

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

за результатами операційного дослідження

«Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз,
до добровільного консультування і
тестування на ВІЛ-інфекцію,
якість його проведення
та подальший їх супровід
щодо діагностики
та лікування ВІЛ інфекції»

Авторський колектив:

Ірина Дошак, старший менеджер відділу досліджень медичного та фармацевтичного ринків, GfK Ukraine
Світлана Жахалова, керівник відділу досліджень медичного та фармацевтичного ринків, GfK Ukraine
Віолета Марциновська, епідеміолог,
ДУ "Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України";
старший науковий співробітник лабораторії епідеміології парентеральних вірусних гепатитів та ВІЛ-інфекції
ДУ «ІЕІХ ім. Л.В. Громашевського НАМН України»
Ольга Хан, фахівець з досліджень (ТБ/ВІЛ),
Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

Загальна редакція:

Марія Самко, старший програмний менеджер з моніторингу та оцінки (ТБ/ВІЛ),
Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

Літературна редакція:

Микола Ілляш

Д70

Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та подальший їх супровід щодо діагностики та лікування ВІЛ інфекції : аналіт. звіт за результатами операційного дослідження 2013 року / І. Дошак, С.Жахалова, В.Марциновська, О.Хан. – К. : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2013. – 138 с.

ISBN 978-617-137-002-8

У публікації представлено результати дослідження «Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та подальший їх супровід щодо діагностики та лікування ВІЛ інфекції», реалізованого у 2013 році компанією GfK Ukraine на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

До уваги читачів ситуаційний аналіз щодо існуючих проблем проведення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію у протитуберкульозних закладах, якості його проведення, а також практики подальшого супроводу пацієнтів з ТБ/ВІЛ для отримання необхідних медичних та немедичних послуг.

У звіті представлені результати дослідження в 5 областях України: Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Сумській та Івано-Франківській.

Результати дослідження будуть корисними для представників органів центральної влади та місцевого самоврядування, фахівців протитуберкульозних диспансерів та центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, неурядових організацій та всіх тих, хто залучений до процесу проведення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію та супроводу хворих щодо подальшої діагностики та лікування ВІЛ інфекції.



Фонд Ріната Ахметова
Розвиток України

Дослідження здійснено за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках Програми «Зупинимо туберкульоз в Україні», що реалізується Благодійним Фондом «Розвиток України» за фінансової підтримки Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією

Викладені у даній публікації думки й точки зору є думками й точками зору авторів і не можуть розглядатися як думки або точки зору Глобального фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією. Глобальний фонд для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією не брав участі в узгодженні або затвердженні як безпосередньо опублікованого матеріалу так і можливих висновків, що випливають з нього.

The views described herein are the views of this institution, and do not represent the views or opinions of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, express or implied, by The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
ОПИС МЕТОДОЛОГІЇ ДОСЛІДЖЕННЯ	9
Розділ 1. Соціально-демографічні характеристики пацієнтів, хворих на туберкульоз	17
Розділ 2. Поінформованість щодо ВІЛ-інфекції	26
2.1. Поінформованість хворих на туберкульоз щодо шляхів передачі ВІЛ	26
2.2. Поінформованість хворих на туберкульоз щодо ситуацій, коли рекомендовано пройти тестування на ВІЛ-інфекцію	27
2.3. Поінформованість хворих на туберкульоз щодо можливості проходження тестування на ВІЛ-інфекцію в залежності від місця проживання.	29
2.4. Поінформованість хворих на туберкульоз щодо необхідних умов здійснення тестування на ВІЛ-інфекцію	30
Розділ 3. Практика тестування на ВІЛ серед хворих на туберкульоз	34
3.1. Практика проведення тестування на ВІЛ-інфекцію серед хворих на туберкульоз.....	34
3.2. Кваліфікація персоналу протитуберкульозного закладу або іншого ЛПЗ, які проводять до- та післятестове консультування.	36
Розділ 4. Організація тестування на ВІЛ-інфекцію у стаціонарах протитуберкульозних закладів	39
4.1. Проведення дотестового консультування при тестуванні на ВІЛ-інфекцію у стаціонарах протитуберкульозних закладів	39
4.1.1. Умови проведення дотестового консультування	39
4.1.2. Зміст та тривалість дотестового консультування	42
4.1.3. Ведення облікової документації щодо проведення дотестового консультування	45
4.2. Тестування на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз.	46
4.2.1. Проведення первинного тестування на наявність ВІЛ-інфекції (тестування за допомогою швидких тестів та/або перший забір крові при застосуванні методу ІФА)	46
4.2.2. Отримання результатів досліджень первинного тестування	48
4.2.3. Проведення повторного тестування методом ІФА.	49
4.3. Проведення післятестового консультування.	49
4.3.1. Практика проведення післятестового консультування при тестуванні на ВІЛ-інфекцію	49
4.3.2. Умови проведення післятестового консультування.	51
4.3.3. Зміст та тривалість післятестового консультування	52
4.3.4. Ведення облікової документації щодо проведення післятестового консультування	55

Розділ 5. Подальший процес супроводу пацієнта із встановленим ВІЛ-позитивним статусом	58
5.1. Реєстрація випадку ВІЛ-інфекції у пацієнта, хворого на ТБ	58
5.2. Процедура призначення АРТ пацієнтам, хворим на ТБ, та практика приймання АРВ-препаратів.	60
5.3. Профілактичне лікування котримоксазолом.....	62
5.4. Замісна підтримувальна терапія.	62
Розділ 6. Схема проведення ДКТ пацієнтам протитуберкульозних диспансерів	64
Розділ 7. Стигматизація та дискримінація хворих на ТБ з ВІЛ-позитивним статусом	68
Розділ 8. Пропозиції та побажання лікарів протитуберкульозних диспансерів щодо покращення доступу пацієнтів, хворих на туберкульоз, до ДКТ на ВІЛ-інфекцію (за результатами глибинних інтерв'ю)	70
УЗАГАЛЬНЮЮЧІ ВИСНОВКИ.....	71
РЕКОМЕНДАЦІЇ	75
ДОДАТОК 1. Інструментарій дослідження.....	77
ДОДАТОК 2. Частотний розподіл відповідей респондентів	97

ГЛОСАРІЙ

Альянс – Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

АРТ – антиретровірусна терапія

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДКТ – добровільне консультування і тестування

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЗПТ – замісна підтримувальна терапія

ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад

МБТ – мікобактерія туберкульозу

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МРТБ – мультирезистентний ТБ

НУО – неурядова організація

ПТС – протитуберкульозна служба

СНІД – синдром набутого імунодефіциту (термінальна стадія ВІЛ-інфекції)

ТБ – туберкульоз

ТБ/ВІЛ – ко-інфекція туберкульозу та ВІЛ-інфекції

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

ПОДЯКИ

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та авторський колектив відзначає професіоналізм та відданість справі відповіді на епідемію туберкульозу, ВІЛ-інфекції та поєднаної інфекції ТБ/ВІЛ і висловлює вдячність Державній службі України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань та ДУ «Українському центру контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України» за активне сприяння проведення даного дослідження:

Тетяні Александриній, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань.

Євгену Ханюкову, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань.

Наталії Нізовій, ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України».

Ігорю Кузину, ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України».

Автори щиро вдячні за значний внесок у розробку дослідження:

Інні Мотрич, Програма «Зупинимо туберкульоз в Україні», Фонд Ріната Ахметова «Розвиток України».

Людмилі Хомич, Програма «Зупинимо туберкульоз в Україні», Фонд Ріната Ахметова «Розвиток України».

Наталії Мойсєєвій, Програма «Зупинимо туберкульоз в Україні», Фонд Ріната Ахметова «Розвиток України».

Оксані Сметаніній, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Євгенії Гелюх, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Антону Грушецькому, незалежний консультант.

Марині Ніколко, незалежний консультант.

Автори також висловлюють свою подяку незалежним консультантам, без участі та допомоги яких дослідження не було б можливим:

Людмилі Акчуриній, Наталії Бутковській, Вікторії Брестовській-Кулебі, Наталії Боровок, Людмилі Горбачовій, Мар'яні Косовій-Дмитріївій, Ларисі Насиковській, Людмилі Прилепіній, Ганні Свичарській, Вікторії Яленко.

Окрема вдячність головним лікарям обласних протитуберкульозних диспансерів та обласних центрів профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом за сприяння проведенню даного дослідження в обраних областях (в алфавітному порядку):

Галині Божок, КЗ «Кіровоградський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом».

Володимиру Бутенку, Обласний комунальний заклад охорони здоров'я «Сумський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом».

Павлу Георгієву, КЗ «Миколаївський обласний протитуберкульозний диспансер».

Петру Королю, КЗ «Сумський обласний протитуберкульозний диспансер».

Ірині Кочергіній, КЗ «Миколаївський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом».

Любомиру Малофію, Івано-Франківський обласний фтизіопульмонологічний центр.

Роману Остяку, Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня: «Обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом».

Юрію Покалюхину, КЗ «Кіровоградський обласний протитуберкульозний диспансер».

Галині Роєнко, КЗ «Луганський обласний протитуберкульозний диспансер».

Ревазу Чхетіані, КЗ «Луганський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом».

ВСТУП

Актуальною проблемою сучасності як у світі, так і в Україні залишається епідемічна ситуація щодо туберкульозу та ВІЛ-інфекції. Туберкульоз (далі – ТБ) як найбільш поширена опортуністична хвороба при ВІЛ-інфекції став головною причиною захворюваності на синдром набутого імунodefіциту (далі – СНІД) та смертності від СНІДу, вірус імунodefіциту людини (далі – ВІЛ), у свою чергу, сприяє активації латентної туберкульозної інфекції та ускладнює її перебіг. Ситуація більш загострюється поширенням ВІЛ-інфекції на тлі мультирезистентного ТБ та ТБ із розширеною стійкістю до протитуберкульозних препаратів, що робить проблему ВІЛ-асоційованого туберкульозу одною з найважливіших у медико-соціальному аспекті та потребує інтегрованого підходу до її вирішення.

В Україні за останні роки спостерігається зростання захворюваності на ко-інфекцію туберкульозу і ВІЛ-інфекцію (далі – ТБ/ВІЛ) – з 2,4 випадку на 100 тис. населення у 2004 році до 10,4 на 100 тис. населення у 2012 році. Туберкульоз залишається основною причиною смерті хворих на СНІД. Серед загальної кількості померлих ВІЛ-інфікованих осіб частка осіб з діагнозом туберкульоз складає майже 60%. Показник смертності від ко-інфекції ТБ/ВІЛ має тенденцію до зростання та досяг у 2012 році 6,1 на 100 тис. населення (рис.1).



Рис.1. Динаміка захворюваності на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ та смертності від коінфекції ТБ/ВІЛ в Україні

За офіційними даними ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», у 2012 році в структурі СНІД-індикаторних захворювань ТБ складав 55,0% серед осіб з уперше встановленим діагнозом СНІДу та 57,2% – серед хворих на СНІД, які на кінець 2012 року перебували на обліку в закладах охорони здоров'я, що здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами (далі – заклади служби профілактики і боротьби зі СНІДом) .

Протягом 2011 року узято під нагляд 2170 ВІЛ-інфікованих з уперше в житті встановленим діагнозом «туберкульоз легенів», а також 4256 хворих на СНІД із цим же діагнозом. Протягом цього ж року узято під нагляд 580 ВІЛ-інфікованих з уперше в житті встановленим діагнозом «позалегеновий туберкульоз», а також 1489 хворих на СНІД із таким же діагнозом.

Зниження тягаря епідемії ко-інфекції ТБ/ВІЛ сьогодні можливе в разі наявності налагодженої співпраці всіх зацікавлених сторін, тісної взаємодії протитуберкульозної служби (далі – ПТС) та служби профілактики та боротьби зі СНІДом, що сприятиме впровадженню доброякісних послуг з діагностики, профілактики та лікування пацієнтів з поєднаною патологією ТБ/ВІЛ.

Згідно з оновленою «Політикою ВООЗ щодо спільної діяльності в сфері боротьби з ТБ/ВІЛ»¹, одним з важливих елементів побудови ефективної системи взаємодії та подолання поєднаної інфекції ТБ/ВІЛ є забезпечення доступу хворих на туберкульоз та осіб з підозрою на

¹ http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789244503003_rus.pdf

туберкульоз до добровільного або рекомендованого медичним працівником консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (далі – ДКТ/РКТ на ВІЛ) з подальшим медичним та соціальним супроводом пацієнтів.

На сьогодні порядок проведення ДКТ на ВІЛ-інфекцію регламентується низкою нормативних документів, а саме:

- наказ МОЗ України № 415 від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», що затверджує Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (далі – Протокол ДКТ);
- наказ МОЗ України № 446 від 06.07.2006 «Про затвердження Інструкції з впровадження порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколу) у протитуберкульозних, дерматовенерологічних та наркологічних закладах охорони здоров'я»;
- наказ МОЗ України № 276 від 28.05.2008 «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднанні захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекція»;
- наказ МОЗ України № 1141 від 21.12.2010 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення».

Проте, незважаючи на створення та впровадження нормативно-правової бази з питань ДКТ на ВІЛ-інфекцію, в Україні досі відсутня стратегія єдиного підходу до надання послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію в закладах охорони здоров'я різного профілю. Тому варто зазначити, що діюча законодавча база потребує вдосконалення та адаптації до міжнародних рекомендацій з ДКТ, і наразі проводиться така робота щодо внесення відповідних змін до наказу МОЗ України № 415 від 19.08.2005.

Широке інформування та мотивування хворих на ТБ до обстеження на наявність антитіл до ВІЛ у закладах ПТС у комплексі з наданням якісних консультаційних послуг сприяє ранньому виявленню ВІЛ-позитивного статусу, своєчасному призначенню лікування обох патологій, зменшенню смертності від ТБ/ВІЛ та ефективній профілактиці поширення зазначених інфекцій серед загальної популяції.

Таким чином, своєчасне та доброякісне консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію на всіх рівнях його проведення (дотестове консультування – тестування – післятестове консультування) є невід'ємною складовою доступу до діагностики, профілактики, лікування і догляду за хворими з ТБ/ВІЛ.

З огляду на вищенаведене, актуальним є дослідження стану і реальних можливостей доступу хворих на ТБ до ДКТ на ВІЛ-інфекцію, якості його проведення, а також практики подальшого супроводу таких пацієнтів для отримання необхідних медичних та немедичних послуг. Результати дослідження нададуть ситуаційний аналіз щодо існуючих проблем проведення ДКТ на ВІЛ-інфекцію у закладах ПТС на сучасному етапі поширення епідемії ко-інфекції ТБ/ВІЛ, будуть використанні для формування рекомендацій щодо покращення послуг з ДКТ серед хворих на ТБ, а також для надання пропозицій щодо вдосконалення нормативно-правової бази з питань ТБ/ВІЛ.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета операційного дослідження – вивчення доступу пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, оцінка якості його проведення та подальшого медичного та соціального супроводу пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ.

Завдання дослідження

1. Вивчити фактори, що впливають на доступ хворих на туберкульоз до добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію (далі – ДКТ);
2. Проаналізувати етапи проведення ДКТ в протитуберкульозних закладах та проаналізувати їх відповідність протоколам і стандартам ДКТ;
3. Дослідити практику ведення обліку та звітності з питань ДКТ на різних етапах надання послуг відповідно до протоколів та стандартів ДКТ;
4. Визначити фактори, що впливають на подальший процес лабораторного та клінічного супроводу пацієнтів з ВІЛ-позитивним результатом:
 - 1) встановлення ВІЛ-позитивного статусу у хворого на ТБ;
 - 2) постановку ВІЛ-інфікованого ТБ-хворого на облік у заклади служби профілактики і боротьби зі СНІДом;
 - 3) своєчасне проведення клініко-лабораторного обстеження, призначення АРТ відповідно до нормативно-правової бази України.

Гіпотези дослідження

1. Хворі на ТБ, які не проходять стаціонарний етап лікування, мають обмежений доступ до ДКТ на ВІЛ-інфекцію.
2. Не в усіх закладах ПТС створені спеціальні умови для проведення ДКТ на ВІЛ-інфекцію.
3. Якість та порядок проведення ДКТ на ВІЛ-інфекцію в диспансерних закладах ПТС не завжди відповідають вимогам чинної нормативно-правової бази.
4. Ведення облікової документації щодо реєстрації тестування та його результатів не завжди відповідає вимогам, регламентованим наказом МОЗ України № 1141 від 21.12.2010.
5. Проведення підтверджуючого тесту на наявність ВІЛ-інфекції частіше відбувається з певною затримкою.
6. У хворих на ТБ зі встановленим ВІЛ-позитивним статусом обмежений доступ до АРТ.
7. У закладах ПТС не здійснюється контроль за прихильністю пацієнтів з ТБ/ВІЛ до АРТ.
8. Відсутній соціальний супровід хворого на ТБ з виявленим ВІЛ-позитивним статусом у закладі ПТС для переадресації його до закладу служби профілактики і боротьби зі СНІДом з метою взяття його під медичний нагляд та подальше клініко-лабораторне обстеження.
9. Не всі фахівці закладів ПТС, які проводять ДКТ, пройшли відповідне кваліфікаційне навчання з питань ДКТ на ВІЛ-інфекцію.
10. Наявність стигматизації серед медичних працівників стосовно пацієнтів із ВІЛ-позитивним статусом є бар'єром проходження ДКТ на ВІЛ-інфекцію у хворих на ТБ.

Дослідницькі питання:

- Чи створені в протитуберкульозних закладах та в інших лікувально-профілактичних закладах (далі – ЛПЗ) спеціальні умови для проведення ДКТ на ВІЛ-інфекцію в обраних регіонах?
- Наскільки послуги ДКТ на ВІЛ-інфекцію є наявними та доступними для хворих на ТБ? Яким є відсоток охоплених пацієнтів, які пройшли ДКТ на ВІЛ-інфекцію, від загальної кількості зареєстрованих осіб у закладі ПТС, за певний період (уперше виявлений ТБ, рецидив, після перерви, після невдачі)?
- Чи впливає місце проведення ДКТ на ВІЛ-інфекцію (амбулаторне чи стаціонарне лікування) на якість надання послуги з ДКТ? Чи проводиться ДКТ на ВІЛ-інфекцію для пацієнтів, які не проходять стаціонарний етап лікування?
- Чи відповідає якість ДКТ на ВІЛ-інфекцію, що проводиться хворим на ТБ, вимогам діючої нормативно-правової бази, а саме:
 - Чи проводиться дотестове консультування при кожному тестуванні на ВІЛ-інфекцію?
 - Чи проводиться післятестове консультування після кожного тестування на ВІЛ-інфекцію незалежно від результату тестування?
 - Скільки часу витрачається на проведення до- та післятестового консультування?
 - В яких умовах проводиться до- та післятестове консультування?
 - Хто з фахівців, які працюють на базі протитуберкульозного закладу або іншого ЛПЗ, проводить дотестове консультування?
 - Хто з фахівців, які працюють на базі протитуберкульозного закладу або іншого ЛПЗ, проводить післятестове консультування?
 - Чи персонал, протитуберкульозного закладу або іншого ЛПЗ, який проводить консультування, пройшов спеціальне навчання щодо проведення ДКТ на ВІЛ-інфекцію?
- Чи відповідають зміст та якість до- та післятестового консультування вимогам нормативно-правової бази?
- Чи впливають на доступність послуг з ДКТ в закладах ПТС наявність послуг з профілактики ВІЛ-інфекції (інформування про ВІЛ/СНІД, роздача презервативів та стерильних шприців (для споживачів ін'єкційних наркотиків)) для ТБ-пацієнтів у протитуберкульозних диспансерах? Чи відповідають якість ведення та умови зберігання облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію відповідно до вимог нормативно-правової бази, а саме:
 - Форма № 503/о «Журнал реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію», що затверджена наказом МОЗ України № 415 від 19.08.2005;
 - ТБ 03, Форма № 060-1/о «Журнал реєстрації випадків туберкульозу в районі» та ТБ 01-1, Форма № 081-2/о «Фактори впливу на перебіг захворювання та на результат лікування», що затверджені наказом МОЗ України № 657 від 02.09.2009;
 - Форма № 498-9/о «Журнал реєстрації взяття крові для проведення досліджень на наявність антитіл до ВІЛ», Форма № 502-3/о «Журнал реєстрації надходження зразків сироваток крові для проведення скринінгових досліджень на антитіла до ВІЛ», Форма № 502-4/о «Журнал реєстрації зразків крові, що надійшли для проведення підтверджувальних досліджень на антитіла до ВІЛ», Форма № 498-5/о «Журнал реєстрації зразків сироватки крові, що надійшли для проведення досліджень на антитіла до ВІЛ за допомогою двох швидких тестів», Форма № 498-3/о «Журнал протоколів проведення досліджень на антитіла до ВІЛ методом імуноферментного аналізу на тест системі _», Форма № 503-8/о «Довідка № _ про негативні результати підтверджувальних досліджень на наявність антитіл до ВІЛ», Форми № 503-9/о і № 503-10/о «Довідка № _ про результати підтверджувальних досліджень на наявність антитіл до ВІЛ», що затверджені наказом МОЗ України № 1141 від 21.12.2010.

