

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ОПИАТНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ)

Станько Э.П.¹, Игумнов С.А.^{2,3}

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»
230009, Республика Беларусь, Гродно, ул. Гогольского, 80;

²УО «Белорусский государственный медицинский университет»
220116, Республика Беларусь, Минск, пр. Дзержинского, 83;

³УО «Гомельский государственный медицинский университет»
E-mail: Sigumnov67@gmail.com

Статья поступила 31.05.2013

В статье представлены результаты анкетирования пациентов с опиатной зависимостью и с ВИЧ-инфекцией, проведенного в Брестской, Гомельской, Гродненской областях и г. Минске в 2011–2012 гг. Изучены отношение к заболеванию и лечению сочетанной патологии; осведомленность о негативных последствиях, отношения с медперсоналом; влияние сочетанной патологии на социальное функционирование пациентов; организация медицинской помощи; рискованное инъекционное и половое поведение; противоправная активность. Определены факторы, влияющие на приверженность пациентов с опиатной зависимостью и с ВИЧ-инфекцией к лечению.

Ключевые слова: приверженность к лечению, опиатная зависимость, ВИЧ-инфекция

Рост заболеваемости наркоманиями и ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в Беларуси за последние 5 лет актуализирует поиск путей оптимизации лечебной тактики и повышения приверженности пациентов с опиатной зависимостью (ОЗ) с ВИЧ-инфекцией к лечению. Необходимость постоянного лечения таких пациентов обусловлена профилактикой фатальных осложнений, вероятность возникновения которых увеличивается при низкой приверженности ПИН к лечению [6, 11]. Низкая приверженность к лечению снижает терапевтический эффект, повышает вероятность развития осложнений, приводит к снижению качества жизни пациентов и росту затрат на лечение.

Знание факторов, определяющих низкую приверженность к лечению и понимание стратегий, направленных на соблюдение пациентами лечебного ре-

жима способствует решению проблемы повышения приверженности к лечению [11]. Использование скрининговых методов оценки (анкеты, интервьюирование) наркологической ситуации позволяют проводить анализ текущей ситуации, выявлять проблемы, исследовать особенности поведения пациентов, определять их отношение к лечению [4, 5].

Целью исследования явилось определение факторов, влияющие на приверженность пациентов с ОЗ и ВИЧ-инфекцией к лечению.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методом анонимного анкетирования исследовали 213 пациентов, страдающих ОЗ и имеющих положительный тест на ВИЧ-инфекцию, в возрасте 19–53 лет, которые перед исследованием могли по психофизическому состоянию отвечать на поставленные вопросы и дали согласие на участие в анкетировании. Использовалась анкета из 40 вопросов, разработанная в соответствии с целью и задачами проводимого исследования.

Анкета включала вопросы, объединенные в следующие блоки: А. Общие данные (демографические — пол, возраст; возраст начала приема и стаж потребления наркотиков); Б. Отношение к проблеме (восприятие наркозависимости и ВИЧ, оценка симптомов зависимости, употребление наркотиками); В. Осведомленность о последствиях (злоупотребления наркотиками и ВИЧ-инфицирования; несоблюдения рекомендаций лечения; суждения пациентов о причинах смерти; их мнение о нуждаемости в информации образовательного характера); Г. Социальное функционирование (проблемы в повседневной жизни, связанные с сочетанной патологией); Д. Организация медицинской помощи (проблемы при проведении антиретровирусной (АРВ) терапии, причины отказа от лечения, характер отношений с медицинским персоналом, мнения пациентов об организации медицинской помощи и наиболее эффективных методах лечения); Е. Противоправная активность (криминальный опыт, особенности поведения до 18-летнего возраста); Ж. Рискованное поведение (инъекционный прием наркотиков, половое поведение, контакт с кровью другого человека). Некоторые вопросы допускали несколько вариантов ответов.

Оценка факторов, влияющих на приверженность пациентов с ОЗ и ВИЧ-инфекцией к лечению осуществлялась на основе частотного анализа с использованием Microsoft Excel и SPSS 17.0 для Windows [1].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст респондентов составил 32,7 года ($SD=5,71$). Лица мужского пола — 73,7%, женского — 26,3%. Средний возраст мужчин составил $33,8\pm 5,69$ лет, женщин — $29,7\pm 4,58$ лет. В среднем, длительность злоупотребления наркотиками составила 11,4 лет ($SD=5,82$); у лиц мужского пола — $11,8\pm 0,49$ лет и женского — $10,4\pm 0,57$ лет.

