти респондентов (27,5%) отметили, что **не были проинформированы** о предстоящем тестировании на ВИЧ, значении положительного результата (28,0%) и самой ВИЧ-инфекции (28,0%). При этом около 13% респондентов не получили информацию о своем положительном результате, а 15% не поняли, что тест оказался положительным. Около 1/3 респондентов не знали, куда обращаться за специализированными услугами.

Причины позднего обращения за лечением

Категория ответов		Процент респондентов
I. Ответы, связанные с недостаточным взаимодействием между врачом и пациентом		
1.	посчитали, что могут начать лечение позже;	40%
2.	не поверили, что они инфицированы;	32%
3.	не поняли куда обратиться за получением лечения;	16%
4.	не верят в существование ВИЧ;	14%
II. Ответы, связанные с занятостью		
1.	уехали на работу за границу;	31%
2.	указали на необходимость ежедневного присутствия на работе;	17%
III. Ответы, связанные со стигмой и самостигмой в связи с ВИЧ		
1.	стыдно, что они инфицировались ВИЧ;	26%
2.	боялись, кому либо открыть свой статус;	25%
3.	опасались негативного отношения со стороны медицинских работников;	10%
IV. Ответы, связанные с недоверием к медицинским услугам		
1.	не верили в эффективность лечения	16%



Факторы, побудившие пациентов обратиться за АРВ-терапией

Более половины опрошенных (54,0%) обратились за лечением после ухудшения самочувствия, 52,7% — по настоянию медицинского работника. Почти треть (29,3%) начали лечение после возвращения из-за границы.

Основные выводы и рекомендации

1. Несмотря на более высокий социально-демографический уровень респондентов по сравнению с общей группой ЛЖВ, более половины опрошенных указали, что причиной обращения за специализированной помощью стало ухудшение состояния здоровья, что свидетельствует о позднем обращении. Подобного ухудшения можно было бы избежать **при своевременном информировании пациента** о результате теста на ВИЧ, его значимости, сути ВИЧ-инфекции, наличии лечения и необходимости его раннего начала, а также при надлежащем направлении или сопровождении пациента к специализированным службам.
2. С учетом того, что более четверти опрошенных (27,5%) не были уведомлены о предстоящем тестировании на ВИЧ, это вызывает обеспокоенность с точки зрения соблюдения прав человека. Несмотря на то, что последние рекомендации ВОЗ отменяют обязательное проведение длительного предтестового консультирования, **информирование пациента** о самом факте тестирования на ВИЧ и его основных аспектах остается обязательным требованием.

Основные выводы и рекомендации

3. Необходимо **продолжать обучение медицинского персонала**, ответственного за тестирование на ВИЧ, с целью развития коммуникативных навыков, заполнения пробелов в сообщении результатов тестирования, информации о ВИЧ-инфекции.
4. Необходимо **разработать и/или скорректировать информационные материалы** о наличии и важности специфического лечения, действующих медицинских и немедицинских учреждениях в данной сфере, полезные контактные данные (информационные брошюры, листовки, буклеты, визитки), которые можно было бы выдавать людям впервые столкнувшимся с диагнозом ВИЧ-инфекция.
5. Преодоление ограничений стигмы требует общих информационных кампаний и обучения медицинского персонала.

03

Исследование случаев не обращения за АРТ

Методологические аспекты

Респонденты

ЛЖВ, которые были подтверждены с диагнозом ВИЧ в период 2019-2020 но не обратились за специализированной медицинской помощью до 01.07.2021.

Период сбора данных

2021

Тип исследования

на основе анализа данных регистра ВИЧ инфицированных, отчетов о подтверждении новых случаев, регистра медицинского наблюдения и базы данных смертности.

Компоненты исследования

1. Выявление лиц, которые были подтверждены с диагнозом ВИЧ в период 2019-2020 годы и до 01.07.2021 не обратились за специализированной медицинской помощью.
2. Определение социально-демографического профиля этих лиц.
3. Определение показаний для тестирования для этих лиц.
4. Распределение по категориям тестирования.
5. Выявление учреждений, где были тестированы эти люди.