- Яким є алгоритм дій медичних працівників протитуберкульозного закладу відносно пацієнта, хворого на ТБ:
 - проведення скринінгового тесту на ВІЛ-інфекцію – отримання результату (швидкий тест або перший забір крові) – проведення підтверджуючого (верифікаційного) тесту на ВІЛ-інфекцію – дата результату підтверджуючого (верифікаційного) тесту на ВІЛ-інфекцію – консультація інфекціоніста, лікаря іншої спеціальності/переадресації до ЗОЗ, до закладу служби профілактики і боротьби зі СНІДом (для амбулаторних пацієнтів) – другий забір крові для ідентифікації діагнозу ВІЛ-інфекції – постановка на облік у заклад служби профілактики і боротьби зі СНІДом – проведення клініко-лабораторного обстеження – призначення АРТ – початок отримання АРТ?
 - Як відбувається передача зразків крові пацієнтів, хворих на ТБ, для здійснення досліджень на наявність ВІЛ-інфекції, в лабораторію діагностики ВІЛ-інфекції?
 - Які є основні причини затримки в часі проведення підтверджуючого тесту на ВІЛ-інфекцію та отримання його результату?
 - Чи надається соціальний супровід хворому на ТБ при уточненні його ВІЛ-позитивного статусу? Хто його здійснює, та в якому обсязі?
 - Чи надається соціальний супровід пацієнту з ТБ при постановці його на облік у заклад служби профілактики і боротьби зі СНІДом? Хто його здійснює та в якому обсязі?
 - Чи є проблеми в доступі до отримання АРТ у разі, коли в пацієнта виявили позитивний ВІЛ-статус у протитуберкульозному закладі; та у разі, коли пацієнт уже стоїть на обліку в закладі служби профілактики і боротьби зі СНІДом?
 - Чи здійснюється подальший соціальний супровід хворого на ТБ при проведенні клініко-лабораторного обстеження, призначенні та отриманні АРТ? Хто його здійснює та в якому обсязі?
 - Чи призначається профілактичне лікування котримоксазолом? Якщо так, то кому і яким чином призначається?
 - Чи здійснюється контроль за прихильністю пацієнта з ТБ/ВІЛ до АРТ та протитуберкульозного лікування, хто його здійснює, яким чином?
 - Яким є алгоритм дій медичних працівників після отримання негативного результату тесту на ВІЛ-інфекцію у хворого на ТБ?
 - Як часто проводиться ДКТ на ВІЛ-інфекцію для хворих на ТБ з ВІЛ-негативним статусом?

Методи дослідження

- Кабінетне дослідження (аналіз обліково-звітної медичної документації щодо ведення пацієнтів та проведення тестування на ВІЛ-інфекцію в протитуберкульозних закладах та інших ЛПЗ);
- Опитування медичних працівників (глибинні інтерв'ю);
- Опитування пацієнтів протитуберкульозних диспансерів, хворих на ТБ 1–3-ї категорій без бактеріовиділення (структуровані інтерв'ю).

Географія дослідження:

Дослідження було реалізоване в 5 областях України: Кіровоградська, Луганська, Миколаївська, Сумська та Івано-Франківська, що були вибрані за такими критеріями:

- географічний: області представляють різні регіони України – Захід, Схід, Південь, Північ та Центр;
- епідеміологічний: області представляють регіони з високим та низьким рівнями поширеності ко-інфекції ТБ/ВІЛ (рис. 2).

Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та подальший їх супровід щодо діагностики та лікування ВІЛ інфекції

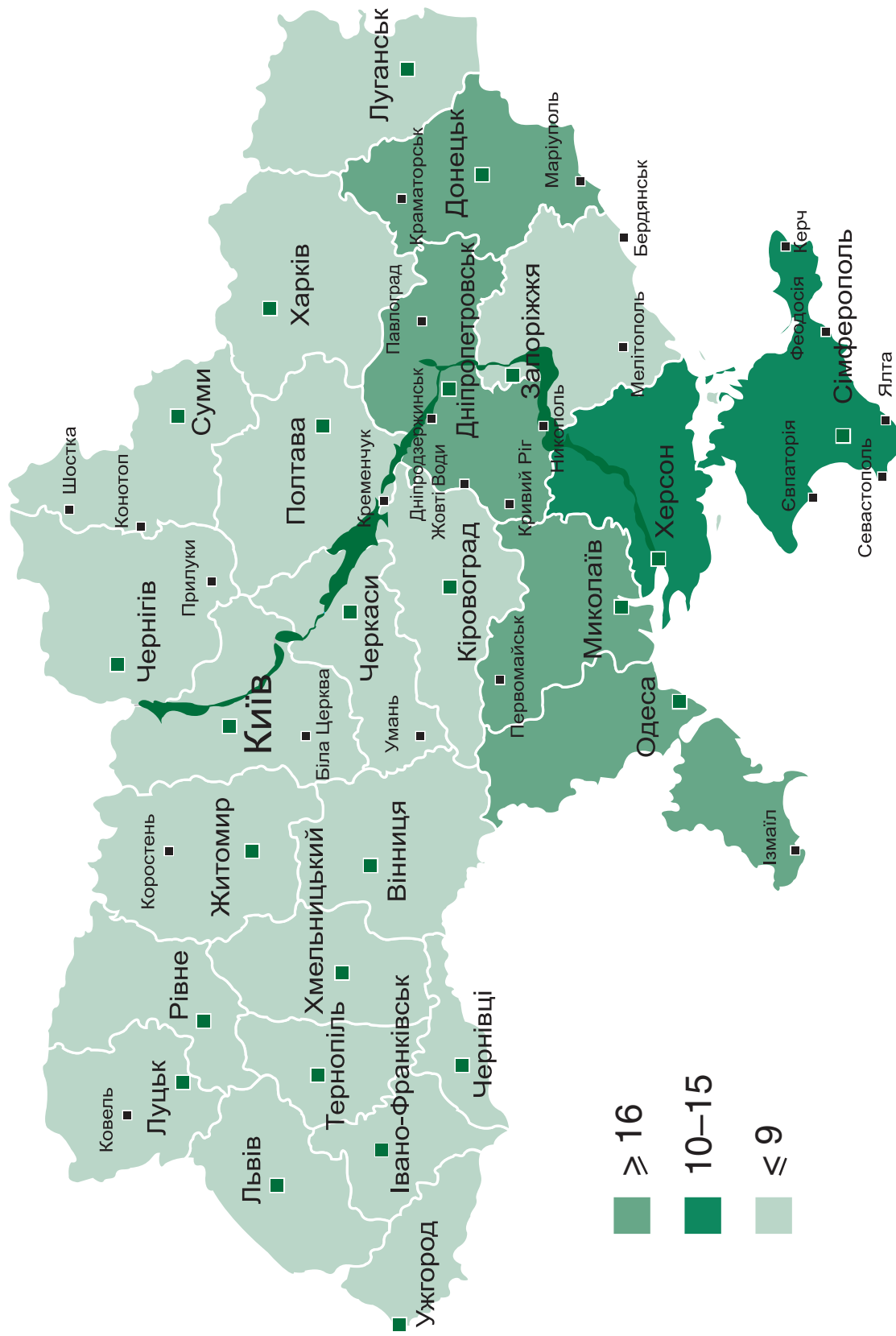


Рис. 2. Захворюваність на активний туберкульоз у поєднанні з хворобою, зумовленою СНІД, у 2011 році (на 100 тис. населення)

Цільова група дослідження

1. **Хворі на туберкульоз 1–3-ї категорій².**
 - 1.1. Для кабінетного дослідження – всі хворі, які зареєстровані в журналі ТБ-03 (**усі хворі на ТБ 1–3-ї категорій 3–4-ї когорт 2012 року**, тобто діагностовані та зареєстровані для лікування протягом 2–3 кварталу 2012 року), незалежно від ВІЛ-статусу);
 - 1.2. Для кількісного дослідження³
 - хворі 1–3-ї категорій без бактеріовиділення, зареєстровані у вересні–грудні 2012 року, які увійшли до кабінетного дослідження і на момент опитування знаходяться на стаціонарному лікуванні в протитуберкульозному диспансері;
 - пацієнти 3–4-ї когорт 2012 року, які перебувають на амбулаторному лікуванні, приходять у стаціонар для отримання лікування.
2. Для якісного дослідження⁴ (глибинні інтерв'ю) – **медичний персонал, який проводить ДКТ на ВІЛ-інфекцію та/або здійснює контроль за його проведенням у протитуберкульозних закладах⁵ охорони здоров'я:**
 - лікар-фтизіатр (лікуючий лікар);
 - інші фахівці, що здійснюють ДКТ (фтизіатр, інфекціоніст, психолог тощо);
 - середній медичний персонал,

Розрахунок та реалізація вибіркової сукупності

1. Кабінетне дослідження

Розрахунок вибірки здійснювався на основі екстраполяції даних щодо рівня захворюваності на туберкульоз 1–3-ї категорій за 1–2 квартал 2012 року (див. табл. 1).

Таблиця 1. Рівень захворюваності на ТБ 1–3-ї категорій хворих у протитуберкульозних диспансерах, 1–2 квартали 2012 року⁶

Область	1 квартал	2 квартал	Разом
Івано-Франківська	327	550	877
Кіровоградська	316	272	588
Луганська	681	612	1293
Миколаївська	418	220	638
Сумська	185	213	398

² Категорія 1 – нові випадки вперше діагностованого туберкульозу різних локалізацій з позитивним мазком або посівом мокротиння на МБТ, а також хворі з іншими (тяжкими та поширеними) формами захворювання різних локалізацій без бактеріовиділення МБТ.

Категорія 2 – будь-які випадки повторного лікування туберкульозу (що лікувалися раніше більше одного місяця): рецидиви, лікування після перерви, невдача лікування. Категорія 3 – нові випадки вперше діагностованого туберкульозу різних локалізацій без бактеріовиділення МБТ, який не віднесено до 1-ї категорії.

³ Кількісні дослідження – опитування певної кількості респондентів, призначені для вивчення об'єктивних, кількісно вимірюваних характеристик поведінки людей, використовуються для отримання точних, статистично надійних даних, можливості екстраполяції результатів дослідження на всю сукупність.

⁴ Якісні дослідження використовуються для виявлення мотиваційних аспектів поведінки респондентів, персональних очікувань, уявлень, цінностей і т.п.. Вони направлені на вивчення широкого спектра проявів об'єкта і відстежують не його кількісні закономірності, а орієнтуються на розкриття причинно-наслідкових зв'язків.

⁵ Див. Наказ МОЗ № 33 від 23.02.2000 р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я». Додаток 8 – для туберкульозних лікарень, дитячих туберкульозних лікарень, додаток 18 – для протитуберкульозних диспансерів, відділень і кабінетів). Посади лікарів для роботи в стаціонарі протитуберкульозних диспансерів (лікарів-фтизіатрів, у т. ч. дитячих, лікарів-хірургів, лікарів-ортопедів-травматологів, лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів-отоларингологів, лікарів-терапевтів, лікарів-педіатрів, лікарів-невропатологів, лікарів з лікувальної фізкультури, лікарів-дієтологів, лікарів з функціональної діагностики, лікарів-стоматологів, лікарів-патологоанатомів) устанавлюються за штатними нормативами туберкульозних лікарень.

⁶ За офіційними даними згідно зі звітною формою про загальну кількість випадків туберкульозу I, II та III категорій хворих (за даними бактеріоскопії і/або культурального дослідження) ТБ 07 (квартальна).

1. Для кожної області пропорційно до кількості хворих була визначена кількість районів, що увійшли до вибірки. Загальна кількість таких районів – 77 (86% від загальної кількості районів в областях).

2. Обрані 77 районів були згруповані в три страти – з високою кількістю хворих (кількість хворих у районі більше 50), середньою кількістю хворих (кількість хворих в районі від 20 до 50), низькою кількістю хворих (кількість хворих у районі менше 20). Для кожної страти пропорційно до кількості хворих у ній визначалися а) кількість випадків, б) кількість районів, які мали б бути відібрані в страті.

3. Далі для кожної групи районів (страти) відбиралися конкретні райони із ймовірністю, пропорційною до кількості хворих у районі (тобто чим більше у районі хворих, тим більша ймовірність потрапити до вибірки).

4. Кількість респондентів, які мали б бути опитані в певній страті, увійшла до відібраних районів пропорційно до їхньої чисельності – 1550 випадків (40% від загальної кількості хворих у визначених областях і які зареєстровані в Журналі ТБ 03). Однак, зважаючи на те, що за умови екстраполяції даних 1–2 кварталів на вибірку у 2–3 кварталах існує ризик того, що кількість пацієнтів у досліджуваному періоді може відрізнятись від такої, що використовувалася при розрахунку вибірки.

2. Вибірка кількісного/якісного дослідження

Вибірка кількісного етапу – 600 інтерв'ю:

400 інтерв'ю – пацієнти, які проходять лікування в стаціонарі;

200 інтерв'ю – пацієнти, які перебувають на амбулаторному лікуванні.

Вибірка по пацієнтах, які перебувають на амбулаторному лікуванні, розрахована пропорційно кількості пацієнтів, які проходять стаціонарне лікування.

Вибірка якісного дослідження – 28 інтерв'ю:

13 інтерв'ю – лікарі стаціонару;

15 інтерв'ю – лікарі амбулаторій.

Рекрутування здійснено за сприянням МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (далі – Альянс).

Строки дослідження

Дослідження здійснювалося з січня по квітень 2013 року.

Строки кабінетного дослідження

Збір інформації в кабінетному дослідженні тривав із 8 січня по 24 січня 2013 року.

Строки польового етапу

Польовий етап дослідження тривав із 6 лютого по 11 березня 2013 року.

Методи аналізу даних

Для досягнення поставленої мети в роботі застосовувалися загальнонаукові та спеціальні методи: абстрактно-логічний, аналізу та синтезу, статистичний тощо. Теоретико-методологічну основу дослідження становлять:

- 1) нормативно-правові акти;
- 2) наукові публікації в спеціалізованих виданнях з досліджуваної проблематики;
- 3) статистичні та аналітичні дані органів виконавчої влади, медичних закладів тощо.

Для обробки, первинної структуризації та формалізації кількісних даних під час роботи активно використовувався апарат математичної статистики, зокрема аналіз одно- та двовимірних розподілів. Обробка даних кабінетного дослідження здійснювалася в програмному пакеті SPSS.

Основою для аналізу даних якісного дослідження слугували розшифровки глибинних інтерв'ю. Аналіз даних глибинних інтерв'ю починався з транскрибації інтерв'ю (письмової розшифровки інтерв'ю з аудіоносія). Після цього аналітики вивчали та аналізували всі матеріали глибинних інтерв'ю, що дозволило сформулювати загальну картину явищ та процесів, які були виявлені в ході дослідження, провести їх оцінку.

Аналіз даних проводився одночасно за всіма цільовими групами, що дозволило простежити та описати різноманітні процеси та явища з різних точок зору залучених до нього осіб.

Похибка репрезентативності

Стандартні відхилення при достовірних 95 відсотках і співвідношенні змінних від 0,1:0,9 до 0,5:0,5 не перевищує $\pm 5\%$.

Труднощі в проведенні дослідження

Специфіка та важкодоступність цільової групи дослідження, а також регіональні особливості зумовили певні труднощі в проведенні дослідження.

Труднощі, які виникали в реалізації кількісного етапу:

- Нестача респіраторів для інтерв'юерів.
- Непорозуміння із відповідальними особами в диспансерах, зокрема в Сумській області.
- Частина пацієнтів із кодами з попереднього кабінетного дослідження закінчила стаціонарне лікування. Респонденти для опитування добирались із пацієнтів 1-го місяця 1-ї когорти 2013 року 1–3-ї категорій, які на момент опитування проходили лікування у відповідному диспансері.
- Недостатня кількість пацієнтів, які перебували на лікуванні в ТБ диспансерах на момент проведення опитування, для реалізації необхідної вибірки дослідження.

Труднощі, що виникали в реалізації якісного етапу:

- Занепокоєність лікарів щодо причин проведення дослідження, в деяких випадках (під час досягнення попередніх домовленостей з лікарями) інтерв'ю сприймалося як форма контролю щодо проведення процедури ДКТ в медичному закладі.
- Деякі головні лікарі наполягали на власній присутності під час інтерв'ю.
- Недоступність деяких лікарів через хворобу, відпустку або участь у конференції тощо. Неможливість проведення заміни через відсутність у медичному закладі інших спеціалістів з ДКТ.
- Реорганізація медичних закладів – відсутність стаціонару або амбулаторії в деяких медичних закладах під час проведення дослідження. Необхідність оперативного пошуку заміни респондента (вирішення проблеми за сприянням Альянсу).
- Необхідність перекладу запитальника для проведення інтерв'ю з лікарями на російську мову для респондентів Східного регіону.

Етичні засади дослідження

З метою реалізації дослідження в рамках етичних принципів, після затвердження Замовником фінальної версії інструментарію дослідження та Протоколу, вони пройшли експертизу, та було отримано висновок Комісії з професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України стосовно програми та інструментарію дослідження, а також висновок Комітету з питань медичної етики ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України».

Ризик для учасників

Соціальні ризики. З метою мінімізації будь-яких соціальних ризиків перед початком дослідження були проведені консультації із Замовником. У рамках цих зустрічей пояснювалися передумови, цілі та процедурні питання дослідження, а також заходи, до яких вдаватимуться

дослідники для забезпечення конфіденційності та анонімності учасників. Окрім того, обговорювалися питання ризиків участі, добровільного характеру дослідження та можливості практичного застосування його результатів. Інформація, отримана в ході цих дискусій, використовувалася для контролювання процесу реалізації дослідження. Усім учасникам дослідження повідомлялися назва та контактні дані Організатора дослідження для того, щоб вони мали змогу з'ясувати будь-які питання стосовно дослідження. Існував психологічний ризик участі в дослідженні через специфіку проблеми дослідження. Для мінімізації цього ризику інтерв'ю проводилися підготовленими інтерв'юерами, учасники мали змогу відмовитися відповідати на запитання – про це їм повідомлялося заздалегідь.

Переваги для учасників

Учасники отримували заохочувальну винагороду за участь у дослідженні.

Були дотримані всі принципи конфіденційності.

Добровільна участь

Потенційні учасники були поінформовані про те, що їхня участь у дослідженні є суто добровільною, а також що вони мають право в будь-який момент відмовитися від подальшої участі в дослідженні.

Інформована згода

Форма інформованої згоди на участь в опитуванні включена до анкети дослідження на першій сторінці, зачитувалася кожному респондентові представником дослідницької команди.

Усі питання, що виникали в респондентів, були адекватно з'ясовані та розтлумачені. Усі учасники усно підтверджували, що вони розуміють суть та погоджуються з усіма пунктами інформованої згоди, перед тим, як їх залучали до дослідження.

Захист особистої таємниці

Інтерв'ю проводилися методом віч-на-віч, і ніхто, окрім інтерв'юера та респондента, не був при цьому присутній у кімнаті.

Захист конфіденційної інформації

Усі дані дослідження зберігаються із дотриманням усіх принципів конфіденційності. Представники дослідницької команди не фіксували прізвищ або інших ідентифікаційних даних на дослідницьких запитальниках. Після збору даних запитальники зберігаються в безпечному місці. Виконавці проекту та особи, які залучалися до обробки інформації, гарантують конфіденційність інформації, що була отримана під час дослідження.

Розділ 1

1. Соціально-демографічні характеристики пацієнтів, хворих на туберкульоз

Аналіз соціально-демографічних характеристик пацієнтів хворих на туберкульоз у залучених до дослідження п'яти областях України був проведений на основі даних обліково-звітної медичної документації під час першого етапу операційного дослідження.

Вибірка кабінетного дослідження представлена 1550 пацієнтами Івано-Франківської області, Кіровоградської, Луганської, Миколаївської, Сумської. Частка чоловіків по загальному масиву даних становить 71%, жінок – 29%.

Суттєвої варіації у співвідношенні між чоловіками та жінками в різних областях не спостерігається (див табл. 1.1).

Таблиця 1.1. Показники кількості пацієнтів у розрізі областей та за статтю

Область	Кількість пацієнтів	% від загальної кількості пацієнтів	Серед усіх пацієнтів	
			Чоловіки, %	Жінки, %
Сумська	166	11%	77%	23%
Кіровоградська	238	15%	75%	25%
Миколаївська	264	17%	67%	33%
Івано-Франківська	352	23%	67%	33%
Луганська	530	34%	72%	28%
Всього	1550	100%	71%	29%

Розподіл пацієнтів, хворих на туберкульоз, по районах області наведений на рис. 1.1–1.5.



Рис. 1.1. Розподіл пацієнтів з Івано-Франківської області по районах



Рис. 1.2. Розподіл пацієнтів з Кіровоградської області по районах



Рис. 1.3. Розподіл пацієнтів з Луганської області по районах

Середній вік пацієнтів становить 45 років: для чоловіків цей показник дещо нижчий (44 роки), а для жінок – вищий (46 років). Діапазон віку пацієнтів доволі широкий – від 10 до 87 років. Серед усіх груп по віку найбільшу частку становлять пацієнти віком 31–40 років – 27% вибірки (див. табл. 1.2). У статеві-віковій структурі відсоток чоловіків переважає в кожній віковій групі. Найбільша частка жінок (51%) спостерігається серед пацієнтів найстаршої вікової групи (71–87 років), найменша частка жінок (18%) – в групі 50–60 років.



Рис. 1.4. Розподіл пацієнтів Миколаївської області по районах



Рис. 1.5. Розподіл пацієнтів Сумської області по районах

Таблиця 1.2. Показники кількості пацієнтів у розрізі вікових груп та за статтю

Область	Кількість пацієнтів	% від загальної кількості пацієнтів	Серед усіх пацієнтів	
			Чоловіки	Жінки
10–18 років	16	1%	10 чол	6 жін
19–25 років	125	8%	60%	40%
26–30 років	177	11%	70%	30%
31–40 років	426	27%	75%	25%
41–50 років	285	18%	75%	25%
50–60 років	276	18%	82%	18%
61–70 років	110	7%	73%	27%
71–87 років	114	7%	49%	51%
Немає інформації про вік	21	1%	15 чол.	6 жін.

Молодшою за загальну вибірку виявилася вибірка пацієнтів у Миколаївській області (середній вік 40 років), більш старшими за віком є пацієнти в Івано-Франківській області (середній вік 47 років) (див. табл. 1.3).

Таблиця 1.3. Показники кількості пацієнтів у розрізі областей, за статтю та середнім віком

Область	Стать	Середній вік (років)	Кількість пацієнтів
Івано-Франківська	Чоловіки	45	236
	Жінки	51	116
	Чоловіки та жінки разом	47	352
Кіровоградська	Чоловіки	43	178
	Жінки	41	60
	Чоловіки та жінки разом	42	238
Луганська	Чоловіки	43	383
	Жінки	42	147
	Чоловіки та жінки разом	43	530
Миколаївська	Чоловіки	41	176
	Жінки	39	88
	Чоловіки та жінки разом	40	264
Сумська	Чоловіки	43	128
	Жінки	48	38
	Чоловіки та жінки разом	44	166
Разом	Чоловіки	44	1101
	Жінки	46	449
	Чоловіки та жінки разом	44	1550

Переважає більшість пацієнтів належить до першої категорії лікування (62%), до другої категорії належить четверта частина (25%) хворих на ТБ. Найменша кількість пацієнтів третьої (13%) та четвертої категорій (1%) (див. табл.1.4).