Блок «Отношение к проблеме». Особенности восприятия заболевания нередко оказывают влияние на эффективность терапии [7, 8]. В качестве одного из показателей отмечена способность пациентов с ОЗ и ВИЧ-инфекцией осознавать свою зависимость от наркотиков. Так, среди опрошенных лишь 72,8% считали себя зависимыми от наркотиков; испытывали затруднения при оценке своего состояния — 8,9%; не считали себя зависимыми от наркотиков — 18,3%, что свидетельствовало о снижении критических способностей у данных лиц. Вместе с тем, непреодолимое влечение к наркотику испытывали 82,6% респондентов, 87,3% — синдром отмены; 89,2% — вводили наркотик для облегчения или снятия синдрома отмены; 86,9% — увеличивали дозу наркотика для достижения желаемого психофизического эффекта; 89,7% — продолжали вводить наркотик, несмотря на очевидные вредные последствия; 66,7% — использовали наркотик вместо лекарственных средств и/или с целью самолечения.

Общеизвестно, что пациенты, которые верят в эффективность лечения, имеют более высокий уровень приверженности лечению [9]. На отсутствие веры в успех лечения указали 73,2% респондентов. При этом, почти 70% опрошенных воспринимали ВИЧ, как неизлечимое заболевание. Результаты изучения восприятия пациентами заболевания ВИЧ представлены на *рис. 1*.

Как видно из *рис. 1*, тревожные ожидания и страх у пациентов с ОЗ и ВИЧ-инфекцией обусловлены восприятием ВИЧ, как неизлечимого и опасного заболевания, приводящего к социальной изоляции и осторожности, стигматизации, невозможности создать семью, иметь детей. Переживания усугублялись самостигматизацией пациентов, возникающей в ответ на стигматизацию и подкрепляемой отсутствием веры в успех лечения, что способствовало снижению у них приверженности к терапии. 13,6% опрошенных ощущали себя презируемыми, бесполезными и никчемными членами общества, которые никого не интересуют и попусту расходуют время медицинского персонала.

Блок «Осведомленность о последствиях». Пациенты, осведомленные о цели лечения и последствиях заболевания имеют более высокий уровень приверженности [9]. При изучении отличий в выборе ответов установлено, что противозаконное поведение и заключение в места лишения свободы для 76,1% пациентов с ОЗ и ВИЧ-инфекцией являются наиболее частыми последствиями употребления наркотиками ($\chi^2=725,24$; $df=13$; $p<0,000$); для 75,1% пациентов — последствиями являются инфицирование ВИЧ и/или вирусными гепатитами (С, В); 60,1% — психические расстройства; 50,7% — передозировка наркотиками; 50,2% — хронические болезни; 39,9% — сочетанное употребление психоактивных веществ; 35,1% — кожные абсцессы, гнойники; 30% — самоубийство; 29,1% — тромбофлебиты; 24,8% — сепсис, туберкулез, эндокардит; 8,9% — респираторные заболевания из-за курения.

Последствиями ВИЧ-инфицирования по мнению 71,8% респондентов являются снижение количества иммунных клеток, присоединение различных