Объем выборки

163 ЛЖВ подтвержденных с диагнозом ВИЧ инфекция в период 01.01.2019-31.12.2020 и до 01.07.2021 не обратились за медицинской помощью

Основные результаты

	2019	2020
Всего лиц, подтвержденных с ВИЧ, абс	922	674
Всего лиц, подтвержденных с ВИЧ в возрасте старше 18 лет, абс	899	657
Количество лиц, не дошедших до медицинского наблюдения, абс	85	78
Доля лиц, не дошедшие до медицинского наблюдения от общего количества подтвержденных с ВИЧ, %	9,5%	11,9%
Умершие, на момент исследования, абс	34	32
Доля умерших на момент исследования из не дошедших до медицинского наблюдения, %	40%	41%
ЛЖВ не дошедшие до медицинского наблюдения, абс	51	46
Доля ЛЖВ не дошедшие до медицинского наблюдения от общего количества выявленных с ВИЧ, %	5,7%	7,0%

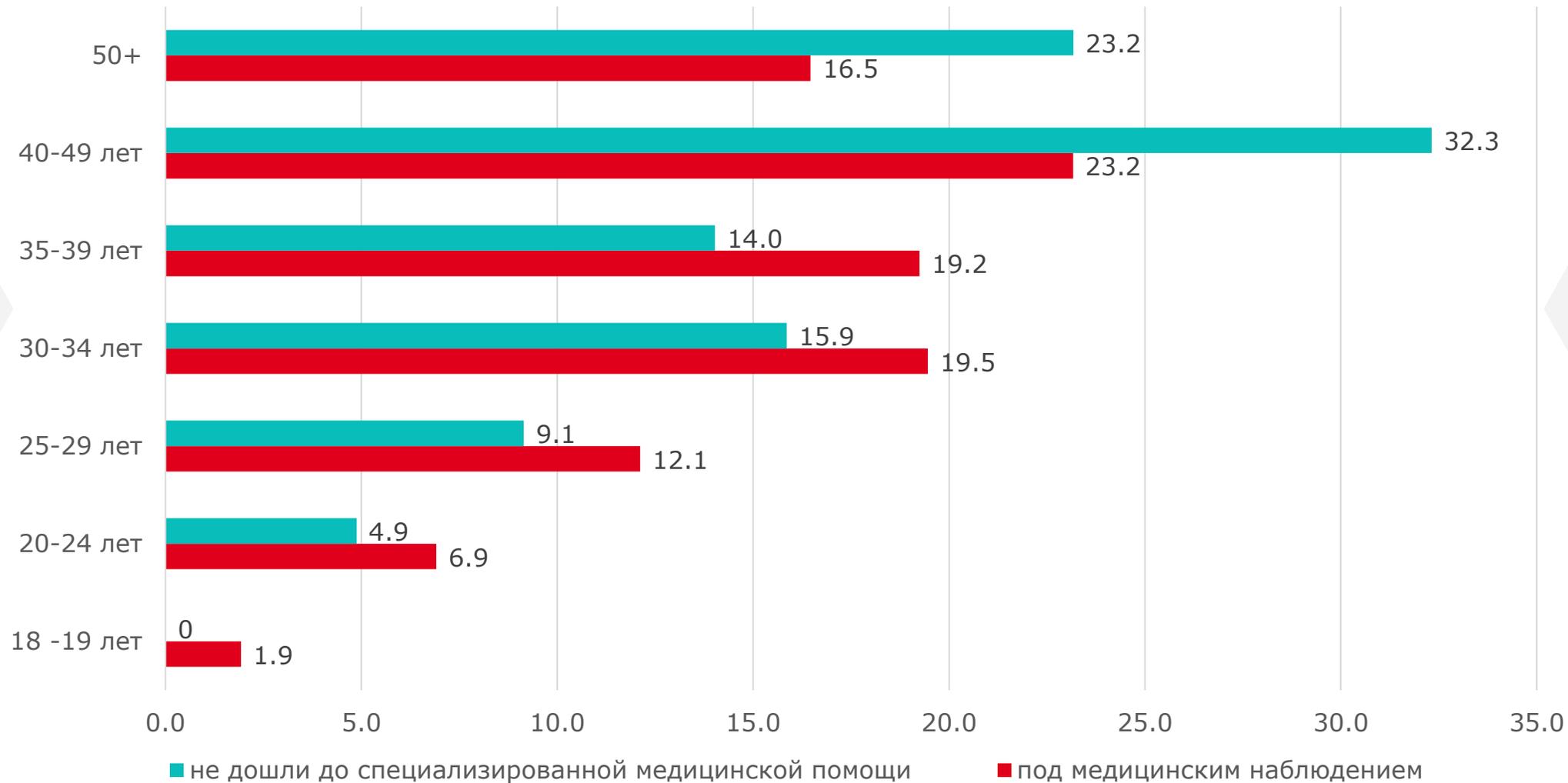
Основные результаты

Социально демографический профиль

Выборка ЛЖВ, не обратившихся за специализированными услугами после подтверждения диагноза, отличается по социально-демографическому профилю от ЛЖВ, находящихся под медицинским наблюдением, имея общие характеристики с группой ЛЖВ, поздно обратившихся за специализированной медицинской помощью:

1. доля мужчин выше - 59 % (по сравнению с 52 % в группе ЛЖВ на диспансерном наблюдении и 61,3 % в группе ЛЖВ с поздним обращением;
2. является более возрастными, средний возраст 41,8 года (против 37,8 лет и, соответственно, среди ЛЖВ в диспансерном наблюдении и в группе ЛЖВ с поздним обращением - 40 лет).