Таблиця 1.4. Показники кількості пацієнтів у розрізі категорій лікування

Категорія лікування	Кількість пацієнтів	% від загальної кількості пацієнтів
I категорія	960	62%
II категорія	388	25%
III категорія	194	13%
IV категорія	8	1%

За типом випадку туберкульозу вибірка респондентів розподілилася таким чином: (див. табл. 1.5).

Таблиця 1.5. Розподіл пацієнтів за типом випадку туберкульозу

Тип випадку	Кількість пацієнтів	% від загальної кількості пацієнтів
ВДТБ (уперше діагностований туберкульоз)	1154	74%
РТБ (рецидив туберкульозу)	180	12%
ЛПП (лікування після перерви)	52	3%
НЛ (невдале лікування)	119	8%
П (переведені)	10	1%
I (інші)	27	2%
МРТБ (мультирезистентний туберкульоз)	5	0,3%
ХТБ (хронічний туберкульоз)	3	0,2%

Вибірка кількісного дослідження (опитування хворих на ТБ) представлена 601 пацієнтом з п'яти областей України: Івано-Франківська область, Кіровоградська, Луганська, Миколаївська, Сумська. Загалом по масиву опитаних частка чоловіків становить 69%, жінок – 31%. Як можна побачити з даних, наведених у табл. 1.1, співвідношення чоловіків та жінок по регіонах України суттєво відрізняється тільки у Кіровоградській області, де частці чоловіків майже дорівнює частка жінок – 53% і 47%, відповідно.

Таблиця 1.6. Кількість опитаних у розрізі областей та за статтю

Область	Кількість респондентів	%	Серед усіх пацієнтів	
			Чоловіки, %	Жінки, %
Сумська	73	12	71	29
Кіровоградська	70	12	53	47
Миколаївська	136	23	76	24
Івано-Франківська	111	18	69	31
Луганська	211	35	69	31
Разом	601	100	69	31

Середній вік опитаних респондентів становить 42 роки: для чоловіків і жінок цей показник однаковий. Діапазон віку пацієнтів коливається – від 17 до 99 років. Відповідно до даних опитування існує доволі висока варіативність вікової характеристики опитаних в залежності від регіону та ознаки статі (див. табл. 1.7).

Наймолодша за віком вибірка респондентів виявилась у Кіровоградській області (середній вік 38 років), більш старшими за віком були респонденти в Івано-Франківській та Миколаївській областях (середній вік – 44 роки).

Таблиця 1.7. Середній вік опитаних в розрізі областей та за статтю

Область	Стать	Середній вік (років)	Кількість респондентів
Кіровоградська	Чоловіки	38,1	37
	Жінки	37,1	33
	Чоловіки та жінки разом	37,6	70
Луганська	Чоловіки	39,8	146
	Жінки	40,1	65
	Чоловіки та жінки разом	39,9	211
Миколаївська	Чоловіки	44,6	104
	Жінки	42,8	32
	Чоловіки та жінки разом	44,2	136
Сумська	Чоловіки	40,9	52
	Жінки	44,2	21
	Чоловіки та жінки разом	41,8	73
Івано-Франківська	Чоловіки	42,8	77
	Жінки	46,6	34
	Чоловіки та жінки разом	44,0	111
Разом	Чоловіки	41,5	416
	Жінки	41,7	185
	Чоловіки та жінки разом	41,6	601

Більшість опитаних проживає в містах, а саме: обласних центрах (23%), районних центрах (22%) та містах обласного підпорядкування (17%) Таким чином, частка міських мешканців у масиві становить 62%. Серед респондентів, які проживають у сільській місцевості, 26% мешкали в селах, 5% – у селищах міського типу, 4% – у селищах (див. рис. 1.6).

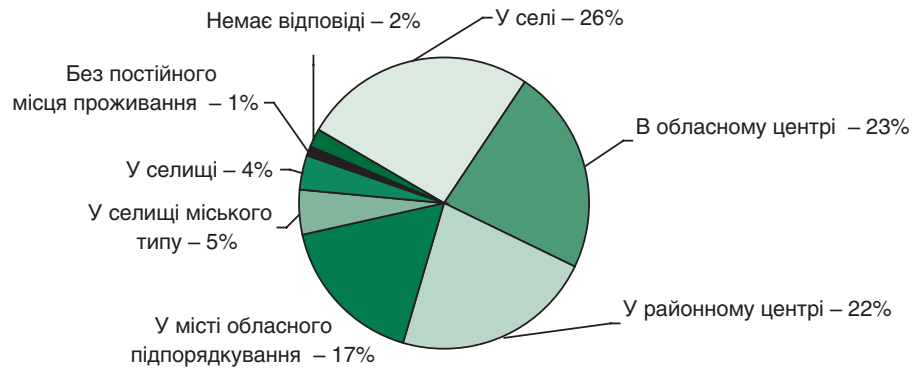


Рис. 1.6. Розподіл відповідей на запитання: «Скажіть, будь-ласка, де Ви проживаєте?»

Перевага питомої ваги міських мешканців простежується у всіх областях, крім Івано-Франківської, де співвідношення міських та сільських жителів становить 35% проти 66% (див. табл. 1.8).

Таблиця 1.8. Місце проживання опитаних в розрізі областей

Область	%, опитаних області								Разом
	Обласний центр	Районний центр	Місто обласного підпорядкування	Селище міського типу	Селище	Село	Без постійного місця проживання	Немає відповіді	
Кіровоградська	33	21	3	4	4	33	0	2	100
Луганська	9	18	45	6	6	9	0	7	100
Миколаївська	47	21	1	8	1	22	0	0	100
Сумська	33	27	4	1	1	29	4	1	100
Івано-Франківська	7	27	1	4	4	57	0	0	100

Переважній більшості респондентів (84%) туберкульоз був діагностований у 2012 році (див. рис. 1.7).

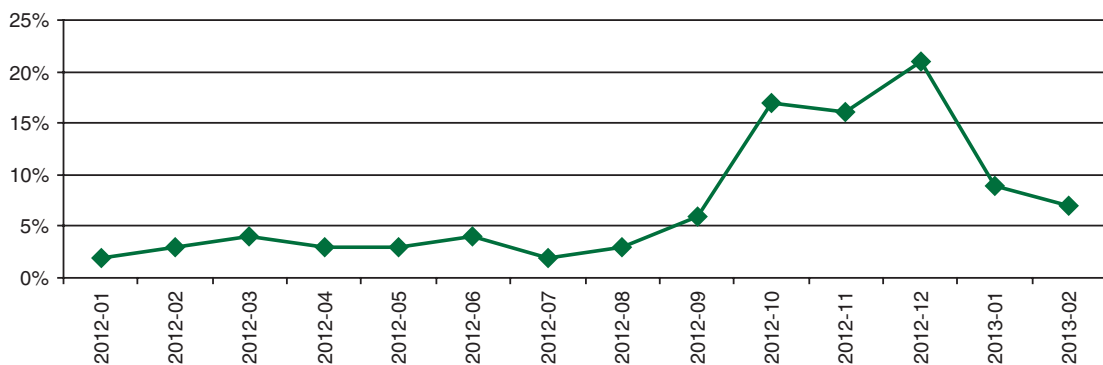


Рис. 1.7. Розподіл респондентів за роками встановлення діагнозу туберкульозу, %

У середньому опитані мають досвід життя із туберкульозом тривалістю 3 роки. Наведені на рис.1.8. дані засвідчують, що значно більшу тривалість життя з туберкульозом мають опитані в Івано-Франківській області (більшою мірою чоловіки – 5,5 року), найменше значення цього показника зафіксовано у Миколаївській області – 1,4 року.

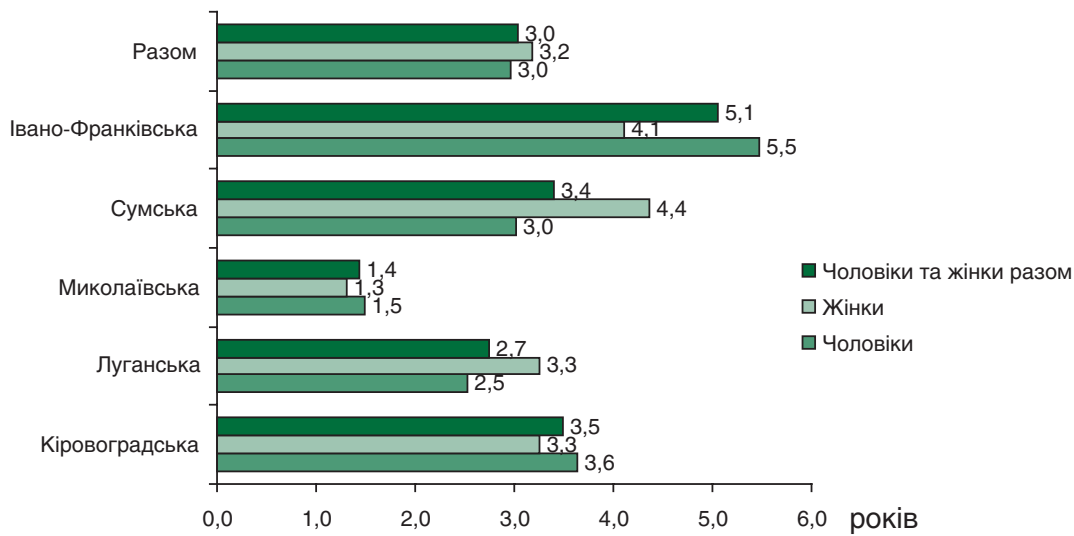


Рис. 1.8. Середній досвід життя із діагнованим туберкульозом серед опитаних в розрізі областей та за статтю, років

Відповідно до результатів опитування, більшість респондентів (58%) перебуває у шлюбі, з них 42% в офіційному, 16% – у незареєстрованому (цивільному) шлюбі. Серед тих, хто не перебував у шлюбі на момент проведення дослідження, 20% опитаних ніколи не були одружені, 17% – розлучені, 5% – удови й вдовці (див.рис. 1.9).

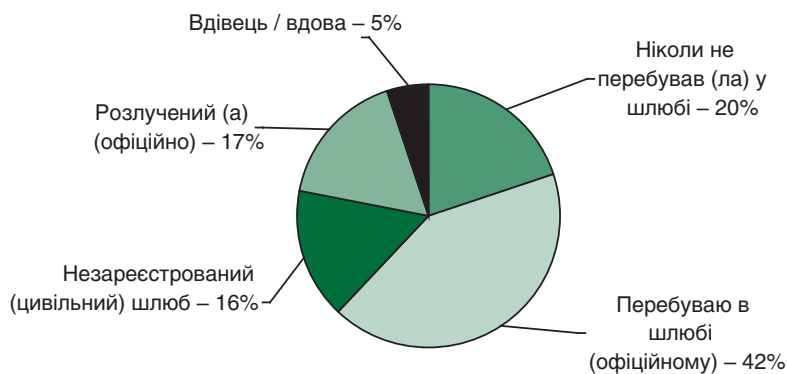


Рис. 1.9. Сімейний стан респондентів, %

Опитаний контингент вирізняється доволі низьким рівнем освіти – майже половина пацієнтів з діагнованим туберкульозом (45%) мають середню спеціальну освіту, ще 44% не мають освіти, вищої за середню (15% – незакінчена середня, 29% – закінчена середня). Лише 10% респондентів указали, що мають вищу освіту.

Невисокий освітній рівень опитаних, поряд із іншими факторами, впливає на характеристику їх соціально-професійного статусу: 39% опитаних на момент інтерв'ювання були безробітними, 13% – непрацюючими пенсіонерами, 2% мали інвалідність, 1% – перебували в декретній відпустці. Серед працюючих респондентів (43%) найпоширенішим професійним контингентом були робітники (34%), присутня незначна частка службовців (4%), працівників офісу (1%), медичних працівників (1%) та самозайнятих (3%). Лише 2% опитаних належать до учнівської/студентської молоді.

Тривалість безробіття у респондентів варіює від 1–2 місяців до 20 років, з них – у кожного четвертого (25%) період безробіття тривав 1–2 роки. (див. рис. 1.10).

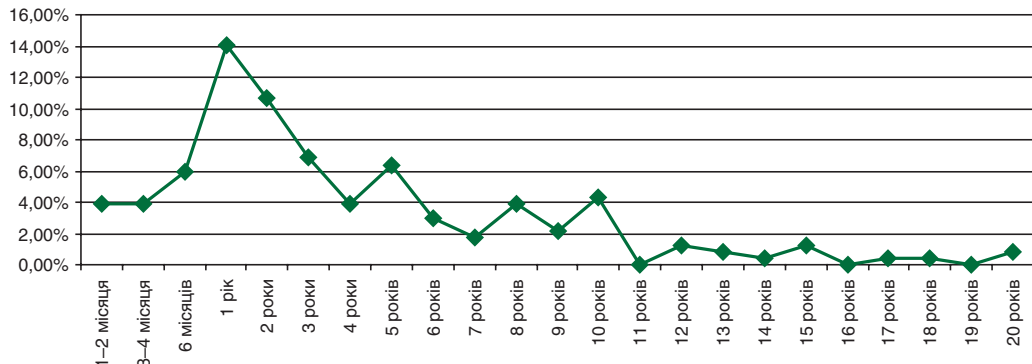


Рис. 1.10. Розподіл респондентів за тривалістю безробіття, %

Серед опитаних 11% респондентів перебували в місцях позбавлення волі, переважно чоловіки (97%).

Більшість респондентів на момент опитування (71%) не мала інвалідності, 6% респондентів перебували в процесі оформлення інвалідності (інвалідність не обов'язково пов'язана з ТБ). (див.рис.1.11).

На момент опитування 23% хворих на ТБ мали певний ступінь постійної чи продовжуваної втрати працездатності, із них 14% належать до другої групи інвалідності 8% – до третьої групи і 1% – до першої групи.

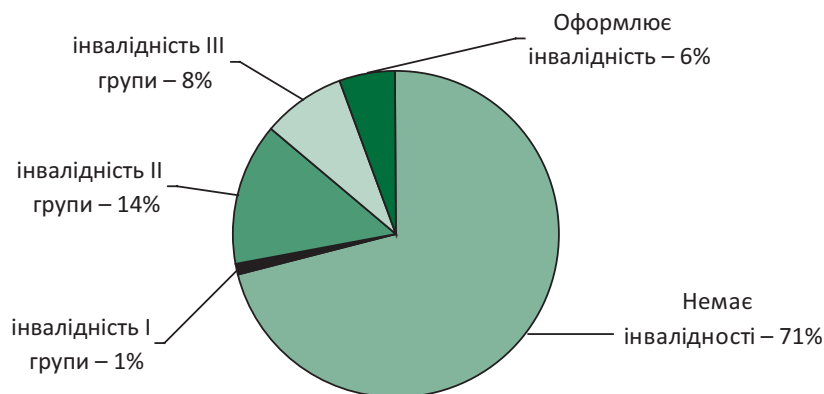


Рис. 1.11. Інвалідність, %

Згідно з міжнародними та українськими документами⁷ особа, яка має інвалідність, отримує певні пільги та допомогу від органів влади. За даними дослідження, 67% опитаних із групою інвалідності отримують матеріальну підтримку від державної установи, натомість 18% – потребують, але не отримують матеріальної підтримки (див. табл. 1.9).

Від членів родини отримують матеріальну підтримку (гроші, одяг, продукти харчування, медикаменти) 48% хворих на ТБ з інвалідністю, від благодійних організацій та релігійних громад така допомога не суттєва.

⁷ Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», Конвенція про права інвалідів (ООН), Конвенція про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів (МОП) тощо.

Таблиця 1.9. Отримання матеріальної підтримки в зв'язку з інвалідністю, %

	Чи отримують матеріальну підтримку(гроші, одяг, продукти харчування, медикаменти), %	Серед усіх	Наявність інвалідності		
			Мають групу інвалідності	Немає інвалідності	Оформлюють
Допомога від членів родини	Отримують	39	48	36	38
	Немає необхідності	43	28	48	32
	Є необхідність, не отримують	18	23	15	29
	Разом	100	100	100	100
Від державної установи	Отримують	32	67	19	59
	Немає необхідності	45	16	58	9
	Є необхідність, не отримують	22	18	23	32
	Разом	100	100	100	100
Благодійної організації	Отримують	2	4	2	3
	Немає необхідності	61	48	67	38
	Є необхідність, не отримують	35	46	30	56
	Разом	100	100	100	100
Релігійних громад /церкви	Отримують	1	3	0	0
	Немає необхідності	65	52	71	47
	Є необхідність, не отримують	32	43	27	53
	Разом	100	100	100	100

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

Висновки за розділом 1

Серед хворих на ТБ переважну більшість становлять чоловіки (70%). Середній вік пацієнта, за даними кабінетного дослідження, серед чоловіків – 44 роки, серед жінок – 46 років, за даними кількісного дослідження (опитування хворих на ТБ) – 40 років. Відмічається доволі широкий діапазон віку пацієнтів – від 10 до 99 років. Найбільшу частку складають хворі на ТБ вікової групи 31–40 років – близько 30% від загальної кількості респондентів.

За місцем проживання: у містах мешкають 62% хворих на ТБ, з них 23% проживають в обласних центрах, 22% – в районних центрах, 17% – в містах обласного підпорядкування. У селах, селищах міського типу, селищах мешкають 35% опитаних. Тільки 1% респондентів були без постійного місця проживання, 2% опитаних не відповіли на запитання.

За сімейним станом 58% респондентів перебуває у шлюбі, переважно в зареєстрованому (42%), 20% опитаних ніколи не були одружені, 17% – розлучені, 5% – удови і вдовці.

Для опитаних є характерним низький рівень освіти – майже половина пацієнтів (44%) не мають освіти, вищої за середню. Низький рівень освіти визначає професійний статус – близько 40% опитаних на момент інтерв'ювання були безробітними. Тривалість безробіття у кожного четвертого 1–2 роки. Найбільш частим видом зайнятості серед працюючих пацієнтів є робітнича професія.

Серед опитаних є частина респондентів, які перебували в місцях позбавлення волі (11%), причому переважна більшість із них – чоловіки. Упродовж останніх п'яти років туберкульоз був діагностований 84% пацієнтам. У середньому опитані мають досвід життя із туберкульозом тривалістю 3 роки. За типом випадку туберкульозу: 74% пацієнтам було встановлено ВДТБ (вперше діагностований туберкульоз), 12% – РТБ (рецидив туберкульозу). Переважна більшість пацієнтів належить до першої категорії лікування (62%).

Майже кожен четвертий із вибірки має певний ступінь постійної чи продовжуваної втрати працездатності, більшість із них отримують матеріальну підтримку (гроші, одяг, продукти харчування, медикаменти) від держави та членів родини, натомість від благодійних організацій та релігійних громад така допомога не суттєва.

Розділ 2

2. Поінформованість щодо ВІЛ-інфекції

2.1. Поінформованість хворих на туберкульоз щодо шляхів передачі ВІЛ

Рівень поінформованості представників цільової групи щодо шляхів передачі ВІЛ не сягає 100%, хоча за окремими питаннями є достатньо високим. Так, переважна більшість опитаних проінформована про основні шляхи передачі збудника, такі як незахищений статевий акт, через кров ВІЛ-інфікованої людини або від ВІЛ-інфікованої матері до дитини.

Натомість, серед 24% опитаних поширені міфи щодо передачі ВІЛ побутовим шляхом (через спільне користування з ВІЛ-інфікованою особою туалетом, басейном, сауною; через посуд – пиття по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною; через укуси комах – комарів). Рівень поінформованості щодо різних шляхів передачі ВІЛ суттєво не залежить від статі респондентів, але відрізняється по регіонах, що залучені до дослідження (див. табл. 2.1.1).

Найвищий рівень поінформованості з питань передачі ВІЛ відмічається серед респондентів Миколаївській області, де на відміну від інших регіонів створена широка мережа ВІЛ-сервісних громадських організацій (понад 25), що тісно співпрацюють із закладами охорони здоров'я області (далі – ЗОЗ), соціальними службами для сім'ї, дітей та молоді, управлінням у справах сім'ї та молоді облдержадміністрації та активно здійснюють просвітницьку діяльність у сфері ВІЛ/СНІДу.

Слід відмітити, що в Кіровоградській та Івано-Франківській областях встановлено найнижчі рівні поінформованості щодо шляхів передачі ВІЛ, оскільки вірні твердження зазначалися рідко, а міфи підтримувалися частіше. Відомо, що в цих регіонах працюють тільки 4–5 ВІЛ-сервісних місцевих неурядових організацій, що не в змозі охопити програмами профілактики, догляду та підтримки представників різних цільових груп на достатньому рівні.

Різниця в рівні поінформованості щодо передачі ВІЛ від матері до дитини спостерігається серед чоловіків та жінок. Так, жінки частіше, ніж чоловіки, надавали вірну відповідь на запитання щодо передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності (85% проти 77%), при пологах (80% проти 73%), при годуванні дитини грудьми (63% проти 54%).

Зафіксований доволі високий рівень поінформованості хворих на туберкульоз щодо шляхів передачі ВІЛ, навіть за наявності прихильників «міфів»: 89% опитаних зазначають, що інфікування ВІЛ можна уникнути, якщо мати секс лише з одним вірним неінфікованим партнером.

- 87% усвідомлюють, що правильне використання презерватива під час кожного статевого контакту захищає від інфікування ВІЛ;
- 95% знають, що заразитися ВІЛ можна, користуючись голкою для ін'єкцій, яка була використана іншою людиною.

Таблиця 2.1.1. Рівень поінформованості щодо способів передачі ВІЛ-інфекції, % по групах*

	Серед усіх	Стать		Область опитування				
		Чоловіки	Жінки	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Інфікування ВІЛ можна уникнути, якщо мати секс лише з одним вірним неінфікованим партнером	89	88	91	86	89	90	93	86
Інфікування ВІЛ можна уникнути, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту	87	88	84	83	86	93	89	80
Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ	84	86	80	66	88	92	86	77
ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комарів	24	26	21	7	27	22	25	34
Людина може заразитися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	24	24	22	6	20	29	19	38
Людина може заразитися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою особою туалетом, басейном, сауною	24	23	25	7	17	33	14	43
ВІЛ-інфекцією можна заразитися, користуючись голкою для ін'єкцій, яка була використана іншою людиною	95	95	94	81	95	96	97	97
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності	80	77	85	73	72	90	74	90
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при пологах	75	73	80	63	70	90	71	76
ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні дитини грудьми	57	54	63	46	39	85	59	64

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

2.2. Поінформованість хворих на туберкульоз щодо ситуацій, коли рекомендовано пройти тестування на ВІЛ-інфекцію

Переважна більшість опитаних вважає, що у всіх наведених випадках рекомендовано пройти обстеження на наявність ВІЛ-інфекції. Дані табл. 2.2.1 засвідчують, що найчастіше опитані зазначають необхідність пройти тестування на ВІЛ-інфекцію тим, хто вживає наркотики ін'єкційним шляхом (97%), у разі численних незахищених сексуальних контактів (93%), перед хірургічним втручанням (операцією) (92%), жінці під час вагітності (92%). Проте доволі значний відсоток опитаних зазначають необхідність проходження тесту на наявність антитіл до ВІЛ у випадках, що не належать до ризикованої поведінки: у випадку проживання по сусідству

з ВІЛ-інфікованою людиною (50%), якщо хтось із колег по роботі є ВІЛ-інфікованим (53%), хворим на алкоголізм (57%). Такі відповіді свідчать про підтримання опитаними міфів щодо можливості зараження ВІЛ, зокрема через предмети побуту.