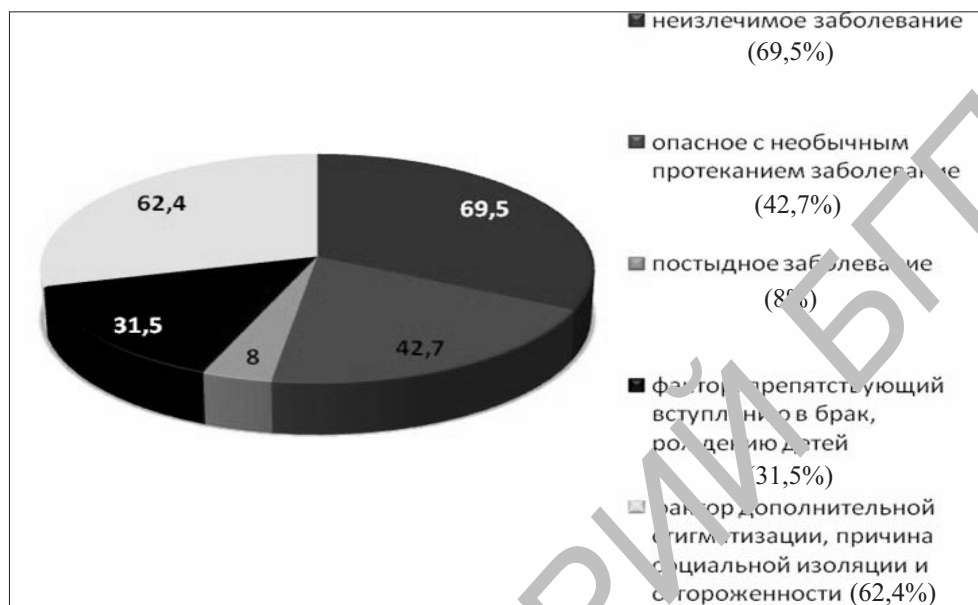


Рис. 1. Восприятие пациентов с ОЗ заболеванием ВИЧ-инфекцией

повторных инфекций; 67,6% — смерть; 24,4% — распространенные вирусные поражения нескольких органов; 23% — инфекционные поражения головного мозга, легких, желудочно-кишечного тракта; 7% — злокачественные новообразования; 9,4% — выбрали ответ «не знаю». Основной причиной смерти таких пациентов 66,2% анкетированных считают ВИЧ/СПИД; 53,1% — передозировку наркотиками; 30% — самоубийство; 9,4% — несчастный случай. Несоблюдение режима лечения АРВ препаратами, по мнению 56,3% опрошенных, приводит к неэффективности лечения; 42,3% — развитию осложнений; 27,2% — прерыванию лечения; 26,3% — развитию лекарственной устойчивости; 27,2% — выбрали ответ «не знаю». Вместе с тем, 31,5% исследованных пациентов указали, что не нуждаются в образовательной информации; 39,9% — считают полезным получение информации; 7,9% — испытывают необходимость в получении информации.

Блок «Социальное функционирование». Общеизвестно, что социальное окружение, отношения, дискриминация влияют на приверженность пациентов с ОЗ и ВИЧ к лечению [3]. Отсутствие стабильности, образ жизни — все это усложняет соблюдение пациентами режима лечения [10]. Так, на проблемы с законом, криминальное поведение, заключение в тюрьму указали 73,7% опрошенных; страх подвергнуться дискриминации из-за наличия ВИЧ и пристрастия к наркотикам — 59,2%; социальную нестабильность — 58,2%; депрессию, тревожные расстройства, нарушение сна — 56,3%; безработицу — 53,9%; разлад в семейной и общественной жизни — 49,3%; нищету — 31,5%; нарушение прав человека — 23,9%;

ограниченный доступ к медицинским услугам — 21,6%; низкий социальный уровень — 10,3%.

ВИЧ-позитивный статус ПИН оказывает негативное влияние на их социальное функционирование, вызывая ряд медико-социальных проблем. Так, 49,7% пациентов с ОЗ и ВИЧ-инфекцией указали на наличие проблем в семейных отношениях; 48,4% — в получении адекватной медицинской помощи; 46,9% — жилищных и финансовых проблем (долги, квартплата); 43,6% — общение с лицами с криминальным/асоциальным поведением; 40,8% — усиление пристрастия к наркотику и другим ПАВ (из-за дискриминации, социальных проблем); 33,9% — перемену места работы, повышенный риск ее утраты, безработицу; 30,8% — отсутствие свободы выбора, потерю своего места в обществе; 31,5% — неспособность создать семью, иметь детей; 24,8% — смену привычного образа жизни, социальной активности; 22,1% — вынужденную социальную изоляцию, потерю привычного круга общения, друзей; 13,1% — страх утраты здоровья, жизни, вынуждающий реже принимать наркотик, вплоть до отказа; 11,7% — неполноценное питание, негигиенический образ жизни; 11,3% — отсутствие жилья по месту жительства, полу-, нелегальное существование; 6,6% — отсутствие возможности получить образование; 6,1% — утрату документов.