Возрастные категории ЛЖВ не дошедших до специализированной помощи и ЛЖВ под медицинским наблюдением, %



Основные результаты

Программы тестирования

- Около $\frac{3}{4}$ лиц, не получавших лечения, проходили обследование в медицинских учреждениях стационарного профиля и более половины (58,4%) - по инициативе медицинского работника. Учитывая, что около $\frac{1}{3}$ обследованных по инициативе медицинского работника не были проинформированы о том, что они будут обследованы на ВИЧ, и около 10% обследованных по инициативе медицинского работника не были проинформированы о результате теста, можно предположить, что в системе медицинских стационаров **сохраняется практика не информирования пациента о проведении тестирования на ВИЧ** и сохраняются пробелы в посттестовом консультировании и последующим направлением в специализированные медицинские службы.

Основные выводы и рекомендации

1. Учитывая, что около $\frac{3}{4}$ людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), не обращавшихся за специализированной медицинской помощью, были подтверждены в стационарной системе, необходимо проинструктировать медицинский персонал, проводящий тестирование на ВИЧ, о необходимости **информирования пациентов о результате теста**, особенно при получении «положительного» результата, и направлении ЛЖВ в специализированные медицинские учреждения.
2. Важно **продолжить обучение медицинского персонала**, ответственного за тестирование на ВИЧ, с акцентом на развитие навыков коммуникации при сообщении результатов тестирования, предоставлении информации о ВИЧ-инфекции и перенаправлении в специализированные учреждения по лечению ВИЧ.
3. Необходимо разработать **информационные материалы** о возможностях и важности лечения ВИЧ-инфекции, доступности медицинских и немедицинских учреждений, работающих в этой сфере, а также полезные контактные данные (брошюры, листовки, буклеты, визитки), которые можно предоставлять людям, впервые диагностированным с ВИЧ.

Основные выводы и рекомендации

5. Учитывая, что ежегодно около 100 человек, живущих с ВИЧ, не обращаются за АРВ-терапией, необходимо разработать механизмы их активного поиска и привлечения к лечению при строгом соблюдении законодательства о конфиденциальности персональных данных в контексте диагностики ВИЧ.

6. Также важно **выявить учреждения**, в которых регулярно фиксируются нарушения в перенаправлении ЛЖВ в центры лечения, и проводить работу с персоналом этих учреждений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты этих исследований способствуют созданию более устойчивых, эффективных и ориентированных на потребности пациентов программ тестирования, лечения и поддержки, что в конечном итоге поможет контролировать эпидемию ВИЧ в Республике Молдова.

1. Снижение заболеваемости и смертности. Когда люди не принимают лечение, риск развития осложнений и ухудшения здоровья возрастает. Поддержка людей на антиретровирусной терапии (АРТ) помогает контролировать вирусную нагрузку, снижает вероятность прогрессирования ВИЧ до стадии СПИДа и продлевает жизнь пациентов.

2. Предотвращение распространения ВИЧ. Непрерывное лечение снижает вирусную нагрузку до неопасного уровня, и инфицированный человек почти не представляет угрозы для передачи вируса другим. Люди, выходящие из лечения, становятся более заразными, что увеличивает риск распространения вируса среди здорового населения.

3. Повышение эффективности медицинской системы. Понимание факторов, заставляющих людей прекратить лечение, помогает улучшить программы медицинского сопровождения и снизить уровень отказов от терапии. Определение этих факторов позволяет медицинским организациям лучше адаптировать программы лечения.

4. Экономия ресурсов здравоохранения. Непрерывное лечение позволяет снизить частоту госпитализаций и других медицинских вмешательств. Пациенты, которые прекращают лечение, часто возвращаются в систему здравоохранения с более серьезными проблемами, требующими дорогостоящего лечения и ухода.

5. Улучшение качества жизни пациентов. Исследования дают возможность выявить барьеры, с которыми сталкиваются пациенты, и помочь им чувствовать себя более комфортно и уверенно в процессе лечения. Улучшение качества жизни — важный аспект для мотивации людей оставаться на терапии.