За результатами опитування виявились географічні особливості у відповідях щодо рекомендованих ситуацій проходження тестування на ВІЛ-інфекцію. Переважна частина респондентів Луганської, Миколаївської, Сумської та Івано-Франківської областей надали вірні твердження щодо випадків, коли необхідно знати власний ВІЛ-статус. Зокрема, в Кіровоградській області рівень поінформованості пацієнтів щодо ситуацій, коли рекомендовано пройти тестування, був найнижчим. Тобто, для мешканців Кіровоградської області більшість перерахованих ситуацій не виступають детермінантами обстеження на ВІЛ. Можна припустити, що відсутність систематичної інформаційно-просвітницької роботи в даному регіоні є перепорою для підвищення рівня обізнаності щодо ВІЛ/СНІДу та дотримання безпечної поведінки серед загального населення.

Таблиця 2.2.1. Рівень поінформованості щодо ситуацій, коли рекомендовано пройти тестування на ВІЛ-інфекцію, % по групах*

	Серед усіх	Стать		Область опитування				
		Чоловіки	Жінки	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Проживання по сусідству з ВІЛ-інфікованою людиною	50	53	45	24	45	63	51	59
Якщо хтось із колег по роботі є ВІЛ-інфікованим	53	56	47	31	46	61	49	73
Хворим на алкоголізм	57	57	57	26	52	75	62	63
У випадку численних незахищених сексуальних контактів	93	93	91	76	96	97	95	90
У разі встановлення діагнозу «туберкульоз»	87	86	90	76	89	88	86	91
У разі підозри на туберкульоз	78	79	77	67	80	80	73	85
У разі виявлення вірусних гепатитів В або С	81	81	80	64	86	93	70	74
Усім членам родини, якщо в когось у родині виявили ВІЛ	84	87	79	63	80	90	100	89
Безхатченкам	73	73	72	29	65	87	77	94
Перед хірургічним втручанням (операцією)	92	93	90	71	98	97	99	83
Жінці під час вагітності	92	92	93	74	90	99	100	95
Чоловіку/сексуальному партнеру вагітної жінки	89	87	92	87	85	96	86	90
Усім слід проходити тестування на ВІЛ – кожний має знати свій ВІЛ-статус	89	88	90	81	85	97	88	92
Тим, хто вживає наркотики ін'єкційним шляхом	97	96	98	93	98	99	97	96

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

2.3. Поінформованість хворих на туберкульоз щодо можливості проходження тестування на ВІЛ-інфекцію в залежності від місця проживання

Переважає більшість (67%) опитаних знають, де у їхньому населеному пункті можна пройти безкоштовне тестування на ВІЛ-інфекцію. Але рівень такої поінформованості є неоднаковим в різних областях та варіює від 59% в Івано-Франківській області, де 65% респондентів мешкають у селі, до 82% у Миколаївській області, де пацієнти у 70% випадків проживають у місті. Тобто рівень поінформованості хворих на ТБ щодо можливості проходження безкоштовного тестування на ВІЛ-інфекцію вищий серед мешканців міста, ніж серед мешканців села.

Більшість респондентів дізналися про місце тестування від медичних працівників. Виняток становить Миколаївська область, де в більшості випадків пацієнти були поінформовані від знайомих, родичів та меншою мірою від медичних працівників (див.табл. 2.3.1)

Таблиця 2.3.1. Рівень поінформованості щодо можливості пройти безкоштовне тестування на ВІЛ-інфекцію в населеному пункті за місцем проживання, % по групах*

	Серед усіх	Стать		Область опитування				
		Чоловіки	жінки	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Знають, де в населеному пункті можна пройти безкоштовне тестування на ВІЛ	67	68	65	74	61	82	64	59
Звідки дізналися								
Дізнались із засобів масової інформації (телебачення, газети)	18	15	23	21	18	14	13	23
Від знайомих, родичів	29	31	23	38	10	58	28	9
Від медичних працівників	62	65	56	60	71	42	70	74
Від працівників громадських організацій	3	2	3	2	7	0	0	2

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

2.4. Поінформованість хворих на туберкульоз щодо необхідних умов здійснення тестування на ВІЛ-інфекцію

Серед необхідних умов проходження тестування на ВІЛ-інфекцію опитані найчастіше зазначають надання пацієнтами письмової поінформованої згоди (81%) та дотестову консультацію з інформацією про ВІЛ та специфіку обстеження (81%). На другому місці – отримання направлення на тестування від лікаря або іншої уповноваженої особи (58%). Надання особистої інформації про себе (паспортні дані) зазначили 39% респондентів, і найменш необхідною умовою тестування опитані визначають оплату послуг з тестування (5%).

Слід зазначити, що важливість того чи іншого фактора при проходженні тестування на ВІЛ-інфекцію визначається регіональними особливостями, що пов'язані з різними умовами проходження тестування в областях. Так, варто вказати, що найменший відсоток відповідей щодо необхідності заповнення письмової поінформованої згоди та надання особистої інформації про себе відмічався у Кіровоградській області. Згідно з даними опитування, саме в цій області найменший відсоток пацієнтів, що підписували інформовану згоду на тестування на ВІЛ – 63% від кількості пацієнтів, яким було проведено ДКТ. Натомість в інших областях цей показник набагато вищий, зокрема в Миколаївській області він становить 97%, Луганській – 95%, Сумській – 87%, Івано-Франківській – 82%. У Миколаївській та Івано-Франківській областях поінформованість про необхідність дотестової консультації та надання особистої інформації про себе була найвища у порівнянні з іншими областями (див. табл. 2.4.1).

Таблиця 2.4.1. Рівень поінформованості щодо необхідних умов проходження тестування на ВІЛ-інфекцію, % по групах*

	Серед усіх	Стать		Область опитування				
		Чоловіки	Жінки	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Отримання направлення на тестування від лікаря або іншої уповноваженої особи	58	59	58	57	55	63	47	68
Надання пацієнтом письмової поінформованої згоди на проходження обстеження на ВІЛ	81	80	82	56	84	82	85	86
Дотестова консультація пацієнту з інформацією про ВІЛ та специфіку обстеження	81	83	76	37	80	91	89	92
Надання особистої інформації про себе (паспортні дані)	39	42	34	6	29	65	34	50
Оплата послуг з тестування	5	5	6	6	1	3	5	16

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

Тільки 5% опитаних відзначили оплату послуг з тестування як необхідну умову проходження тестування на ВІЛ. Ймовірно цим пацієнтам довелося заплатити за тестування, що є порушенням законодавства України. Із результатів опитування видно, що оплата послуг з тестування частіше відзначалась респондентами з Івано-Франківської області (16%).

Відповідно до отриманих відповідей на запитання «Як Ви вважаєте, навіщо людині знати свій ВІЛ-статус?» абсолютна більшість опитаних розуміє, що знання свого ВІЛ-статусу запобігає передачі ВІЛ неінфікованій людині. Інші причини відзначаються малим відсотком опитаних. Виняток становить Сумська область, де 30% опитаних відзначили отримання медичної допомоги щодо лікування ВІЛ-інфекції як причину знання свого ВІЛ-статусу (див. табл. 2.4.2).

Таблиця 2.4.2. Розподіл відповідей на запитання: «Як Ви вважаєте, навіщо людині знати свій ВІЛ-статус?», % по групах*

	Серед усіх	Стать		Область опитування				
		Чоловіки	Жінки	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Щоб запобігти інфікуванню інших людей	69	69	71	61	74	79	53	63
Щоб отримати медичну допомогу щодо лікування ВІЛ-інфекції	20	21	19	27	14	17	30	25
Щоб призначити правильне лікування інших хвороб	5	5	4	9	7	1	3	6
Щоб отримати соціальну допомогу від держави або громадських організацій	2	2	2	1	0	3	4	3
Інше	2	2	3	0	3	0	7	1

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

Згідно з міжнародними та національними рекомендаціями хворим на активний туберкульоз та всім особам з підозрою на туберкульоз, які звернулись або спостерігаються у ЗОЗ фтизіатричного профілю, рекомендовано обстежуватися на наявність ВІЛ-інфекції при кожному первинному зверненні та кожні 6 місяців у разі негативного результату попереднього тестування. За даними дослідження, третя частина опитаних (35%) вважає, що хворим на ТБ з негативним ВІЛ-статусом слід проходити тестування на ВІЛ-інфекцію щонайменше щороку, а 48% респондентів – раз на півроку (див. табл. 2.4.3). Натомість є незначна кількість опитаних (2%), для яких ВІЛ-негативний статус є причиною більше не проходити тестування на ВІЛ-інфекцію в майбутньому.

Якщо особа практикує ризиковану поведінку щодо інфікування ВІЛ (незахищені статеві стосунки з більш ніж одним партнером; статеві контакти з ВІЛ-позитивними особами та споживачами ін'єкційних наркотиків: вживання ін'єкційних наркотичних речовин), то у випадку отримання негативного результату тесту на наявність ВІЛ-інфекції рекомендовано пройти повторне тестування через 4 тижні, якщо ризикована поведінка особи мала місце протягом останніх трьох місяців перед зверненням, якщо ні – то необхідно переконати пацієнта з ризикованою поведінкою у необхідності повторного тестування через 6 місяців.

Більшість опитаних хворих на ТБ (87%) розуміють, що про свій позитивний результат тестування на ВІЛ-інфекцію необхідно повідомити статевому партнеру, 83% – лікуючому лікареві, 84% – лікарям, які надають хірургічну допомогу, 74% – лікарям, які залучені до призначення АРТ, 63% – усім медичним працівникам, які залучені до надання медичної допомоги пацієнту. Частина опитаних (37%) вважає за необхідне повідомити про ВІЛ-позитивний статус при прийомі на роботу.

Таблиця 2.4.3. Розподіл відповідей на запитання: «Як часто людині з ВІЛ-негативним статусом, хворій на туберкульоз, доцільно проходити тестування на ВІЛ?», % по групах*

	Серед усіх	Стать		Область опитування				
		Чоловіки	Жінки	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Один раз протягом життя	4	4	4	9	4	5	3	3
Двічі протягом життя	4	4	5	9	2	6	1	6
Раз на півроку	48	47	48	41	48	67	33	37
Раз на рік	35	36	34	30	35	21	47	50
Взагалі немає потреби в проходженні тестування на ВІЛ	2	2	2	1	2	0	3	3
Інше	2	2	2	3	2	1	4	2

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

Таблиця 2.4.4. Розподіл відповідей на запитання: «Як Ви вважаєте, кому було б доцільно знати про ВІЛ-позитивний статус особи у разі його виявлення?», % по групах*

	Серед усіх	Стать		Область опитування				
		Чоловіки	Жінки	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Нікому. Це особиста справа кожного	56	56	56	77	50	70	41	48
Близьким родичам	77	75	79	54	73	83	79	87
Статевим партнерам	87	87	88	80	92	90	92	76
При зарахуванні на роботу	37	39	34	7	31	61	32	42
Лікуючому лікарю	83	85	79	50	86	85	93	89
Усім медичним працівникам, які залучені до надання медичної допомоги пацієнту	63	63	61	43	64	77	73	49
Тільки тим лікарям, які надають хірургічну допомогу ВІЛ-позитивному пацієнту	84	86	82	70	87	96	85	73
Тільки тим лікарям, які залучені до призначення АРТ	74	74	74	49	70	97	63	77

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

Загальна поінформованість хворих на ТБ, які брали участь в опитуванні, щодо ВІЛ-інфекції виявилась досить високою та свідчить про усвідомлення респондентами серйозності проблеми поширення ВІЛ. Серед опитаних вищим (90%) є рівень поінформованості щодо основних шляхів передачі ВІЛ – статевого, парентерального (через кров), від ВІЛ-інфікованої матері до дитини. Але слід зазначити, що для 24% опитаних досі поширені міфи щодо передачі ВІЛ побутовим шляхом. Рівень поінформованості щодо ВІЛ-інфекції по регіонах, що залучені до дослідження, прямо корелює з кількістю ВІЛ-сервісних громадських організацій, що активно здійснюють просвітницьку діяльність у сфері ВІЛ/СНІДу на даних територіях.

Результати аналізу отриманих даних показали, що хворі на ТБ достатньо обізнані (92–97%) щодо ситуацій, коли рекомендовано пройти тестування на ВІЛ-інфекцію. Разом з тим, половина респондентів допускають хибні уявлення про необхідність проходження тесту на наявність антитіл до ВІЛ у побутових випадках, що не стосуються ризикованої поведінки, а саме якщо хтось проживає по сусідству з ВІЛ-інфікованою людиною (50%) або працює з ВІЛ-інфікованим колегою по роботі (53%). Такі дані свідчать, що стигматизація ВІЛ-інфікованих осіб у сучасному суспільстві ще є актуальною проблемою, яка може призвести до негативних соціальних реакцій та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ.

Рівень поінформованості щодо місць звернення за безкоштовними послугами ДКТ на ВІЛ-інфекцію в середньому серед респондентів складає 67%, але є вищим серед мешканців міста, ніж серед мешканців села.

Серед хворих на ТБ встановлено, що їх обізнаність відносно необхідних умов проходження тестування на ВІЛ-інфекцію у цілому висока – 81% респондентів зазначають про надання пацієнтами письмової поінформованої згоди та отримання дотестової консультації з інформацією про ВІЛ та специфіку обстеження. Слід підкреслити, що в Кіровоградській області відмічається найменший відсоток пацієнтів, що підписували інформовану згоду на тестування на ВІЛ – 63% від кількості пацієнтів, яким було проведено ДКТ, що є порушенням законодавства України. Також неприпустима оплата послуг з тестування на ВІЛ-інфекцію, яку відзначили 5% респондентів загальної вибірки.

Більшість опитаних хворих розуміє, що знання свого ВІЛ-статусу запобігає передачі ВІЛ неінфікованій людині, та вважає за доцільне у разі позитивного результату тестування на ВІЛ-інфекцію повідомляти статевого партнера (87%) та лікарів, залучених до надання медичної допомоги пацієнту (83%).

За даними дослідження, тільки половина респондентів (48%) вірно вважають, що хворим на ТБ з негативним ВІЛ-статусом слід проходити тестування на ВІЛ-інфекцію раз на півроку, що свідчить про низький рівень консультування пацієнтів закладів ПТС у сфері актуальності проблеми поширення та діагностики ВІЛ-інфекції серед хворих на ТБ, негативного впливу ВІЛ на перебіг туберкульозу, а також про порушення виконання нормативно-правової бази у сфері ТБ/ВІЛ.

Розділ 3

3. Практика тестування на ВІЛ серед хворих на туберкульоз

3.1. Практика проведення тестування на ВІЛ-інфекцію серед хворих на туберкульоз

На думку більшості лікарів, проходження тестування на ВІЛ-інфекцію є необхідним для всіх пацієнтів без винятку, які звернулися до медичного закладу, навіть для пацієнтів лише з підозрою на туберкульоз. Такий підхід є вірним, оскільки туберкульоз є одним з найпоширеніших захворювань, зумовлених ВІЛ. Проте, відповідно до результатів дослідження, тестування на ВІЛ-інфекцію проводиться не для всіх пацієнтів з невідомим ВІЛ-статусом. Згідно з даними кабінетного дослідження, в середньому по 4 областях (Кіровоградська, Луганська, Миколаївська, Сумська) 90% пацієнтам, які не знали власного ВІЛ-статусу, було запропоновано пройти тест на наявність антитіл до ВІЛ. Несприятлива ситуація відмічається в Івано-Франківській області, де відповідний показник становив 76%.

Важливою детермінантою призначення такого тесту виступає форма лікування хворих на ТБ – стаціонарний чи амбулаторний етап лікування у закладі ПТС. Як видно з даних опитування пацієнтів, хворим, які перебувають на стаціонарному лікуванні, частіше пропонують пройти тестування на ВІЛ-інфекцію, ніж пацієнтам, які лікуються амбулаторно, – 93% і 87%, відповідно (див.табл. 3.1.1).

Варто зазначити, що ситуація щодо призначення тестування на ВІЛ-інфекцію хворим, які лікуються стаціонарно, не відрізняється значною мірою по областях, однак у Миколаївській та Кіровоградській областях відсоток пацієнтів, яким було рекомендовано пройти обстеження на наявність ВІЛ-інфекції, був найвищим – 98% і 97% відповідно. Найбільша частота призначення тестування на ВІЛ-інфекцію пацієнтам під час амбулаторного лікування спостерігається у Кіровоградській та Луганській областях (91% та 96%, відповідно), натомість відносно низький рівень призначення такого обстеження відмічався у Сумській (70%), Миколаївській (75%) та Івано-Франківській (80%) областях.

Таблиця 3.1.1. Призначення тестування на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз у розрізі областей, %*

	Серед усіх	Область опитування				
		Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Тестування на ВІЛ під час перебування в стаціонарі	93	97	90	98	95	87
Тестування на ВІЛ під час амбулаторного лікування	87	91	96	75	70	80

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

За даними дослідження, переважна кількість пацієнтів, яким було призначене тестування, його проходять, але по регіонах ситуація відрізняється та залежить від форми лікування – амбулаторно чи стаціонарно. Більша частка пацієнтів (89%), які знаходилися на стаціонарному лікуванні, проходили тестування на ВІЛ-інфекцію. Серед пацієнтів, які лікувалися амбулаторно, тільки 52% пройшли процедуру ДКТ (див. рис. 3.1.1).

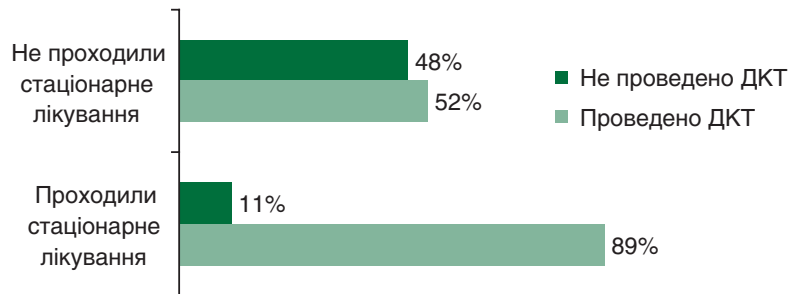


Рис. 3.1.1. Розподіл пацієнтів за фактом проведенням тестування на ВІЛ-інфекцію в залежності від стаціонарного та амбулаторного лікування

Отже, результати, наведені на рис. 3.1.1, свідчать, що хворі, які проходили амбулаторний етап лікування, значно рідше проходять тестування на ВІЛ-інфекцію.

За результатами дослідження, найменший відсоток здійснених тестувань на ВІЛ-інфекцію встановлено серед пацієнтів з перервою у лікуванні (71%), найбільший – серед пацієнтів, які були переведені, та «інших» (90%). Близько 80% пацієнтів з уперше діагностованим туберкульозом, рецидивом туберкульозу та невдалим лікуванням, пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію за рекомендацією лікаря для визначення власного ВІЛ-статусу (див. табл. 3.1.2).

Таблиця 3.1.2. Відсоток пацієнтів, які пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію, в залежності від випадку туберкульозу (дані кабінетного дослідження, N=1550)

Визначення випадку ТБ	Кількість пацієнтів, які пройшли тестування	% від кількості пацієнтів відповідного випадку ТБ
ВДТБ (вперше діагностований туберкульоз)	906	79%
РТБ (рецидив туберкульозу)	143	79%
ЛПП (лікування після перерви)	37	71%
НЛ (невдале лікування)	98	82%
П (переведені)	9	90%
І (інші)	24	89%

Особливу проблему в лікуванні ТБ, а значить і для подальшого перебігу ВІЛ-інфекції, на сучасному етапі становить мультирезистентний ТБ (далі – МРТБ), що виникає у разі появи стійкості мікобактерій туберкульозу (далі – МБТ) до ізоніазиду й рифампіцину одночасно, тобто до двох основних препаратів, які входять у всі основні схеми лікування хворих на ТБ. Отже своєчасне тестування на ВІЛ-інфекцію пацієнтів з МРБТ (4 категорія хворих на ТБ) є необхідним заходом запобігання ускладненню лікування таких хворих.

На момент проведення дослідження 80% пацієнтам із загальної кількості хворих на МРТБ було проведено ДКТ на ВІЛ-інфекцію (див. табл. 3.1.3). Тестування на ВІЛ-інфекцію хворих на мультирезистентний ТБ по 4 областях (Івано-Франківська, Кіровоградська, Луганська, Сумська) в середньому проводилося 94% пацієнтам. Винятком є Миколаївська область, де цей показник становить лише 26%. Тільки в Луганській області всі пацієнти з МРТБ (100%) тестувалися на наявність ВІЛ-інфекції. Згідно з коментарями лікарів закладів ПТС, тестування пацієнтів, хворих на туберкульоз 4-ї категорії, відбувається раз на рік відповідно до вимог МСЕК (медико-соціальної експертної комісії, засідає раз на рік), що значно знижує показник охоплення тестуванням та є порушенням процедури проведення ДКТ.

Таблиця 3.1.3. Проведення тестування на ВІЛ хворим на МРТБ

Область	Кількість пацієнтів, яким проведено тестування на ВІЛ-інфекцію	Відсоток від загальної кількості пацієнтів в області, які були зареєстровані в даний проміжок часу
Миколаївська	12	26%
Івано-Франківська	75	85%
Кіровоградська	44	90%
Сумська	72	99%
Луганська	238	100%
Разом	441	80%

3.2. Кваліфікація персоналу протитуберкульозного закладу або іншого ЛПЗ, що проводять до- та післятестове консультування

Під час дослідження було встановлено, що процедуру ДКТ уповноважені проводити лікарі медичного закладу: фтизіатр, інфекціоніст, психіатр, дерматовенеролог. Відповідно до отриманих відповідей усі лікарі стаціонару закладу володіють методикою проведення процедури ДКТ.