Блок «Организация медицинской помощи». Приверженность к лечению определяется совокупным действием многих факторов, среди которых имеют значение не только прием наркотиков, но и специфика оказания медицинской помощи [10]. Так, основной причиной отказа от лечения 68,1% респондентов считают необходимость в постоянном приеме наркотика; 52,1% — побочные эффекты АРВ препаратов; 50,7% — психические расстройства; 49,7% — недоброжелательное отношение медперсонала, негативное впечатление от медобслуживания; 48,4% — отсутствие жизненных перспектив, мотивации; 34,3% — осуждение и дискриминацию со стороны общества; 33,8% — низкую эффективность лечения наркозависимости; 28,2% — употребление алкоголя; 27,7% — убежденность медперсонала о неспособности соблюдать режим АРВ терапии пациентами с ОЗ и ВИЧ; 24,2% — неэффективность АРВ терапии; 25,4% — жизненные проблемы, кризис, безработицу; 15,0% — отсутствие поддержки (семейной, общественной), бедность; 12,7% — ограниченность оказания медпомощи (купирование синдрома отмены с последующей выпиской), отсутствие этапности; 8,4% — отсутствие взаимодействия при оказании помощи между специалистами (медицинскими, социальными).

Стигма категории «ВИЧ-инфицированный наркоман» также оказывает негативное влияние на взаимоотношения между медперсоналом и пациентами с ОЗ и ВИЧ-инфекцией, которые, по мнению 54,5% опрошенных характеризовались предвзятостью со стороны медперсонала; 48,4% — дистанцированием; 45,1% — трудностями в общении, максимальным сокращением контакта; 35,2% —

отсутствием возможности найти поддержку; 22,5% — унижающим, оскорбительным, грубым отношением; 22,1% — презрительным отношением с не скрываемым пренебрежением; 21,1% — несоблюдением субординации; 17,4% — игнорированием медперсоналом элементарных нужд, просьб и жалоб; 13,1% — неудовлетворительными условиями содержания в стационаре (одеждой, питанием, жилищными условиями, социальными контактами). Проблемы, нередко возникающие при проведении АРВ терапии затрудняют соблюдение пациентами режима лечения [7]. Так, на невозможность соблюдения режима АРВ терапии указали 52,6% респондентов; побочные эффекты АРВ препаратов — 52,1%; необходимость приема в определенное время лекарств — 48,4%; усложнение от вынужденного приема лекарств — 15,9%. По мнению 91,8% респондентов медицинская помощь должна быть бесплатной; 69,9% — доступной; 54,5% — дружественной, оказываться без осуждения, непредвзято настроенным медперсоналом; 30,9% — удовлетворяющей потребностям пациента; 24,4% — непрерывной и комплексной (медицинской и социальной). Наиболее эффективными лечебными мерами 57,3% опрошенных считают лечение наркозависимости; 37,6% — проведение АРВ терапии с мониторингом иммунного статуса; 33,3% — благоприятную социальную политику; 29,9% — предоставление информации, способной снизить риски и изменить поведение; 28,6% — помощь бывших ПИН; 28,2% — обеспечение иглами, шприцами; 27,7% — консультирование и тестирование на ВИЧ; 23% — распространение презервативов и 11,7% — лечение половых инфекций.

Блок «Противоправная активность». Оценка противоправной активности опрошенных показала, что большинство из них имеют криминальный опыт. Так, средний возраст совершения первого правонарушения приходится на $15,9 \pm 0,51$ лет. В инспекции по делам несовершеннолетних состояли на учете 27,7% респондентов, повторно осуждены были 70,9%; отбывали наказание — 61,9%; получили «условный» срок — 6,6%. Совершение повторных многократных противоправных деяний является характерным для пациентов с ОЗ и ВИЧ-инфекцией. Так, 29,6% респондентов указали, что преступления совершили 4 раза; 22,5% — 5 раз; 11,9% — 3 раза; 8,9% — 6 раз; 5,2% — 7 раз; 3,8% — 2 раза; 2,3% — 8 раз. Причиной судимости у 64,6% опрошенных пациентов являются преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков; 14,6% — имущественные и корыстные преступления (автомобильные, магазинные ночные кражи, поджоги); 5,2% — насильственные действия, преступления против личности (грабление, нападение, изнасилование); 4,2% — другие (мошенничество, подделка документов и др.). Еще до 18-летнего возраста, 44,6% опрошенных отметили у себя оппозиционную манеру поведения и игнорирование общепризнанных норм общежития. Состояния пациентов при совершении противоправных деяний представлены на *рис. 2*.