Окремий спеціаліст з ДКТ у закладах ПТС, що були залучені до дослідження, відсутній.

Згідно з Протоколом ДКТ «проводити перед- та післятестове консультування мають право медичні працівники (лікарі та медичні сестри), психологи, соціальні працівники, представники ГО, що працюють у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу (включаючи групи ЛЖВ), які пройшли спеціальну підготовку»⁸. Слід відмітити, що, відповідно до результатів дослідження, не всі лікарі, які проводять ДКТ, мають однаковий рівень підготовки та проходили спеціалізоване навчання щодо процедури ДКТ. Проте, згідно з Протоколом ДКТ «протягом часу, необхідного для спеціальної підготовки достатньої кількості консультантів, консультування можуть проводити особи, які добре обізнані з цим Порядком та забезпечують виконання усіх його вимог»⁹.

Отже, частина лікарів, що відповідають за проведення ДКТ, проводять дану процедуру на підставі наказу МОЗ України № 415, але не маючи відповідних знань, керуючись інформацією, отриманою на інших загальних тренінгах, присвячених проблемі ВІЛ/СНІДу в цілому, сімейній медицині тощо, а також самостійно ознайомилися з процедурою ДКТ.

Лікарі часто відчують брак знань щодо проведення процедури ДКТ та зацікавлені в проходженні відповідного навчання.

Відповідно до інформації, отриманої від лікарів, існують 3 способи організації навчання лікарів щодо проведення процедури ДКТ:

- ініціатива НУО (РАТН, Альянс, інші);
- ініціатива обласних протитуберкульозних диспансерів/спеціалізованих медичних закладів;
- ініціатива керівництва медичного закладу щодо навчання з питань ДКТ для співробітників закладу.

⁸ Наказ МОЗ України № 415 від 19.08.2005.

⁹ Наказ МОЗ України № 415 від 19.08.2005.

Навчання, яке проводить Альянс:

- Найбільш інформативний тренінг, який триває кілька днів.
- Проводиться загальне інформування щодо ситуації з ВІЛ/СНІДу в країні, розкривається проблема ко-інфекції ТБ/ВІЛ. Окремий день присвячений процедурі ДКТ – обґрунтовується необхідність та демонструється техніка проведення роботи з пацієнтом, дії лікаря згідно з результатами тестування. Висвітлюється робота зі швидкими тестами, АРТ.
- Позитивно оцінюється застосування техніки рольових ігор під час проведення тренінгу.
- У кінці навчання слухачі отримують сертифікат.

Навчання, яке проводять обласні туберкульозні диспансери/спеціалізовані медичні заклади:

- Таке навчання триває в межах одного робочого дня.
- Акцент робиться в першу чергу на процедурі ДКТ, її необхідності та техніці проведення. Також висвітлюється проблема ВІЛ/СНІДу, перебіг захворювання у хворого на туберкульоз.
- Сертифікат в кінці навчання не видається.

Навчання, яке проводить керівництво медичного закладу для своїх співробітників закладу:

- Таке навчання проводить головний лікар або завідувач відділення, особи, які попередньо пройшли тренінг щодо ДКТ та мають сертифікат про проходження навчання щодо проведення процедури ДКТ.
- Навчання триває кілька годин.
- Інформація подається в стислому вигляді, стосується здебільшого практики проведення ДКТ в конкретному медичному закладі. Мета тренінгу – надати можливість кожному лікарю даного закладу проводити ДКТ своїм пацієнтам згідно із затвердженою процедурою.
- Сертифікат у кінці навчання не видається.

«В принципі, консультування проводить кожен лікар стаціонару. Я просто проводжу навчання з лікарями, як це робиться, коли це робиться, пояснюю. А вже безпосередньо з пацієнтом працює кожен лікуючий лікар окремо. Я також при необхідності працюю з пацієнтом».

Івано-Франківська обл.

Навчання щодо процедури ДКТ, яке є частиною загального тренінгу, присвяченого проблемі ВІЛ/СНІД:

- Окремі блоки на загальних тренінгах, присвячені процедурі ДКТ.
- Видається загальний сертифікат щодо проходження навчання, саме по процедурі ДКТ – відсутній.

Лікарі, які брали участь в опитуванні, зазначають, що пацієнту надається можливість, згідно із законодавством, обрати спеціаліста, який проведе процедуру ДКТ.

Коли пацієнт не згоден з аргументами, позицією лікаря, можливо замінити спеціаліста ДКТ. У такому випадку пацієнта направляють у кабінет «Довіри», центр профілактики та боротьби зі СНІДом, де і відбувається тестування на ВІЛ-інфекцію, але на практиці такі ситуації виникають вкрай рідко.

Більшість лікарів, опитаних у рамках дослідження, впевнені, що проходження тестування на ВІЛ-інфекцію є необхідним для всіх пацієнтів, які звернулися до медичного закладу. Проте, відповідно до результатів дослідження, тестування на ВІЛ-інфекцію призначають від 76% до 90% пацієнтів з невідомим ВІЛ-статусом у залежності від регіону.

Хворим, які перебувають на стаціонарному лікуванні, частіше пропонують пройти тестування на ВІЛ-інфекцію, ніж пацієнтам, які лікуються амбулаторно, – 93% та 87% відповідно.

Ситуація щодо проходження тестування аналогічна до його призначення та має також певні особливості в залежності від форми лікування – амбулаторно чи стаціонарно. Встановлено, що ДКТ було проведено 89% пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні, та 52% хворих на ТБ, які лікувалися амбулаторно. Таким чином, при амбулаторному лікуванні тільки половина пацієнтів, яким рекомендовано тестування на ВІЛ-інфекцію, проходять ДКТ, що може свідчити про неефективність окремих етапів процедури ДКТ при амбулаторній формі лікування та недостатній рівень кваліфікаційної підготовки спеціалістів, які проводять ДКТ.

Найчастіше проходили ДКТ пацієнти, які, відповідно до класифікації випадку ТБ, відносилися до переведеного та «іншого» випадків (90%). Серед пацієнтів з уперше діагностованим туберкульозом, рецидивом туберкульозу та невдалим лікуванням обстежилися на наявність антитіл до ВІЛ 80% осіб. Найменший відсоток здійснених тестувань на ВІЛ-інфекцію встановлено серед пацієнтів з перервою у лікуванні (71%). Недостатній рівень охоплення ДКТ (80%) спостерігається серед хворих на МРТБ, які його потребують.

За даними дослідження, усі лікарі (фтизіатр, інфекціоніст, психіатр, дерматовенеролог) стаціонару закладу володіють методикою проведення процедури ДКТ, окремий спеціаліст з ДКТ у медичних закладах, в яких проводилось дослідження, відсутній.

Встановлено, що лікарі, які проводять ДКТ, мають різний рівень підготовки – не всі спеціалісти проходили спеціалізоване навчання щодо процедури ДКТ, частина лікарів проводить процедуру ДКТ на підставі наказу МОЗ України № 415, не маючи відповідних знань та керуючись інформацією, отриманою на інших загальних тренінгах. Лікарі часто відчують брак знань щодо проведення процедури ДКТ та зацікавлені в проходженні відповідного навчання.

Лікарі, які брали участь в опитуванні, зазначають, що, на відміну від навчання, яке відбувається з ініціативи обласних протитуберкульозних диспансерів/спеціалізованих медичних закладів та власного медичного закладу, найбільш інформативними є тренінги, що проводяться НУО. На таких тренінгах не тільки висвітлюється низка питань, пов'язаних з практикою проведення ДКТ, але й надається загальна інформація щодо ситуації з ВІЛ/СНІДом в країні, розкривається проблема ко-інфекції ТБ/ВІЛ, в кінці навчання видається сертифікат.

Розділ 4

4. Організація тестування на ВІЛ-інфекцію у протитуберкульозних закладах

4.1. Проведення дотестового консультування при тестуванні на ВІЛ-інфекцію у стаціонарах протитуберкульозних закладів

4.1.1. Умови проведення дотестового консультування

За даними кабінетного дослідження, 88% пацієнтів, які потребували проходження ДКТ, було проведено дотестове консультування. Такі дані підтверджуються результатами опитування – 90% респондентів були проконсультовані перед тестуванням на ВІЛ-інфекцію (див. табл. 4.1.1) Слід зауважити, що відсоток респондентів, яким проведено дотестове консультування під час перебування у стаціонарі протитуберкульозного закладу, перевищує аналогічний показник серед респондентів, які знаходяться на амбулаторному лікуванні, – 93% і 84%, відповідно. За даними кабінетного дослідження, ці показники становлять 92% і 86%, відповідно. Таким чином, для пацієнтів, які перебувають на амбулаторному лікуванні, рідше проводиться дотестове консультування та їх частіше направляють на забір крові на ВІЛ, нічого не пояснюючи.

Аналіз даних по регіонах показав, що краща ситуація з частотою проведення дотестових консультацій при кожному тестуванні на ВІЛ-інфекцію в Миколаївській та Сумській областях (96%), в Івано-Франківській області дотестову консультацію проводять тільки 86% пацієнтам, в Луганській – 87%, Кіровоградській – 89%.

Таблиця 4.1.1. Проведення дотестової консультації, по групах, за даними опитування %*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стаціонарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Провели дотестову консультацію	90	93	84	89	87	96	96	86
Направили на забір крові на ВІЛ, нічого не пояснюючи	10	7	16	11	13	4	4	14

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

Відповідно до інформації, отриманої від опитаних, хворих на ТБ, в середньому проведення дотестової консультації проходить через 5 днів після госпіталізації у стаціонар та через 8 днів після початку амбулаторного лікування.

Переважній більшості респондентів (80%) дотестове консультування проводив лікуючий лікар, 13% відзначили, що дотестову консультацію проводив співробітник кабінету «Довіри»/кабінету інфекційних захворювань, з них для 7% опитаних консультацію проводила медична сестра, 3% – інший лікар, 2% – психолог, 1% – соціальний працівник, 4% опитаних не змогли відповісти на запитання (див.рис.4.1.1).

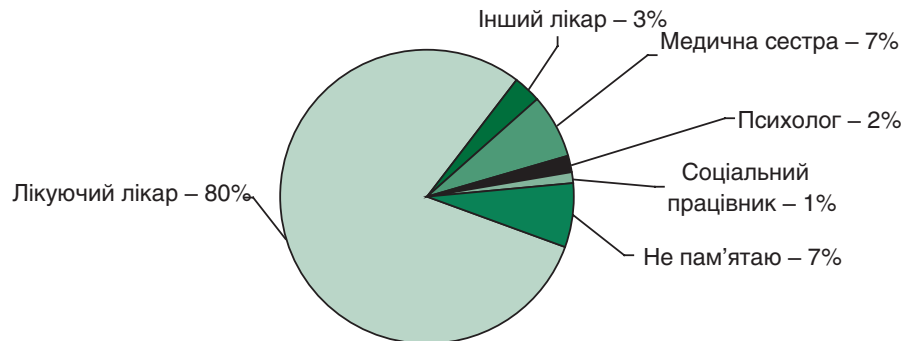


Рис. 4.1.1. Фахівці, які проводять дотестове консультування

На запитання «Хто крім Вас і консультуючої особи (лікаря, психолога, соціального працівника тощо) міг чути зміст Вашої розмови під час передтестової консультації?» переважна більшість опитаних (93%) відповіли, що ніхто, окрім респондента і консультуючої особи, не був присутній на консультації, тобто дотестова консультація була проведена без присутності сторонніх осіб. Проте 4% респондентів відзначили, що на консультації також була присутня медсестра, у 1% випадків – інші пацієнти та ще у 1% випадків – інші медичні працівники, які чули розмову (див. рис. 4.1.2).

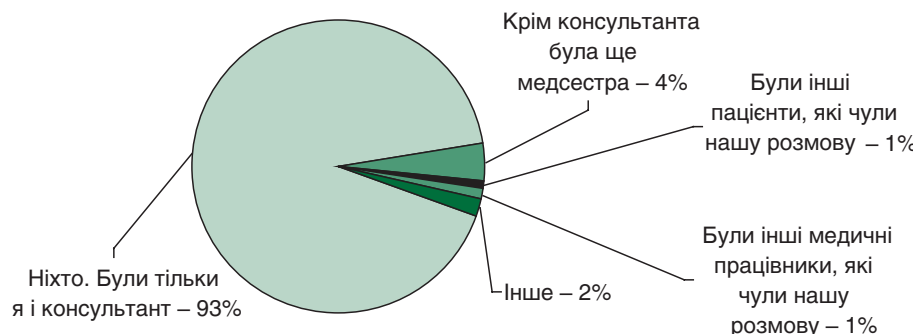


Рис. 4.1.2. Розподіл відповідей на запитання «Хто крім Вас і консультуючої особи (лікаря, психолога, соціального працівника...) міг чути зміст Вашої розмови під час передтестової консультації?»

Дані опитування пацієнтів підтверджуються і відповідями лікарів у глибоких інтерв'ю. Майже всі лікарі зазначали, що проводять дотестову консультацію без присутності сторонніх осіб, наодинці з пацієнтом.

Відповідно до чинного законодавства проведення процедури ДКТ повинно проводитися в окремому непрохідному кабінеті. За даними опитування хворих на ТБ, у 96% випадків такі умови виконувалися і тільки 2% пацієнтів відзначили, що дотестове консультування було проведене в палаті, ще 2% вибрали варіант «інше».

У ході глибоких інтерв'ю з лікарями виявилось, що умови проведення ДКТ виконуються не всіма медичними закладами, що були залучені до дослідження, а саме відсутнє ізольоване приміщення або окремий спеціалізований кабінет.

- У разі амбулаторного лікування ДКТ здебільшого проводиться в кабінеті лікаря, в цьому випадку медсестра залишає лікаря наодинці з пацієнтом. Пацієнти чекають у загальній черзі перед кабінетом, де проводиться консультація.

- У разі стаціонарного лікування ДКТ проводиться в палаті (в такому разі інших пацієнтів просять звільнити палату) або в маніпуляційному кабінеті, ординаторській.

В окремих випадках, що були наведені лікарями як приклади існуючих проблем в організації ДКТ, відмічалось, що в деяких стаціонарах протитуберкульозних закладів ДКТ проводиться в холі лікарні, в палатах або взагалі не проводиться через брак витратних матеріалів у районному медичному закладі.

«Мы проводим ДКТ в палате, при этом остается один больной, с которым проводится беседа, а все остальные идут погулять».

Луганська обл.

Слід зауважити, що лише 9 лікарів з 28, які брали участь в опитуванні, відмітили наявність в медичному закладі спеціального кабінету для проведення ДКТ – непрохідної кімнати, з комп'ютером, наявністю необхідних інформаційних матеріалів, умовами для зберігання конфіденційних даних. Кабінет замикається під ключ, доступ у приміщення обмежений, розкладу роботи кабінету немає, консультування відбувається по мірі звертання пацієнтів.

«У нас є спеціальний кабінет для проведення ДКТ, де є все необхідне для цього, а головне конфіденційність».

Сумська обл.

У ході дослідження респондентам було поставлено низку запитань щодо місця очікування перед кабінетом для проведення дотестової консультації.

Згідно з Протоколом ДКТ «поряд з кабінетом бажано облаштувати місце очікування для пацієнтів з необхідною кількістю стільців, столиком з інформаційною літературою з питань профілактики ВІЛ/СНІДу»¹⁰. Опитування засвідчило, що у 67% випадків перед кабінетом, де проводиться консультація, передбачено місце очікування для пацієнтів, яке найчастіше облаштоване стільцями (86%), столиком із інформаційною літературою з питань профілактики ВІЛ/СНІДу (57%), інформаційними стендами на стінах (48%). Наявність та облаштування такого місця перед кабінетом для проведення дотестової консультації відрізняється по областях та частіше залежить від матеріальної підтримки з боку недержавних організацій, що реалізують проекти профілактики ВІЛ/СНІДу в регіоні.

Таблиця 4.1.2. Розподіл відповідей щодо наявності та облаштування місця очікування перед кабінетом для проведення дотестової консультації, % по групах*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стаціонарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Є місце очікування	67	63	74	34	67	98	84	30
Чим облаштоване місце очікування?								
Стільці	86	86	84	43	90	93	75	86
Столик з інформаційною літературою з питань профілактики ВІЛ/СНІДу	57	57	58	52	60	74	27	38
Інформаційні стенди на стінах	48	46	52	24	55	38	56	59
Не пам'ятає	4	3	6	10	2	0	12	14

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

¹⁰ Наказ МОЗ України № 415 від 19.08.2005.

Зокрема, у Кіровоградській та Івано-Франківській областях місце очікування є менш ніж у третині випадків, натомість у Миколаївській області 98% респондентів підтвердили наявність обласного місця очікування (див. табл. 4.1.2). Також у Миколаївській області 74% опитаних підтвердили наявність столика з інформаційною літературою з питань профілактики ВІЛ/СНІДу, в той час як у Кіровоградської області цей показник складає тільки 24%.

Стосовно наявності інформаційної літератури щодо захворювання на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію для загального ознайомлення пацієнтів, за результатами глибинних інтерв'ю з лікарями, виявлено, що такі матеріали часто представлені у вигляді стендів – санітарні бюлетені, рідше хворі забезпечуються інформаційними буклетами.

4.1.2. Зміст та тривалість дотестового консультування

Дотестове консультування, за результатами опитування хворих на ТБ, триває в середньому 18 хвилин, за свідченням лікарів – 10–15 хвилин, у деяких випадках до 30 хвилин, що залежить від обізнаності пацієнта з питань ВІЛ/СНІДу, його психологічного стану.

Треба зауважити, що частина лікарів скаржиться на брак часу, велике навантаження, що не дає змоги приділити консультуванню достатньо часу та впливає на якість його проведення.

«Минут 30 в среднем, но опять-таки в условиях диспансера это очень тяжело сделать. Сами видите, больных много, два врача в отделении. В отделениях сейчас по 80–90 больных. То есть нагрузка очень большая».

Миколаївська обл.

«Моє завдання фтизіатра – це туберкульоз, і дається мені відповідно до нормативів 12 хвилин від того часу, коли хворий зайшов у мій кабінет. Я його опитала, прослухала йому легені, пропальпувала йому периферійні лімфовузли, органи черевної порожнини, все записала, дала хворому направлення – оце все за 12 хвилин. Тому багато говорити про ВІЛ-інфекцію немає можливості».

Кіровоградська обл.

Аналіз отриманих даних по регіонах показав, що найбільше часу для проведення дотестової консультації приділяється в Луганській області (21 хвилина), найменша тривалість цієї послуги спостерігається в Сумській області (12 хвилин) (див. табл. 4.1.3).

Таблиця 4.1.3. Розподіл відповідей щодо тривалості дотестової консультації, % по групах*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стационарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Тривалість дотестової консультації, хв	18	18	17	19	21	17	12	18

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

За результатами інтерв'ю з лікарями, основними питаннями, що порушуються під час дотестового консультування, були такі:

- Необхідність проведення тестування на ВІЛ-інфекцію для пацієнтів, хворих на ТБ.

- Виявлення, якою інформацією щодо ВІЛ-інфекції володіє пацієнт, інформування його щодо шляхів поширення збудника, засобів профілактики.
- Виявлення ризикованої поведінки у пацієнта, роз'яснення щодо зниження ризику та запобігання можливого інфікування ВІЛ.
- Можливість для пацієнта поставити запитання.

Також, іноді через брак часу на дотестове консультування, акцентується увага хворого лише на необхідності знати власний ВІЛ-статус для призначення адекватного лікування у разі виявлення ВІЛ-інфекції.

Для переважної більшості опитаних пацієнтів зміст проведеної дотестової консультації відповідає Протоколу ДКТ¹¹:

1. Обговорення переваг обізнаності щодо свого ВІЛ-статусу: 96% опитаним була надана інформація, чому хворим на ТБ рекомендують пройти тестування на ВІЛ-інфекцію (див. табл. 4.1.4) .
2. Пояснення процедури тестування та його результатів:
 - 2.1. 95% опитаних розповіли про процедуру тестування;
 - 2.2. 90% опитаних знали, що означає негативний, позитивний і сумнівний результати тесту, 80% – роз'яснили значення періоду „вікна”, коли впродовж 6 місяців після інфікування ВІЛ вірус може не виявлятися у людини лабораторними методами.
 - 2.3. 83% пацієнтів розповіли про необхідність повторного тесту в окремих випадках;
 - 2.4. 89% – знали тривалість очікування результату.
 - 2.5. 82% – пояснили різницю між інфікуванням ВІЛ та захворюванням на СНІД.
3. У 96% опитаних запитали інформовану згоду на проведення тестування.
4. Визначення наступних дій у разі відмови пацієнта від обстеження:
 - 4.1. 88% пацієнтів пояснили шляхи передачі ВІЛ та обговорили їх особистий ризик інфікування ВІЛ.
 - 4.2. З 88% респондентів обговорили значення знання власного ВІЛ-статусу.
 - 4.3. 94% опитаних запевнили в конфіденційності отриманої інформації про ВІЛ-статус пацієнта.
 - 4.4. 85% опитаних розповіли, яку допомогу можна буде отримати у разі позитивного результату тесту на наявність антитіл до ВІЛ.

Згідно з Протоколом ДКТ «на проведення тестування медичний працівник державного або комунального закладу охорони здоров'я повинен отримати інформовану згоду пацієнта...»¹². Лікарі, які брали участь у якісному дослідженні, запевняли, що під час проведення дотестової консультації всім пацієнтам обов'язково пропонується підписати інформовану згоду щодо проходження тестування на ВІЛ-інфекцію. Відповідно до нормативної бази, поінформованість пацієнта щодо проходження тесту в будь-якому випадку фіксується, навіть якщо пацієнт не погоджується обстежуватися на наявність ВІЛ-інфекції. Проте, за даними дослідження, лише 96% пацієнтів із встановленим діагнозом «туберкульоз» запропонували інформовану згоду на проведення тестування, з них переважна більшість осіб (98%) погодилася пройти тестування.

Лікарі відзначають такі причини відмови від проходження тестування (причини зазначені від найбільш часто згадуваних до найменш):

- небажання знати результати тестування, страх перед діагнозом;
- намагання приховати вже встановлений раніше ВІЛ-позитивний статус;
- можлива недовіра до лікаря, до медичного закладу;
- неадекватність поведінки пацієнта (психологічні розлади, алкогольне сп'яніння тощо);
- з боку людей похилого віку – нерозуміння проблеми;
- через релігійні переконання, заперечення існування ВІЛ («СНІД-дисиденти»).

¹¹ Наказ МОЗ України № 415 від 19.08.2005.

¹² Згідно з наказом МОЗ № 415 від 19.08.2005 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

Згідно з відповідями лікарів, у разі, якщо пацієнт з недовірою ставиться до необхідності тестування на ВІЛ-інфекцію, лікар намагається переконати його, зауважуючи, що від результату тестування залежить підхід до лікування туберкульозу. Також лікар наголошує на ризиках для сім'ї у разі необізнаності щодо ВІЛ-позитивного статусу та пропонує пацієнту звернутися до закладу служби профілактики та боротьби зі СНІДом для анонімного обстеження.

Таблиця 4.1.4. Розподіл відповідей щодо змісту дотестової консультації, % по групах*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стационарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Пояснили, чому хворим на ТБ рекомендують пройти тестування на ВІЛ	96	95	96	92	97	97	93	96
Розказали про процедуру тестування	95	94	96	89	95	98	91	97
Розказали про значення періоду «вікна», коли впродовж 6 місяців після інфікування ВІЛ вірус може не виявлятися у людини	80	83	74	50	88	91	83	69
Що означає негативний, позитивний і сумнівний результати тесту	90	91	88	87	95	95	87	77
Розказали про необхідність повторного тесту в окремих випадках	83	86	77	71	89	91	81	70
Розказали, скільки треба буде очікувати результат	89	90	88	84	90	94	93	82
Пояснили різницю між інфікуванням ВІЛ і захворюванням на СНІД	82	84	79	53	92	87	80	77
Пояснили шляхи передачі ВІЛ та обговорили особистий ризик інфікування ВІЛ	88	90	82	61	93	89	91	91
Обговорили можливості більш безпечної поведінки	88	90	84	68	94	86	91	91
Обговорили значення знання ВІЛ статусу для пацієнта особисто	88	91	82	66	93	87	91	91
Запевнили в конфіденційності отриманої інформації про ВІЛ-статус пацієнта	94	94	93	81	95	98	94	94
Запитали згоду на проведення тестування	96	97	95	87	96	98	97	98
Розказали, яку допомогу можна буде отримати у разі позитивного результату	85	87	79	74	92	85	80	80

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

Наразі необхідно зазначити, що Кіровоградська область відрізняється від решти областей недоброякісним проведенням дотестової консультації. Зокрема, лише половині пацієнтів під час дотестової консультації розповіли про значення періоду «вікна»; 53% – пояснили різницю між інфікуванням ВІЛ і захворюванням на СНІД; 61% – надали інформацію про шляхи передачі ВІЛ та обговорили особистий ризик інфікування ВІЛ і т.д. (див. табл. 4.1.4).

4.1.3. Ведення облікової документації щодо проведення дотестового консультування

Відповідно до нормативної бази, інформація щодо проведення дотестової консультації заноситься в журнал реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію (Форма № 503/о) та в додаток до медичної картки лікування хворого на туберкульоз – “Фактори впливу на перебіг захворювання та на результат лікування ТБ 01-1” (Форма № 081-2/о).

За даними дослідження, така інформація зафіксована у форму № 503/о про 95% пацієнтів протитуберкульозного диспансеру. У розрізі областей якість ведення та заповнення цього журналу відрізняється (див. табл. 4.1.5).

Таблиця 4.1.5. Ведення інформації щодо проведення дотестового консультування за даними журналу реєстрації ДКТ (Форма № 503/о) в розрізі областей (n =1469)

Область	Кількість пацієнтів	% від кількості пацієнтів в області, що увійшли до вибірки
Івано-Франківська	311	88%
Кіровоградська	222	93%
Луганська	529	99%
Миколаївська	246	94%
Сумська	161	99%

Встановлено, що в Рожнятівському та Богородчанському районах Івано-Франківської області замість журналу реєстрації ДКТ (форма № 503/о) ведеться журнал реєстрації взяття крові для проведення дослідження на наявність антитіл до ВІЛ (форма № 498-9/о), де інформація носить інший характер і не збігається за переліком облікових даних.

Щодо додатку ТБ 01-1, під час проведення кабінетного дослідження з'ясувалося, що медична картка хворого на туберкульоз (Форма № 081-2/о) в областях дослідження ведеться для 90% пацієнтів із вибірки, але зустрічалися деякі порушення її заповнення. У розрізі областей якість ведення та заповнення форми № 081-2/о відрізняється (див. табл. 4.1.6).

Таблиця 4.1.6. Ведення медичної картки лікування хворого на туберкульоз (Фактори впливу на перебіг захворювання та на результат лікування ТБ 01-1), в розрізі областей (n =1399 – число пацієнтів, про яких зафіксована інформація)

Область	Кількість пацієнтів	% від кількості пацієнтів, які увійшли до вибірки
Івано-Франківська	307	87%
Кіровоградська	232	97%
Луганська	456	86%
Миколаївська	246	94%
Сумська	158	97%

В Івано-Франківській області Форма ТБ01-1 ведеться, однак у трьох екземплярах (у стаціонарі за місцем лікування хворого, у районного фтизіатра та в організаційно-методичному кабінеті закладу ПТС обласного рівня). В окремих випадках у Луганській області додаток ТБ 01-1 не був наданий для аналізу у зв'язку з його відсутністю.

Згідно з Наказом МОЗ України від 02.09.2009 N 657 Форму ТБ01-1 заповнюють на всіх хворих на ТБ (I–III категорій) за місцем проживання. Інформація про пацієнта в цій формі та журналі реєстрації випадків туберкульозу ТБ03 повинна дублюватись. Проте, за даними ре-

зультатів дослідження, ця вимога не виконується. Зокрема, дата проведення дотестової консультації в додатку ТБ01-1 та в журналі реєстрації ДКТ збігається в 95% протестованих.

У 30% протестованих дата тестування в журналі ТБ03 та додатку ТБ01-1 не збігається, середня відмінність між датами у двох документах – 7,5 календарних днів. Виявлено, що у 26% пацієнтів дата тестування не зазначена в ТБ01-1, але наявна в журналі ТБ03; у 12% пацієнтів, навпаки, відсутня дата в журналі ТБ03, але наявна в ТБ01-1.

4.2. Тестування на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз

4.2.1. Проведення первинного тестування на наявність ВІЛ-інфекції (тестування за допомогою швидких тестів або перший забір крові при застосуванні методу ІФА)

Відповідно до Протоколу ДКТ особам, яким проводиться тест, медичний працівник повинен запропонувати заповнити інформовану згоду на проходження цієї процедури та направити до маніпуляційного кабінету.

Лікарі вказують, що, як правило, забір крові для проведення дослідження методом ІФА або здійснення тестування за допомогою швидкого тесту проводиться відразу після дотестової консультації згідно з розкладом роботи лабораторії. Проте, відповідно до результатів опитування пацієнтів, тестування на ВІЛ-інфекцію відбувається не одразу після дотестової консультації, а в середньому здійснюється через 4 дні після її проведення.

У більшості випадків пацієнт відправляється до маніпуляційного кабінету самостійно, іноді медсестра або лікар супроводжує хворого.

Відповідальною особою за здійснення тестування є медсестра маніпуляційного кабінету в усіх медичних закладах, які були залучені до дослідження. В поодиноких випадках пацієнта спрямовують до кабінету «Довіри», що знаходиться на території медичного закладу.

«Я веду його до кабінету «Довіри», а там у них є протокол, журнал дотестового консультування, і у пацієнта беруть кров. Тобто це все там на місці. А я вже чекаю тільки результатів»,

Івано-Франківська обл.

За результатами опитування лікарів встановлено, що алгоритм та тривалість передачі зразків крові до лабораторії залежать від таких умов:

- Віддаленості лабораторії, де проводиться дослідження крові.
 - Забір крові здійснюється у маніпуляційному кабінеті, після чого кров центрифугується, а сироватку відправляють на подальше дослідження до центру профілактики боротьби та СНІДу або обласного/районного ЛПЗ, де є лабораторія діагностики ВІЛ-інфекції.
 - Відправлення матеріалів відбувається за графіком – раз на тиждень.
 - Отримання результату тестування через 1-2 тижні, що залежить від графіка поїздки до лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції.
 - В Івано-Франківській області було зафіксовано випадок, коли районна лабораторія відмовила медичному закладу у проведенні тестування на ВІЛ-інфекцію, аргументуючи свою відмову браком витратних матеріалів.
- Наявність швидких тестів у медичному закладі.
 - У разі проведення дослідження за допомогою швидких тестів отримання результатів здійснюється, як правило, через 20 хвилин, після чого одразу проводять післятестову консультацію. Але на сьогодні спостерігається брак швидких тестів у більшості медичних закладів протитуберкульозної служби.

«Раніше у нас були швидкі тести, де ми могли відразу давати відповідь хворому про результат тесту, а зараз у нас централізовано робиться, шляхом дослідження крові методом імуноферментного аналізу в обласному центрі СНІДу».

Івано-Франківська обл.

У разі виявлення позитивного результату швидкого тесту на ВІЛ-інфекцію, подальша процедура підтвердження позитивного результату відбувається методом ІФА згідно з Протоколом проведення ДКТ. У закладах ПТС, що були залучені до дослідження, більшість тестувань на ВІЛ-інфекцію (81%) здійснюється методом ІФА. За допомогою швидких тестів проводиться тільки 14% обстежень (див. табл. 4.2.1). У решті випадків (5%) пацієнтів направляють до центру профілактики і боротьби зі СНІДом, інший ЛПЗ для обстеження на наявність ВІЛ-інфекції.

За результатами аналізу документації, кров, що була взята для аналізу методом ІФА, в той же день направляється в лабораторію і через 3 дні проводиться дослідження на наявність антитіл до ВІЛ.

Варто відзначити, що швидкі тести частіше використовуються для тестування пацієнтів, які перебувають на амбулаторному лікуванні, ніж тих, що лікуються у стаціонарі, – 18% і 13% відповідно. Також у порівнянні з іншими областями в Миколаївській області відмічається найбільша частка пацієнтів (36%), які були обстежені на наявність ВІЛ-інфекції за допомогою швидких тестів.

Таблиця 4.2.1. Метод проведення скринінгового тестування на ВІЛ-інфекцію, % по групах*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стаціонарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Забір крові та повідомлення результату упродовж години (метод швидкого тесту)	14	13	18	9	6	36	9	8
Забір крові у стаціонарі та повідомлення результату не раніше ніж через кілька днів/тижнів (метод ІФА)	81	84	75	88	89	63	90	79
Направили в СНІД-центр/інший заклад для забору крові та обстеження на ВІЛ	5	4	7	3	4	1	1	13

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

За результатами кабінетного дослідження, у 96% випадків після проведення первинного тестування на ВІЛ-інфекцію в обліково-звітних документах були вказані результати тестів.

4.2.2. Отримання результату досліджень первинного тестування

Більшість опитаних (86%) дізнались про результати первинного тестування на ВІЛ-інфекцію (див. табл. 4.2.2).

Таблиця 4.2.2. Розподіл відповідей на запитання «Я не запитую Вас про результат, але запитую, чи дізналися Ви самі про результат цього обстеження на ВІЛ?», % по групах*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стационарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Дізналися результат тестування	86	88	80	87	80	90	94	85

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

Оскільки більшість тестувань здійснюється з використанням методу ІФА, інформування пацієнта про результати тестів найчастіше (для 49% пацієнтів) відбувається через кілька тижнів за ініціативою медичного працівника (див. табл. 4.2.3). У Миколаївській області порівняно з іншими областями найчастіше проводиться обстеження на наявність ВІЛ-інфекції за допомогою швидких тестів та встановлена найбільша частка повідомлень про результати тестування впродовж години після забору крові (28%). Варто відзначити, що в Кіровоградській та Івано-Франківській областях частіше, ніж в інших областях, лікар інформує пацієнтів про результати тестування в палаті, під час чергового обходу (20% і 24% відповідно).

Таблиця 4.2.3. Спосіб інформування про результати тестів, % по групах*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стационарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Повідомили упродовж години після забору крові.	9	8	12	3	1	28	7	3
Пацієнт звернувся/лася сам/сама через кілька тижнів до медпрацівників за результатом	26	23	35	16	17	46	25	24
Запросили до медпрацівника через кілька тижнів, де повідомили про результат	49	51	43	57	73	25	43	37
Проінформував лікар під час чергового обходу пацієнтів в палаті	12	14	8	20	8		18	24
Інше	2	1	2	3	1			5

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

4.2.3. Проведення повторного тестування методом ІФА

За результатами опитування, після проведення первинного дослідження 20% пацієнтів було направлено на повторне тестування на ВІЛ-інфекцію (див. табл. 4.2.4) для уточнення їх ВІЛ-статусу згідно з наказом МОЗ України № 1141, з них – 83% пройшли таке обстеження.

Таблиця 4.2.4. Проведення повторного тестування на ВІЛ-інфекцію, % по групах*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стационарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Направили на підтверджувальне тестування на ВІЛ	20	20	20	35	12	18	3	43

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

Для половини пацієнтів (51%), які повторно тестувалися, минуло більше двох тижнів між першим та повторним тестуванням (див. рис. 4.2.3), для третини хворих на ТБ (33%) – 1–2 тижні. Тільки для 5% хворих на ТБ повторне обстеження здійснилося через декілька днів.

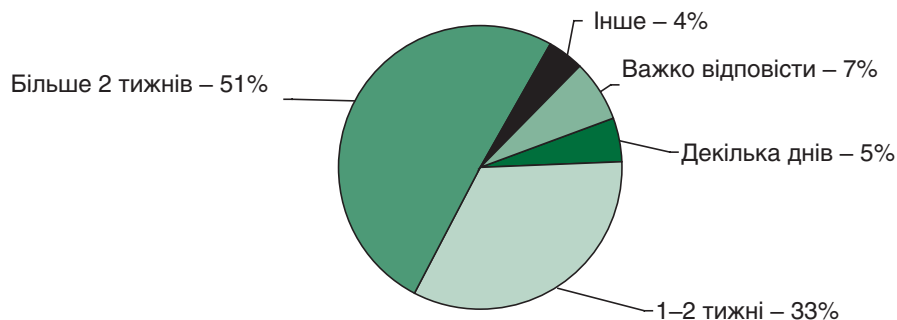


Рис. 4.2.3 Розподіл відповідей на запитання «Скільки часу пройшло між першим і повторним тестуванням?»

4.3. Проведення післятестового консультування

4.3.1. Практика проведення післятестового консультування при тестуванні на ВІЛ-інфекцію

Згідно з відповідями лікарів, післятестове консультування, як правило, проводять для всіх пацієнтів, незалежно від отриманих результатів. Проте, за результатами опитування пацієнтів, тільки в 65% випадків тестування на ВІЛ-інфекцію було проведено післятестову консультацію (див. табл. 4.3.1), а за даними кабінетного дослідження – у 71% випадків. Невелика різниця між результатами кількісного опитування та даними медичної документації може пояснюватися тим, що пацієнти не завжди пам'ятають, чи їм була проведена післятестова консультація, чи

консультація не була проведена зовсім, але була зафіксована у відповідній обліковій медичній документації.

Привертає увагу те, що післятестова консультація проводиться частіше пацієнтам, які перебувають на стаціонарному, ніж тим, що на амбулаторному лікуванні. Відповідно до результатів опитування пацієнтів, ці показники склали 69% і 57% відповідно, а за даними кабінетного дослідження – 69% і 74% відповідно.

Аналіз ситуації по регіонах свідчать, що найменша частка пацієнтів, яким проводять післятестову консультацію, встановлена в Івано-Франківській області (55% пацієнтів за даними кабінетного дослідження і 47% пацієнтів за даними опитування). В інших областях існує невідповідність між даними кабінетного і кількісного досліджень, тобто згідно з даними медичної документації післятестова консультація проводиться частіше, ніж вказують пацієнти: Луганська область – 95% проти 73%, Кіровоградська область – 96% проти 66%, Сумська область – 92% проти 45%. Протилежна ситуація спостерігається в Миколаївській області – 80% пацієнтів вказують, що їм була проведена післятестова консультація, а в журналі реєстрації ДКТ зафіксовано тільки 42% випадків. Це свідчить про те, що інформація про проведення післятестової консультації не була зафіксована, а вимог щодо ведення обліково-звітної документації про проведення ДКТ не дотримувалися.

Таблиця 4.3.1. Проведення післятестової консультації, % по групах*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стаціонарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Проведена післятестова консультація	65	69	57	66	73	80	45	47

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

Також є деякі відмінності запрошення пацієнтів на процедуру післятестового консультування:

- Хворих, які перебувають на стаціонарному лікуванні, запрошують на процедуру післятестового консультування співробітники лікарні – лікуючий лікар або завідуючий відділенням, коли вже відомі результати обстеження.
- Хворі, які лікуються амбулаторно, як правило, приходять самостійно на післятестове консультування, у деяких випадках дільнична сестра чи лікуючий лікар запрошують пацієнтів на консультування по телефону.

У ході дослідження було виявлено, що деякі післятестові консультування проводяться лише тим пацієнтам, у яких результат повторного тестування був позитивним, або хворим з невизначеним результатом тестування, але з наявністю симптомів, синдромів та хвороб, що зумовлені ВІЛ. У разі отримання негативного результату аналізу деякі лікарі не бачать сенсу проводити післятестове консультування.

Післятестове консультування в середньому проводиться через 12 днів після забору крові, через 7 днів після проведення дослідження, коли медичні працівники отримують результати.

У тих випадках, коли дослідження проводиться тільки за допомогою швидких тестів, як правило, вже через 20 хвилин проводять післятестову консультацію.

Якщо пацієнт не з'явився за результатами тестування на ВІЛ-інфекцію самостійно або лікар не має змоги його викликати, то післятестове консультування проводиться під час наступного візиту пацієнта у заклад ПТС, оскільки всі хворі на ТБ, незалежно від форми клінічного діагнозу туберкульозу, з тією чи іншою частотою відвідують свого лікаря від 2 до 6 разів на рік.

4.3.2. Умови проведення післятестового консультування

Згідно з Протоколом ДКТ бажано, щоб післятестове консультування пацієнта проводив той самий консультант, який проводив передтестове консультування¹³. У ході дослідження було виявлено, що 42 % пацієнтів післятестову консультацію проводить та сама особа, що й дотестову (див. табл. 4.3.2).

Якщо дотестове консультування проводила інша особа (58%), то з них у переважній кількості випадків це був лікуючий лікар (49%), в окремих випадках – медична сестра, інший лікар або невідомо хто (9%).

Практика проведення післятестової консультації медичним персоналом відрізняється по регіонах. Зокрема, в Луганській та Сумській областях, на відміну від трьох інших областей, більшість післятестових консультацій проводиться тією ж особою, яка проводила дотестове консультування (61% та 60% випадків відповідно). У Миколаївській та Івано-Франківській областях найчастіше післятестове консультування проводиться лікуючим лікарем – у 70% випадків.

Таблиця 4.3.2. Особа, яка повідомила про результати тесту, % по групах*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стационарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Та ж сама особа, яка проводила дотестове консультування	42	40	46	34	61	25	60	21
Інша особа, хто саме:								
1. Лікуючий лікар	49	50	45	46	29	70	28	71
2. Співробітник кабінету «Довіри»/кабінету інфекційних захворювань								
Інший лікар	1	1		3		1		
Медична сестра	4	3	5	5	4	3	1	3
Психолог	0		1	2		1		
Не пам'ятаю	4	6	3	10	6		11	5

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

За даними глибинних інтерв'ю, варто зазначити, що всі лікарі та завідувачі відділень, лікарі-інфекціоністи або співробітники кабінету «Довіри» медичного закладу мають можливість та вміють проводити післятестове консультування. Якщо лікуючий лікар перебуває у відпустці, на лікарняному або, з об'єктивних обставин, відсутній на роботі, а хворому на ТБ необхідно негайно провести післятестову консультацію, то за згодою пацієнта таке консультування здійснює інший співробітник ЛПЗ. Лікарі відмічали, що навіть на етапі післятестового консультування пацієнт має можливість за своїм бажанням змінити лікаря.

Лише один лікар з опитаних зазначив, що він не проводить післятестове консультування, коли отримує результати обстеження на наявність антитіл до ВІЛ, а направляє пацієнтів до кабінету «Довіри» для повідомлення результату та подальшого перенаправлення та супроводу пацієнтів.

¹³ Наказ МОЗ України № 415 від 19.08.2005.

«Є спеціалісти, які стикаються з цим кожного дня, можуть кваліфіковано пояснити пацієнту... Можливо, необхідно випустити буклети спеціально для ДКТ, як можна переконати, які наводити приклади. Щоб лікар мав перед собою таку інформацію і говорив саме те, що може людину зачепити».

Івано-Франківська обл.

4.3.3. Зміст та тривалість післятестового консультування

Післятестове консультування, за результатами опитування хворих на ТБ, триває в середньому 17 хвилин, за свідченням лікарів – від 15 до 30 хвилин.

Повідомлення результатів обстеження на ВІЛ-інфекцію та роз'яснення питань з ВІЛ/СНІДу є головною метою післятестового консультування. У ході проведеного дослідження встановлено, що 97% пацієнтів дізналися про результати тестування під час післятестової консультації, решта 3% пацієнтів не пам'ятають власний ВІЛ-статус.

Під час проведення післятестового консультування 92% пацієнтів ще раз пояснили, що означають отримані результати обстеження на ВІЛ-інфекцію. Крім цього, з 91% пацієнтів обговорили шляхи інфікування ВІЛ та особистий ризик зараження, з 89% – наслідки ризикованої поведінки, з 90% – методи профілактики ВІЛ-інфекції та правила поведінки для зниження ризику інфікування ВІЛ (див. табл. 4.3.4).