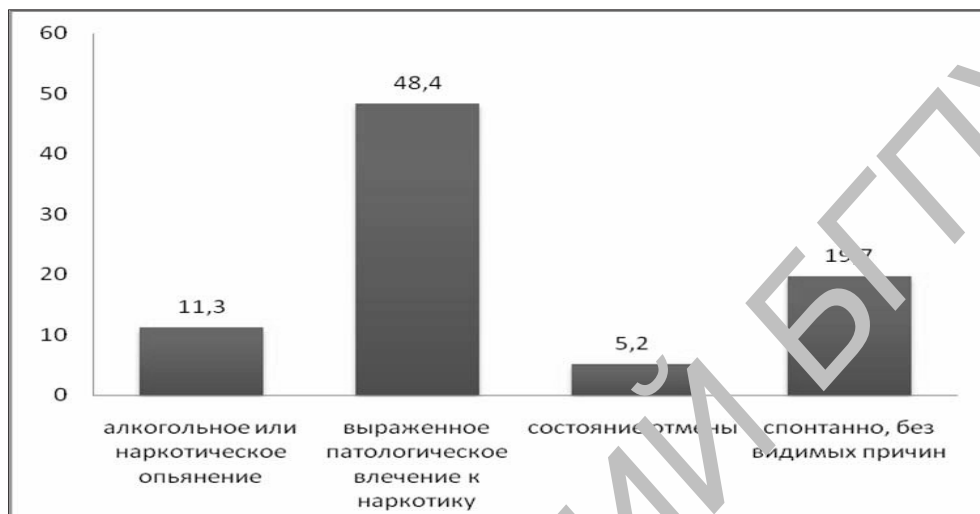


Рис. 2. Состояния пациентов с ОЗ и ВИЧ-инфекцией, при которых совершались противоправные деяния, в %

Как видно из рисунка 2, чаще всего пациенты совершали противоправные деяния, находясь в состоянии выраженного патологического влечения к наркотику, в меньшей степени, опьянения или отмены. На спонтанное, без видимых причин общественно опасное поведение указали 19,7% респондентов.

Блок «Рискованное поведение». Хаотичный образ жизни, рискованное поведение ПИН способствует снижению не только приверженности к лечению, но и его эффективности [2]. Так, перед исследованием в течение месяца вводили себе наркотик 26,7% респондентов, приготовленный другим ПИН, сделавшим себе инъекцию; приготовленный в ложке (другой емкости для смешивания), которой пользовался другой ПИН — 23,%; шприцем (иглой) другого ПИН — 19,7%; шприцем (иглой), до которого дотрагивался другой ПИН, сделавший инъекцию себе — 19,2%; пропущенный через фильтр, которым пользовался другой ПИН — 18,3%; приготовленный на воде, которой пользовался другой ПИН — 17,8%; шприцем (иглой) после другого ПИН, который ввел себе часть наркотика из общей емкости — 16,9%; приготовленный после того, как сделал инъекцию другому ПИН — 14,1%; контактировавший с иглой (шприцем), которой пользовался другой ПИН — 13,6%.

Половые отношения с женщинами практиковали 61,9% опрошенных, с мужчинами — 26,3%; с женщинами и мужчинами — 3,8%; с использованием средств защиты — 14,1%. На половые отношения со случайными партнерами указали 36,6% респондентов; оказание платных сексуальных услуг с целью приобретения наркотика — 8,5%; половой контакт (вагинальный, мануальный, оральная, анальный) незащищенный, после инъекции наркотика, с другим человеком —

28,6%; во время менструации — 9,8%; без использования увлажняющих средств — 20,7%. Контакт с кровью другого человека (при драке, ранении, занятиях спортом, при нанесении татуировки вне косметического салона) или пользование чужими предметами личной гигиены — ножницами, щипцами, пинцетом, расческой, зубной щеткой, лезвием) отметили 11,7% респондентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Метод анонимного анкетирования для оценки факторов, влияющих на приверженность пациентов с ОЗ и с ВИЧ-инфекцией к лечению является информативным и необходимым для разработки концептуальной модели, на которой должна базироваться планируемая деятельность, направленная на повышение соблюдения пациентами режима лечения. Содержанием модели являются индивидуально-личностные, медицинские, социальные и организационные факторы, влияющие на приверженность к терапии.