Таблиця 4.3.4. Розподіл відповідей щодо змісту післятестової консультації, % по групах*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стационарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Повідомили результати тестування	97	97	98	98	97	99	90	95
Ще раз пояснили, що вони означають	92	93	89	85	96	96	67	95
Обговорили шляхи зараження ВІЛ- інфекцією та Ваш особистий ризик інфікування	91	92	89	85	95	92	80	93
Обговорили наслідки ризикованої поведінки	89	90	86	80	93	90	83	91
Обговорили методи профілактики ВІЛ та правила поведінки для зниження ризику інфікування ВІЛ-інфекцією	90	92	85	80	94	91	80	95
Відповіди на Ваші запитання	91	91	92	78	91	99	80	93
Надали інформацію про НУО, в які можна звернутись у разі потреби, та про інші можливості отримання допомоги (наявність лікування, необхідність та важливість диспансерного нагляду, можливості профілактики захворювання на СНІД тощо)	79	82	73	30	87	89	73	86
Пояснили особливості законодавства України у сфері ВІЛ/СНІДу	82	84	77	43	94	90	60	84

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

Також 79% пацієнтів під час післятестової консультації надається інформація про неурядові організації (далі – НУО), в які можна звернутися у разі потреби, та про інші можливості отримання допомоги (наявність лікування, необхідність та важливість диспансерного нагляду, можливості профілактики захворювання на СНІД тощо). Крім цього, 82% опитаних пояснюється особливості законодавства України у сфері ВІЛ/СНІДу.

Варто зазначити, що в Кіровоградській області післятестова консультація, у порівнянні з іншими областями, не відповідає загальним вимогам, – тільки 30% пацієнтів надається інформація про НУО, в які можна звернутися у разі потреби, лише 43% пацієнтів пояснюються особливості законодавства України у сфері ВІЛ/СНІДу, у 78% випадків особа, яка проводить післятестове консультування, відповідає на запитання хворого.

Результати глибинних інтерв'ю з лікарями свідчать, що зміст консультації відрізняється в залежності від отриманого результату аналізу.

Зміст післятестової консультації при ВІЛ-негативному результаті:

- Оголошення результату.
- Виявлення інформації щодо умов та якості життя пацієнта.
- Пояснення небезпечності ризикованої поведінки, застереження від незахищених статевих контактів, роз'яснення необхідності використовувати презервативи, одноразові шприци (якщо було з'ясовано, що пацієнт наркозалежний), надання рекомендацій щодо спостереження за своїм станом здоров'я та необхідності в разі змін чи погіршення негайно звертатися до відповідних фахівців.
- Розповідь про основні шляхи передачі ВІЛ.
- Розкривається питання щодо можливості «серологічного вікна».
- Рекомендація проходити повторне тестування за умови збереження ризикованої поведінки. Якщо пацієнт викликає довіру, веде нормальний спосіб життя та не належить до категорії людей з ризикованою поведінкою, то лікар рекомендує проходити тестування один раз на рік, якщо пацієнт викликає підозри, то лікар може призначити повторне тестування через 3–6 місяців.
- Наголошення на обов'язковому продовженні лікування туберкульозу.

Варто зазначити, що деякі лікарі нехтують встановленими процедурами проведення післятестового консультування та обмежуються тільки оголошенням негативного результату, додатково не пояснюючи небезпечності ризикованої поведінки (поодинокі випадки в Івано-Франківській та Кіровоградській обл.).

Через наявність «серологічного вікна» часто лікарі рекомендують хворим проходити повторне тестування через 2–3 місяці.

Зміст консультації при позитивному результаті:

- Оголошення результату.
- Заспокоєння пацієнта та донесення до його свідомості інформації про те, що ВІЛ-інфекція – це не смертельний вирок, є можливість лікування.
- Направлення до кабінету «Довіри», лікаря-інфекціоніста ЛПЗ чи безпосередньо до центру СНІДу – ця схема актуальна для обласних ЗОЗ. Співробітники районних медичних закладів направляють хворого спочатку до районного інфекціоніста, який у свою чергу дає направлення до центру СНІДу.
- Наголошення на необхідності зробити повторний аналіз більш достовірним методом ІФА та додаткове обстеження безпосередньо у центрі СНІДу.
- Короткий опис подальших дій пацієнта, пояснення щодо необхідності АРТ, підготовка пацієнта до більш складного та інтенсивнішого лікування туберкульозу.
- Наголошення на конфіденційності та гарантії анонімності, відсутності розголошення отриманої інформації.
- Направлення на більш детальне медичне обстеження до інших спеціалістів.
- Необхідність постановки під диспансерний нагляд в СНІД-центр.
- Необхідність дотримання усіх рекомендацій щодо лікування та способу життя, відмови від шкідливих звичок.
- Додаткова інформація щодо благодійних організацій, які можуть надати ту чи іншу допомогу, проконсультувати хворого.

- Лише в поодиноких випадках – повідомлення щодо відповідальності за зараження інших осіб.

Лікарі зазначали: якщо вони вбачають назрівання глибокої психологічної травми у хворого, то для більш ефективної допомоги запрошують психолога на післятестове консультування. Це дає змогу не тільки заспокоїти пацієнта, але і запобігти подальшим діям, котрі можуть привести до психологічних зривів, депресій, котрі у свою чергу можуть призвести до випадків суїциду.

Варто зазначити, що лікарі районних лікарень набагато рідше чи зовсім не зустрічають у своїй практиці «позитивних» результатів. Тому деякі з них, описуючи зміст післятестової консультації при «позитивному» результаті, говорили не про реальні, а про можливі дії у цьому випадку.

Зміст післятестової консультації при ВІЛ-позитивному результаті:

- Оголошення результату.
- Заспокоєння пацієнта та донесення до його свідомості інформації про те, що ВІЛ-інфекція – це не смертельний вирок, є можливість лікування.
- Направлення до кабінету «Довіри», лікаря-інфекціоніста ЛПЗ (районного/обласного рівня) та/або безпосередньо до центру профілактики та боротьби зі СНІДом.
- Наголошення на необхідності зробити повторне тестування, що проводиться згідно з вимогами нормативної бази з використанням двох альтернативних тест-систем для ІФА (з найвищою чутливістю для одночасного виявлення антитіла та антигену до ВІЛ та з найвищим показником специфічності), та додаткове клініко-лабораторне обстеження безпосередньо в центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.
- Короткий опис подальших дій хворого на ТБ, пояснення щодо необхідності призначення та отримання антиретровірусної терапії (далі – АРТ), підготовка пацієнта до більш складного та інтенсивнішого лікування туберкульозу.
- Наголошення на конфіденційності та гарантії анонімності медичних даних пацієнта, відсутності розголошення персоналізованої інформації.
- Направлення на більш детальне медичне обстеження до інших спеціалістів
- Необхідність дотримання всіх рекомендацій щодо лікування та способу життя, відмови від шкідливих звичок.
- Додаткова інформація про неурядові організації, що можуть надати ту чи іншу допомогу, хворому на ТБ з виявленим ВІЛ-позитивним статусом.
- Лише в поодиноких випадках – повідомлення щодо відповідальності за зараження ВІЛ інших осіб.

Лікарі зазначали, що якщо дізнання про власний ВІЛ-позитивний статус призводить до невірноваженого психологічного стану хворого, то в таких випадках під час післятестового консультування запрошується психолог. Це дає змогу не тільки заспокоїти пацієнта, але й запобігти подальшим діям, котрі можуть привести до психологічних зривів, депресій, суїцидів.

Варто зазначити, що лікарі районних лікарень набагато рідше чи зовсім не зустрічаються у своїй практиці з ВІЛ-позитивним результатом серед хворих на ТБ. Тому деякі з них, описуючи зміст післятестової консультації, говорили не про свій досвід роботи, а про можливі дії у цьому випадку.

Зміст консультації при сумнівному результаті на наявність ВІЛ-інфекції:

- Наголос на необхідності повторного тестування на базі ЛПЗ, де проводилося перше дослідження, або в центрі профілактики та боротьби зі СНІДом (у залежності від наявних умов) мінімум через тиждень, максимум через місяць після отримання сумнівного результату.
- Обговорення можливості інших захворювань, котрі знижують імунітет та можуть бути причиною сумнівного результату тестування на ВІЛ-інфекцію.
- Пояснення небезпечності ризикованої поведінки, застереження від випадкових незахищених статевих контактів, роз'яснення необхідності використовувати презервативи, одnorазові шприци (якщо було з'ясовано, що пацієнт наркозалежний), надання рекомендацій щодо спостереження за своїм станом здоров'я та необхідності в разі змін чи погіршення негайно звертатися до відповідних фахівців.

- Розповідь про основні шляхи передачі ВІЛ.
- Необхідність дотримуватися санітарно-гігієнічних норм та правил, режиму сну та відпочинку, стежити за харчуванням, відмовлятися від шкідливих звичок, приймати вітамінні комплекси, займатися спортом тощо.

Слід зазначити, що для остаточного встановлення ВІЛ-статусу хворого на ТБ деякі лікуючі лікарі одразу направляють пацієнта до лікаря-інфекціоніста (якщо є такий спеціаліст в медичному закладі) або відразу до центру профілактики та боротьби зі СНІДом.

4.3.4. Ведення облікової документації щодо проведення післятестового консультування

Інформація щодо проведення післятестової консультації, аналогічно дотестовій, заноситься в журнал реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію (форма № 503/о). Детальна інформація щодо якості ведення журналу реєстрації ДКТ, наведена в підрозділі 4.1.3. «Ведення облікової документації щодо проведення дотестового консультування».

Найкраща ситуація з частотою проведення післятестових консультацій при кожному тестуванні на ВІЛ-інфекцію в Кіровоградській та Сумській областях, відносно низький рівень проведення післятестових консультацій (42%, 55% відповідно від усіх протестованих в області) – в Миколаївській та Івано-Франківській.

Однак, варто відзначити, що відсутність дати проведення післятестової консультації у журналі ДКТ може свідчити як про те, що післятестова консультація не була проведена, так і про не завжди якісне ведення статистичної документації, коли відповідна дата не фіксується в медичній обліковій формі.

Висновки за розділом 4

Проведення дотестового консультування

За даними кабінетного дослідження та опитування хворих на ТБ, переважній більшості пацієнтів (близько 90%), які потребували проходження ДКТ, було проведено дотестове консультування, причому частіше така консультація проводилася серед хворих стаціонару, ніж пацієнтів амбулаторного відділення ЛПЗ. У середньому, проведення дотестової консультації відбувається через 5 днів після госпіталізації або через 8 днів після початку амбулаторного лікування.

Переважній частині респондентів (80%) дотестове консультування проводив лікуючий лікар, у решті випадків – співробітник кабінету «Довіри»/кабінету інфекційних захворювань. У більшості випадків консультація здійснюється без присутності сторонніх осіб (93%) та в окремому кабінеті (96%).

Аналіз результатів дослідження показав, що умови проведення ДКТ дотримуються переважною медичних закладів, що були залучені до дослідження. У таких ЛПЗ було передбачено ізольоване приміщення або окремий спеціалізований кабінет з умовами для зберігання конфіденційних даних пацієнтів та наявністю інформаційних матеріалів. У разі амбулаторного лікування хворого на ТБ ДКТ здебільшого проводиться в кабінеті лікаря, у випадку стаціонарного лікування – у палаті, маніпуляційному кабінеті, ординаторській.

За свідченням лікарів, дотестове консультування може тривати до 30 хвилин, що залежить від обізнаності пацієнта щодо ВІЛ/СНІДу, його психологічного стану.

Для переважної більшості опитаних пацієнтів зміст дотестового консультування відповідає вимогам Протоколу ДКТ та включає обговорення низки питань щодо роз'яснення процедури тестування (у 95% випадках), значення негативного, позитивного та сумнівного результатів тесту (90%), тривалості очікування результату (89%), необхідності повторного тесту в окремих

випадках (83%), значення періоду „вікна” (80%), роз’яснення різниці між інфікуванням ВІЛ та захворюванням на СНІД (82%). Проте, іноді через брак часу, під час проведення дотестового консультування акцентується увага хворого лише на необхідності знати власний ВІЛ-статус для призначення адекватного лікування у разі виявлення ВІЛ-інфекції.

У 96% випадків зажадали інформованої згоди на проведення тестування на ВІЛ-інфекцію, з них переважна частина осіб (98%) погодилася пройти тестування.

У разі відмови від проходження тестування лікар наголошує пацієнту на важливості знання власного ВІЛ-статусу з метою розробки для нього адекватного підходу до лікування туберкульозу, пояснює можливі ризики для сім’ї у разі необізнаності щодо ВІЛ-позитивного статусу та пропонує звернутися до закладу служби профілактики та боротьби зі СНІДом для анонімного обстеження.

Найчастіше хворі на ТБ відмовляються від проходження тестування з таких причин: небажання знати результати тестування, страх перед діагнозом, намагання приховати вже встановлений раніше ВІЛ-позитивний статус; можлива недовіра до лікаря, до медичного закладу; неадекватність поведінки пацієнта (психологічні розлади, алкогольне сп’яніння тощо); з боку людей похилого віку – нерозуміння проблеми; через релігійні переконання та заперечення існування ВІЛ (“СНІД-дисиденти”).

Під час проведення дослідження були виявлені окремі недоліки в організації ДКТ, у деяких стаціонарах протитуберкульозних закладів ДКТ проводиться в холі лікарні або в загальні не проводиться.

Тестування на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз

Відповідно до нормативної бази з ДКТ забір крові для проведення дослідження методом ІФА або здійснення тестування за допомогою швидкого тесту проводиться відразу після дотестового консультування згідно з розкладом роботи лабораторії. Проте пацієнти стверджують, що тестування на ВІЛ-інфекцію в середньому здійснюється через 4 дні після проведення дотестової консультації.

У закладах ПТС, що були залучені до дослідження, більшість тестувань на ВІЛ-інфекцію здійснюється методом ІФА (81%). За допомогою швидких тестів проводиться тільки 14% обстежень. У решті випадків (5%) пацієнтів направляють до центру профілактики і боротьби зі СНІДом, інший ЛПЗ для обстеження на наявність ВІЛ-інфекції.

Алгоритм проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та швидкість отримання результатів залежать, насамперед, від наявності в медичному закладі швидких тестів та лабораторії, де здійснюються діагностичні дослідження на наявність ВІЛ-інфекції. За даними кабінетного дослідження, при наявності швидких тестів в ЛПЗ результат стає відомим уже через 20 хвилин. У разі відсутності лабораторії результати тестування відомі тільки через 1–2 тижні та залежать від графіка поїздок до лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції.

Переважна частина опитаних (86%) дізналися про результати первинного тестування на ВІЛ-інфекцію. Оскільки більшість тестувань здійснюється з використанням методу ІФА, інформування пацієнта про результати найчастіше (для 49% опитаних пацієнтів) відбувається через кілька тижнів. Привертає увагу той факт, що в Миколаївській області обстеження на наявність ВІЛ-інфекції найчастіше проводиться за допомогою швидких тестів, що сприяє отриманню результату первинного тестування впродовж години після забору крові для 28% опитаних пацієнтів у даній області.

Після проведення первинного дослідження 20% опитаних було направлено на повторне тестування на ВІЛ-інфекцію для уточнення їх ВІЛ-статусу, з них – 83% пройшли таке обстеження. Для половини пацієнтів, які повторно тестувалися, минуло більше двох тижнів між першим та повторним тестуванням, а для третини хворих – 1–2 тижні. Тільки для 5% хворих на ТБ повторне обстеження здійснилося через декілька днів.

Проведення післятестового консультування та ведення документації

Відповідно до результатів проведеного дослідження, існують певні розбіжності між інформацією, отриманою від лікарів, даними кабінетного дослідження та опитування хворих на ТБ щодо проведення післятестового консультування.

Так, згідно з відповідями лікарів, післятестове консультування проводять для всіх пацієнтів, незалежно від отриманих результатів. За результатами опитування пацієнтів, тільки у 60% випадків таке консультування було здійснено, за даними кабінетного дослідження – у 71% випадків. Такі розбіжності можуть пояснюватися тим, що пацієнти не завжди пам'ятають, чи їм була проведена післятестова консультація, чи консультація не була проведена зовсім, але зафіксована у відповідній обліковій медичній документації.

Встановлено, що післятестова консультація проводиться частіше пацієнтам, які перебувають на стаціонарному, ніж пацієнтам на амбулаторному лікуванні. У деяких випадках післятестове консультування здійснюється лише тим пацієнтам, у яких результат повторного тестування був позитивним, або хворим з невизначеним результатом тестування. У разі отримання «негативного» результату аналізу деякі лікарі зовсім не бачать сенсу проводити післятестове консультування.

Післятестове консультування в середньому проводиться через 12 днів після забору крові, через 7 днів після проведення дослідження, коли медичні працівники отримують результати. У тих випадках, коли дослідження здійснюється тільки за допомогою швидких тестів, як правило, вже через 20 хвилин проводять післятестову консультацію.

У ході дослідження було виявлено, що 42% пацієнтам післятестову консультацію проводить та сама особа, що й дотестову. Якщо дотестове консультування проводила інша особа (58%), то в переважній кількості випадків це був лікуючий лікар (49%), в окремих випадках – медична сестра, інший лікар або невідомо (9%).

Післятестове консультування за результатами опитування хворих на ТБ триває в середньому 17 хвилин, за свідченням лікарів – від 15 до 30 хвилин. Зміст післятестового консультування відповідає загальним вимогам Протоколу ДКТ у 80–90% випадків за різними питаннями у сфері ВІЛ/СНІДу.

У ході аналізу медичної статистичної документації було встановлено, що журнал ДКТ (форма № 503/о) ведеться не по всіх пацієнтах протитуберкульозних диспансерів та охоплює 95% вибірки, а додаток ТБ 01-1 охоплює 90% пацієнтів вибірки.

Також за результатами дослідження виявлені порушення. У додатку ТБ01-1 та журналі реєстрації ДКТ дата проведення дотестової консультації збігається в 95% протестованих, дата тестування – у 30% пацієнтів, середня відмінність між датами 7,5 календарних днів. У 96% випадків після проведення первинного тестування на ВІЛ-інфекцію в обліково-звітних документах були вказані результати тестування. Однак, варто відзначити, що відсутність деяких дат у журналі ДКТ може свідчити як про те, що процедура ДКТ не була проведена в повному обсязі, так й про не завжди сумлінне ведення статистичної документації з ДКТ, коли відповідна дата не фіксується в медичній формі.

Розділ 5

5. Подальший процес супроводу пацієнта із встановленим ВІЛ-позитивним статусом

5.1. Реєстрація випадку ВІЛ-інфекції у пацієнта, хворого на ТБ

При виявленні ВІЛ-позитивного результату дії медичного персоналу закладу ПТС такі:

- Проведення післятестової консультації безпосередньо лікуючим лікарем закладу ПТС, лікарем-інфекціоністом іншого ЛПЗ або фахівцем кабінету «Довіри».
- Внесення інформації до облікової медичної документації, повідомлення про виявлений випадок інфікування ВІЛ у заклад служби профілактики та боротьби зі СНІДом (далі – заклад служби СНІДу) за допомогою телефонного дзвінка з дотриманням умов конфіденційності.
- Перенаправлення хворого на ТБ з ВІЛ-позитивним статусом до закладу служби СНІДу з метою подальшого клініко-лабораторного обстеження, а в разі підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції – для взяття під медичний нагляд. Тільки у Кіровоградській області зразки сироватки крові підтверджуються на ВІЛ-інфекцію у м. Київ, в решті регіонів, що залучені до дослідження, є лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції.
- Якщо хворий виділяє мікобактерії туберкульозу протитуберкульозним, закладом викликається лікар-інфекціоніст з СНІД-центру для подальшого обстеження даного пацієнта.
- Проведення додаткового обстеження хворого на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ: перевірка мокротиння на пневмоцисти, призначення препаратів (котримоксазол, бісептол).
- Зміна або доповнення схеми лікування туберкульозу.
- Призначення АРТ.

Взяття під медичний нагляд у заклад служби СНІДу

Лікарі наголошують на тому, що у випадку, коли хворий на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ перебуває на стаціонарному лікуванні у протитуберкульозному диспансері, то частіше представники служби СНІДу запрошуються в стаціонар, у разі ж амбулаторного лікування пацієнт частіше перенаправляється до закладу служби СНІДу.

Якщо в медичному закладі ПТС є посада лікаря-інфекціоніста, то саме він у подальшому контактує зі спеціалістами служби СНІДу. Іноді при медичному закладі є кабінет «Довіри», через який вирішуються всі питання для подальшого медичного спостереження хворого на ТБ, у якого був встановлений ВІЛ-позитивний статус.

За даними дослідження, 8% опитаних пацієнтів, хворих на ТБ, було направлено в заклад служби СНІДу. Серед цих пацієнтів 82% осіб звернулись до закладу служби СНІДу, 14% – не планують цього робити, 4% – не звертались, але планують (див. табл. 5.1.1).

Таблиця 5.1.1. Направлення в СНІД-центр, % по групах*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стационарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Направили в СНІД-центр	8	7	11	8	5	7	3	25

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

Для хворих з відкритими формами туберкульозу, хворих на мультирезистентний туберкульоз або слабких хворих на ТБ після підтвердження ВІЛ-позитивного результату співробітник закладу служби СНІДу приїздить до пацієнта у районний ЛПЗ для подальшого обстеження. Це, як правило, відбувається 1–2 рази на місяць в залежності від кількості та потреби таких пацієнтів. Якщо у ВІЛ-позитивного пацієнта протитуберкульозної установи немає можливості поїхати самостійно до закладу служби СНІДу для подальшого дообстеження, в деяких випадках, за наявності можливості, співробітники протитуберкульозної установи везуть даного пацієнта до центру СНІДу на службовому транспорті.

Лікарі зазначали, що, як правило, фахівці закладу служби СНІДу активно співпрацюють із закладами ПТС, відмічається їх лояльне ставлення та готовність за будь-якої потреби прийти на допомогу.

Велику підтримку хворим з ТБ/ВІЛ надають представники ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ». Окремо варто зазначити дії представників цієї організації в Кіровоградській області: вони не тільки відвідують хворих, надають психологічну підтримку, приносять вітаміни, шприци та презервативи, але й організовують безкоштовні додаткові обстеження та привозять ліки хворим, які не можуть самостійно виїжджати до обласного центру.

Відвідування пацієнтом закладу служби СНІДу контролюється через зв'язок з лікарем-інфекціоністом або за допомогою довідки, яку видають за місцем медичного нагляду (кабінет «Довіри», кабінет інфекційного захворювання, центр профілактики та боротьби зі СНІДом). Взаємодія між лікарями-фтизіатрами та співробітниками закладів служби СНІДу в більшості випадків носить індивідуальний характер та базується на особистих відносинах. Переважна частка респондентів зазначила, що існує потреба на адміністративному рівні полегшити процес обміну інформацією між закладами двох служб – протитуберкульозної та СНІДу.