Индивидуально-личностные факторы: потребление наркотиков и алкоголя; низкое восприятие риска последствий наркозависимости и ВИЧ; нехватка знаний о возможностях АРВ терапии; сомнения в эффективности и необходимости лечения наркозависимости и ВИЧ; тревожные ожидания и страх (разлад в семейной и общественной жизни, проблемы в отношениях с медперсоналом, страх стигматизации, отторжения, дискриминации, изоляции, криминальной ответственности нелегального потребления наркотиков, потери здоровья, семьи, благополучия, работы, смерти, побочных эффектов АРВ терапии); отсутствие мотивации, жизненных перспектив; жизненные проблемы и кризисы, самостигматизация.

Медицинские факторы: усиление патологического влечения к наркотику; психические расстройства, несоблюдение режима АРВ терапии; низкая эффективность лечения наркозависимости и ВИЧ; побочные эффекты АРВ препаратов, их токсичность; сопутствующие заболевания; отсутствие оценки эффективности лечения наркозависимости и ВИЧ; отсутствие мониторинга иммунного статуса (CD4+, вирусная нагрузка) в ходе лечения.

Социальные факторы: социальная нестабильность, низкий социальный уровень, безработица, бездомность, нищета, плохое питание, рискованное инъекционное и половое поведение, отсутствие поддержки (семейной, социальной, общественной), психосоциальные проблемы, противоправная активность, стигматизация, дискриминация.

Организационные факторы: отсутствие на функциональной основе информации образовательного центра по ведению пациентов с ОЗ и ВИЧ-инфекцией на базе учреждений здравоохранения, где предусмотрено их лечение; низкий уровень осведомленности медперсонала в вопросах стигматизации таких пациентов; отсутствие психообразовательной программы для них и их родственников; комплекса коррекционных дестигматизирующих мероприятий; комплексной медико-

социальной помощи, удовлетворяющей потребностям пациента; клинического протокола ведения таких пациентов .

Необходимо совершенствовать просветительскую работу по проблемам наркозависимости и ВИЧ-инфекции в целевых группах населения. Особое внимание следует обращать на профилактику противоправной активности, формирование правил поведения в отношении инъекционного потребления наркотических веществ и половой активности пациентов с ОЗ инфицированных ВИЧ.

Результаты анкетирования могут быть полезны для разработки медико-социальных мероприятий, направленных на повышение приверженности опит-зависимых пациентов с ВИЧ-инфекцией к лечению, и проведения дальнейшего мониторинга наркологической ситуации в Республике Беларусь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бююль А., Цефель П. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей. — СПб., 2002. — 608 с.
2. Городнова М.Ю. // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. 2012. Vol. 5, N 16; <http://medpsy.ru> (дата обращения — 08.05.2013).
3. Голощанов И. В. Формирование готовности на лечение у больных с зависимостью от алкоголя: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2010. — 24 с.
4. Дорофеева Р.Д., Долгова Р.И., Юлдашев В.Л., Амиров А.Ф., Мартынов А.Н. Факторы риска формирования аддиктивного поведения у учащейся молодежи по данным анонимного анкетирования // Вопросы наркологии. 2007. № 1. С. 26–30.
5. Леонтьева М.В. Эпидемиологические аспекты употребления психоактивных веществ на территории Архангельской области // Вопросы наркологии. 2009. № 3. С. 111–120.
6. Мирошникова Е. Фармакоэпидемиологическое и фармакоэкономическое исследование терапии ВИЧ-инфекции: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2011. — 24 с.
7. Плавинский С.Л. Мероприятия по усилению приверженности терапии. — М., 2007. — 48 с.
8. Mitchell H.J., Selmes Th. A comparative survey of missed initial and follow-up appointments to psychiatric specialties in the United kingdom // Psychiatr Serv. 2007. Vol. 58, N 6. P. 868–871.
9. T. Adra A., Wu A.W. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy // J. Acquir Im. Defic. Syndr. 2002. Vol. 31, Suppl. 3. P. 154–157.
10. Weiss L., French T., Finkelstein R., Waters M., Mukherjee R., Agins B. HIV-related knowledge and adherence to HAART // AIDS Care. 2003. Vol. 15, N 5. P. 673–679.
11. Wolfe D., Carrieri M.P., Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward // Lancet. 2010. Vol. 376. P. 355–366.