Лікарі зауважували, що їм важко відповісти на запитання щодо подальшого супроводу пацієнта з «ВІЛ-позитивним» статусом, оскільки відповідальність за такі послуги, в більший мірі, покладено на службу СНІДу. Спеціально для таких хворих ВІЛ-сервісні організації не забезпечують соціального супроводу в амбулаторних та стаціонарних відділеннях закладів ПТС.

Лікарі, які брали участь у дослідженні, рекомендують пацієнту звернутися до закладу служби СНІДу або надають пацієнту контактні дані особи/організації, яка залучена до соціальних послуг для ВІЛ-інфікованих осіб. Зазначено, що частіше лікарі не відстежують, чи відвідував пацієнт особу/організацію для отримання соціальних послуг, зазвичай відповідальність за стан свого здоров'я покладено на самого пацієнта.

За даними дослідження, відмічена робота соціальних працівників таких організацій як ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» (Кіровоградська обл.), «Час Життя Плюс» (Миколаївська обл.), «Вибір» (Сумська обл.), «Солідарність», Товариства Червоного Хреста України (Івано-Франківська обл.).

Основні напрями послуг НУО, що надаються хворим на ТБ/ВІЛ:

- Консультація психолога, медичний супровід пацієнта.
- Надання соціальної допомоги, довірливе спілкування «рівний – рівному».
- Юридична консультація.

Однак, на думку лікарів, допомога від НУО є недостатньою та не покриває всіх потреб хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ. У першу чергу, не вистачає соціальних працівників/волонтерів для супроводу та підтримки хворих на ТБ, ВІЛ-інфекцію, ТБ/ВІЛ.

У цілому лікарі мало обізнані щодо діяльності НУО, деяким лікарям важко пригадати назви організацій, які працюють у регіоні і, навіть, на території медичного закладу.

5.2. Процедура призначення АРТ пацієнтам хворим на ТБ, та практика приймання АРВ-препаратів

Згідно з нормативною базою антиретровірусне лікування хворих на ВІЛ-інфекцію призначається лікарем-інфекціоністом відповідно до клінічних та лабораторних критеріїв призначення АРТ. На обласному рівні у протитуберкульозних закладах частіше за штатним розкладом працює лікар-інфекціоніст, у районному закладі ПТС у більшості випадків такого спеціаліста викликають за потребою.

За даними інтерв'ю, більшість лікарів-фтизіатрів зазначили, що, як правило, негайно направляють хворого до лікаря-інфекціоніста свого закладу чи до кабінету «Довіри», якщо було отримано «ВІЛ-позитивний» результат. Проте було виявлено, що в районних закладах ПТС іноді доводиться чекати кілька тижнів на приїзд лікаря-інфекціоніста.

За даними опитування, 72% хворих на ТБ з позитивним результатом тестування на ВІЛ-інфекцію було запропоновано пройти консультацію інфекціоніста.

Із 32 пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ 17 перебували на лікуванні в стаціонарі, 6 – перебували на амбулаторному лікуванні (див. табл. 5.2.1). У Сумській області не зареєстровано жодного випадку, коли консультація лікаря-інфекціоніста була необхідна. Натомість із Івано-Франківської та Луганської областей по 9 пацієнтів були направлені на консультацію до інфекціоніста.

Таблиця 5.2.1. Консультація інфекціоніста, N=32*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стаціонарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Було запропоновано консультацію інфекціоніста	23	17	6	2	9	3	0	9

*Вибірка недостатня для аналізу.

Найчастіше (57% випадків) консультація лікаря-інфекціоніста проводиться в протитуберкульозному диспансері (див. рис. 5.2.1), значно рідше (у 33% випадків) – у центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

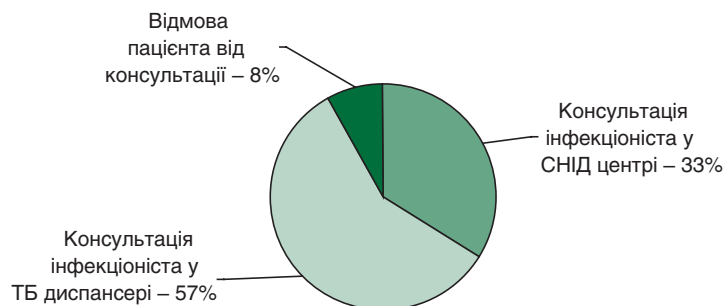


Рис. 5.2.1. Місце проведення консультації лікаря-інфекціоніста

Також було виявлено, що в деякі медичні заклади (Миколаївська область) лікар-інфекціоніст приїжджає лише в разі необхідності призначення АРТ хворим з бактеріовиділенням, яким, за вимогами інфекційного контролю, забороняється контактувати з іншими особами під час лікування туберкульозу. Направлення пацієнтів до лікаря-інфекціоніста до закладу служби СНІДу більш характерне для пацієнтів амбулаторних відділень протитуберкульозного диспансеру.

Період між виявленням ВІЛ-позитивного статусу у хворого на ТБ та взяття його на облік у заклад служби СНІДу коливається від 2 тижнів до 3 місяців.

За даними кабінетного дослідження, серед зальної вибірки протестованих пацієнтів зареєстровано 4% випадків ВІЛ-інфекції, із них – 60% осіб призначено АРТ. Серед хворих, яким призначена АРТ, 63% осіб почали приймати АРВ-препарати. Ці дані не підтверджуються результатами опитування пацієнтів, оскільки, за даними кількісного етапу, із 32 хворих на ТБ/ВІЛ на момент їх опитування антиретровірусне лікування приймали всі 32 особи. Вірогідно, інформація про призначення АРТ не у всіх 100% випадків заноситься у відповідні форми, що в черговий раз свідчить про несумлінне ведення обліково-звітної документації.

Варто зазначити, що, за свідченням пацієнтів, найчастіше (44%) контроль за дотриманням режиму прийому АРВ-препаратів здійснює лікуючий лікар, у 25% випадків – лікар-інфекціоніст, в 16% – пацієнт контролює прийом ліків самостійно (див. рис. 5.2.2).

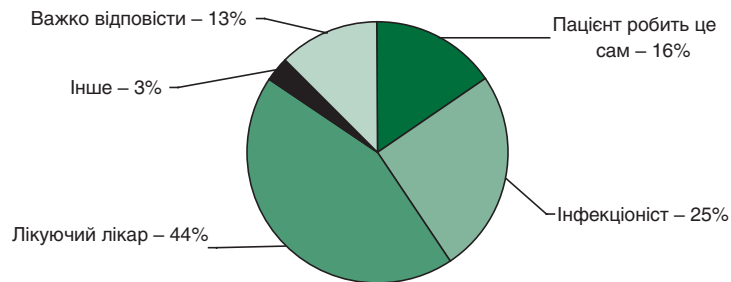


Рис. 5.2.2. Контроль за дотриманням режиму прийому АРВ-препаратів

Згідно з інформацією, отриманою від лікарів, контроль за прийомом АРВ-препаратів має три схеми:

- Контроль не здійснюється безпосередньо лікуючим лікарем закладу ПТС, нагляд здійснює лікар-інфекціоніст того ж закладу або закладу служби СНІДу.
- Контроль здійснює медична сестра, яка видає ліки як від туберкульозу, так і АРВ-препарати, – така ситуація більш характерна для стаціонарних закладів.
- Контроль здійснює лікуючий лікар, який перевіряє, наскільки регулярно хворий приймає АРВ-препарати, але така схема контролю практикується дуже рідко.

Слід відзначити, що в амбулаторних відділеннях туберкульозних диспансерів контроль за прийомом АРВ-препаратів не здійснюється.

Наявність туберкульозу та ВІЛ-інфекції потребує одночасного проведення лікування протитуберкульозними та антиретровірусними препаратами. Лікарі наголошували, що більшість хворих сумлінно приймають АРВ-препарати, незважаючи на побічні ефекти та стан здоров'я, хоча при цьому можуть нехтувати протитуберкульозною терапією. У цілому лікарям відома схема призначення АРТ, але описують вони її поверхово, оскільки за призначення АРТ в основному відповідають лікарі-інфекціоністи закладів служби СНІДу. Середня тривалість між датою призначення АРТ та початком прийому АРВ-препаратів – 1 день.

5.3. Профілактичне лікування котримоксазолом

За результатами кабінетного дослідження, серед 4% пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ 62% осіб призначено котримоксазол, які в 100% випадків почали його прийом.

За даними кількісного дослідження, із 32 опитаних хворих на ТБ з ВІЛ-позитивним статусом котримоксазол був призначений 14 пацієнтам (44%).

Середня тривалість між датою призначення котримоксазолу та початком його прийому – 1 день.

5.4. Замісна підтримувальна терапія

Вважається, що особи, які перебувають на ЗПТ, мають менший ризик інфікування ВІЛ та іншими гемотрансфузійними інфекціями. З іншого боку, особа, що вже інфікована ВІЛ і перебуває на ЗПТ, має високу прихильність до АРТ, внаслідок цього рівень вірусного навантаження зменшується, а відтак зменшується ризик передачі ВІЛ іншим особам.

Препарати ЗПТ знаходяться під жорстким контролем, а саме:

- препарати ЗПТ приймаються під наглядом лікаря (Івано-Франківська обл., Кіровоградська обл., Миколаївська обл., Сумська обл.);
- медсестра фіксує в журналі той факт, що пацієнт прийняв препарат;
- ведеться постійний перерахунок препаратів ЗПТ;
- також зазначені поодинокі випадки, коли практикується розведення препарату ЗПТ водою або перевірка ротової порожнини пацієнта після прийому.

«Заместительная принимается только под наблюдением врача, и даже после приема этих препаратов мы шпателем смотрим в рот больному, заглядываем, просим поднять язык, чтобы нигде ничего не оставалось. А вообще мы практикуем, чтобы препараты разводились водой и больной выпивал их».

Кіровоградська обл.

За даними дослідження, 14 пацієнтів, хворих на ТБ, перебувають на ЗПТ, з них 10 особам ЗПТ призначив лікуючий лікар, 4 особам – лікар-інфекціоніст або невідомо. За режимом дотримання прийому препаратів ЗПТ стежить спеціаліст, який їх призначив.

Висновки за розділом 5

У разі виявлення ВІЛ-позитивного результату у хворого на ТБ проводиться післятестова консультація, пацієнт спрямовується до закладу служби СНІДу або організовується консультація лікаря-інфекціоніста до закладу ПТС. У районних закладах іноді доводиться чекати кілька тижнів на проведення консультації лікарем інфекціоністом, що має відвідати протитуберкульозний заклад.

Встановлено, що коли хворий на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ перебуває на стаціонарному лікуванні у протитуберкульозному диспансері, то частіше представники служби СНІДу запрошуються до стаціонару, у випадку амбулаторного лікування пацієнт частіше перенаправляється до закладу служби СНІДу.

У разі підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції проводиться поглиблене клініко-лабораторне обстеження пацієнта та взяття його під медичний нагляд у заклад служби СНІДу, змінюється та доповнюється схема лікування туберкульозу, призначається АРТ.

За даними дослідження, 8% опитаних пацієнтів, хворих на ТБ, було направлено в заклад служби СНІДу. Серед цих пацієнтів 82% осіб звернулися до закладу служби СНІДу, 14% – не планують цього робити, 4% – не звертались, але планують. Між виявленням ВІЛ-позитивного статусу та взяттям на облік у заклад служби СНІДу минає від 2 тижнів до 3 місяців. Відвідування пацієнтом закладу служби СНІДу контролюється через зв'язок з лікарем-інфекціоністом або за допомогою довідки, яку видають за місцем медичного нагляду у зв'язку з ВІЛ-інфекцією.

Найчастіше (57% випадків) консультація лікаря-інфекціоніста проводиться в протитуберкульозному диспансері, значно рідше (у 33% випадків) – у центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. Взаємодія між лікарями-фтизіатрами та співробітниками закладів служби СНІДу частіше носить індивідуальний характер та базується на особистих відносинах.

Лікарі, що були залучені до дослідження, відмічають, що відповідальність за соціальний супровід хворих на ТБ зі встановленим ВІЛ-позитивним статусом покладено на службу СНІДу. Спеціально для таких хворих ВІЛ-сервісні організації не забезпечують соціального супроводу в амбулаторних та стаціонарних відділеннях закладів ПТС. За результатами інтерв'ю, відмічена робота соціальних працівників ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», «Час Життя Плюс», «Вибір», «Солідарність», Товариства Червоного Хреста України. Однак, на думку лікарів, допомога від НУО є недостатньою та не покриває всіх потреб хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ.

АРТ призначається лікарем-інфекціоністом закладу ПТС або служби СНІДу. За даними кабінетного дослідження, серед зальної вибірки протестованих пацієнтів зареєстровано 4% випадків ВІЛ-інфекції, із них – 60% осіб призначено АРТ. Серед хворих, яким призначена АРТ, 63% осіб почали приймати АРВ-препарати.

Ці дані не підтверджуються результатами опитування пацієнтів, оскільки, за даними кількісного етапу, із 32 хворих на ТБ/ВІЛ на момент їх опитування антиретровірусне лікування, приймали всі 32 особи. Вірогідно, інформація про призначення АРТ не у всіх 100% випадках заноситься у відповідні форми, що в черговий раз свідчить про несумлінне ведення обліково-звітної документації.

Середній проміжок між датою призначення АРТ та початком прийому препарату – 1 день.

Варто зазначити, що, за свідченням пацієнтів, найчастіше (44%) контроль за дотриманням режиму прийому АРВ-препаратів здійснює лікуючий лікар, у 25% випадків – лікар-інфекціоніст, в 16% – пацієнт контролює прийом ліків самостійно. В амбулаторних відділеннях туберкульозних диспансерів контроль за прийомом АРВ-препаратів не проводиться. Загалом, лікарі закладів ПТС вважають призначення та контроль АРТ прерогативою служби СНІДу.

Також, за даними кількісного дослідження, половині пацієнтів із встановленим ВІЛ-позитивним статусом було призначено котримоксазол (44%), що дещо менше, ніж за результатами кабінетного дослідження (62%). Середня тривалість між датою призначення котримоксазолу та початком його прийому – 1 день.

У деяких випадках (14 пацієнтів, хворих на ТБ) була призначена ЗПТ, за режимом дотримання прийому препаратів ЗПТ стежить спеціаліст, який їх призначив, процедура проведення ЗПТ знаходиться під жорстким контролем лікарів.

Розділ 6

6. Схема проведення ДКТ пацієнтам протитуберкульозних диспансерів

За даними кількісного та якісного досліджень було побудовано схему проведення ДКТ пацієнтам, хворим на туберкульоз, з хронологією від дотестової консультації до постановки під медичний нагляд у заклад служби СНІДу. Проаналізовані дані було зведено в таблицю (див. табл. 6.1), що містить розподіл за пацієнтами, які перебувають на амбулаторному та стаціонарному лікуванні.

Таблиця 6.1. Схема проведення ДКТ хворим на ТБ

	Амбулаторно	В стаціонарі
Призначення ДКТ	84% провели дотестову консультацію. Через 8 днів після початку лікування	93% провели дотестову консультацію. Через 5 днів після госпіталізації
Дотестова консультація:		
- в яких умовах	99% в окремому непрохідному кабінеті. 1% інше	95% окремому непрохідному кабінеті. 3% в палаті. 2% інше
- місце очікування перед кабінетом для проведення дотестової консультації	74% є місце очікування	63% є місце очікування
- хто проводить	75% лікуючий лікар, 15% співробітник кабінету «Довіри»/кабінету інфекційних захворювань (4% інший лікар, 5% мед сестра, 5% психолог, 1% соц. працівник). 10% Не пам'ятають	82% лікуючий лікар, 11% співробітник кабінету «Довіри»/кабінету інфекційних захворювань (2% інший лікар, 7% мед сестра, 1% психолог). 7% Не пам'ятають
Зміст дотестової консультації:		
Пояснили, чому хворим на ТБ рекомендують пройти тестування на ВІЛ	96%	95%
Розказали про процедуру тестування	96%	94%
Розказали про значення періоду «вікна», коли впродовж 6 місяців після інфікування ВІЛ, вірус може не виявлятися у людини	74%	83%
Що означає негативний, позитивний і сумнівний результати тесту	88%	91%
Розказали про необхідність повторного тесту в окремих випадках	77%	86%
Розказали, скільки треба буде очікувати результат	88%	90%
Пояснили різницю між інфікуванням ВІЛ і захворюванням на СНІД	79%	84%
Пояснили шляхи передачі ВІЛ та обговорили особистий ризик інфікування ВІЛ	82%	90%
Обговорили можливості більш безпечної поведінки	84%	90%

	Амбулаторно	В стаціонарі
Обговорили значення знання ВІЛ-статусу для пацієнта особисто	82%	91%
Запевнили в конфіденційності отриманої інформації про ВІЛ-статус пацієнта	93%	94%
Запитали згоду на проведення тестування	95%	97%
Розказали, яку допомогу можна буде отримати в разі позитивного результату	79%	87%
Метод проведення первинного тестування на ВІЛ-інфекцію:		
Забір крові та повідомлення результату упродовж години (метод швидкого тесту)	18%	13%
Забір крові у стаціонарі та повідомлення результату не раніше ніж через кілька днів/тижнів (метод ІФА)	75%	84%
Направили в СНІД-центр/інший заклад для забору крові та обстеження на ВІЛ	7%	4%
Отримання результату тестування на ВІЛ-інфекцію	80% дізнались результат	88% дізнались результат
Спосіб інформування про результати тестів		
Повідомили упродовж години після забору крові	12%	8%
Пацієнт звернувся/лася сам/сама через кілька тижнів до медпрацівників за результатом	35%	23%
Запросили до медпрацівника через кілька тижнів, де повідомили про результат	43%	51%
Проінформував лікар під час чергового обходу пацієнтів у палаті	8%	14%
Інше	2%	1%
Проведення повторного тестування на ВІЛ-інфекцію	20%	20%
Скільки часу пройшло між першим і повторним тестуванням		
Отримав (ла) у той же день, коли здав(ла) кров	11%	8%
Через кілька днів (до тижня)	21%	26%
Через 1–2 тижні	57%	54%
Очікував(ла) більше 2 тижнів	10%	10%
Проведення післятестової консультації	57% проведено післятестову консультацію – приходять самостійно на післятестове консультування. У деяких амбулаторних медичних закладах дільнична сестра чи лікуючий лікар телефонують пацієнтам та запрошують їх на консультування	69% проведено післятестову консультацію – коли відомі результати аналізів, співробітники лікарні – лікуючий лікар або завідувачий відділенням запрошують на процедуру післятестового консультування
Особа, що повідомила про результати тесту		
Та ж сама особа, яка проводила передтестове консультування	46%	40%
Інша особа, хто саме:		
1. Лікуючий лікар	45%	50%
2. Співробітник кабінету Довіри/кабінету інфекційних захворювань		
Інший лікар		1%
Медична сестра	5%	3%

	Амбулаторно	В стаціонарі
Психолог	1%	
Не пам'ятаю	3%	6%
Тривалість післятестової консультації	16 хв	17 хв
Зміст післятестової консультації		
Повідомили результати тестування	98%	97%
Ще раз пояснили, що вони означають	89%	93%
Обговорили шляхи зараження ВІЛ- інфекцією та Ваш особистий ризик інфікування	89%	92%
Обговорили наслідки ризикованої поведінки	86%	90%
Обговорили методи профілактики ВІЛ та правила поведінки для зниження ризику інфікування ВІЛ-інфекцією	85%	92%
Відповіди на Ваші запитання	92%	91%
Надали інформацію про НУО, до яких можна звернутись у разі потреби, та про інші можливості отримання допомоги (наявність лікування, необхідність та важливість диспансерного нагляду, можливості профілактики захворювання на СНІД тощо)	73%	82%
Пояснили особливості законодавства України у сфері ВІЛ/СНІДу	77%	84%
Запропоновано консультацію інфекціоніста	18%	14%

Відповідно до Протоколу ДКТ особам, які дали згоду на тестування, медичний працівник повинен запропонувати заповнити інформовану згоду на проходження тесту на наявність ВІЛ-інфекції та направити до маніпуляційного кабінету. Як видно з даних, взяття крові в пацієнта відбувається не одразу після дотестової консультації, а в середньому робиться через 4 дні після проведення дотестової консультації (див. табл. 6.1).

Кров, що була взята для аналізу, в той же день направляється в лабораторію, і через 3 дні проводиться дослідження крові на антитіла до ВІЛ методом ІФА.

У середньому післятестове консультування проводиться через 12 днів після взяття крові, через 7 днів після проведення дослідження, коли медичні працівники отримують результати.

У протитуберкульозних диспансерах, де є швидкі тести, як правило, через 20 хвилин відомі результати та проводиться післятестове консультування. Використання швидких тестів дає можливість провести всю процедуру ДКТ (дотестове консультування, проведення тестування на ВІЛ та післятестове консультування) за один день, проміжок часу між етапами ДКТ мінімальний.

За результатами кабінетного дослідження, тривалість часу між початком лікування хворого на ТБ до моменту взяття його на облік у закладі служби СНІДу становить від 1 дня до 1 року, середня кількість днів – 26 днів (див. табл. 6.2). Від моменту проведення післятестового консультування хворого, в середньому, необхідно 4 дні для взяття хворого на ТБ з позитивним ВІЛ-статусом на диспансерний облік в заклад служби СНІДу. Проміжки часу, необхідного для визначення ВІЛ статусу хворого на ТБ та взяття його на облік у закладі служби СНІДу у разі позитивного результату, між стаціонарним та амбулаторним типом лікування різняться на 2–3 дні. Це відбувається за рахунок пізнішого призначення ДКТ при амбулаторному лікуванні.

Якщо аналізувати дані в розрізі областей, то можна помітити, що середня кількість днів, необхідних на проведення всіх етапів ДКТ (від моменту госпіталізації хворого до моменту проведення післятестового консультування), різняться: від 20 днів у Луганській до 31 дня в Кіровоградській.

Таблиця 6.2. Тривалість часу, що проходить між послідовними етапами ДКТ, в залежності від типу лікування

			Реєстрація/госпіталізація	Дотестова консультація	Взяття крові	Направлення зразка в лабораторію	Проведення дослідження методом ІФА	Після тестова консультація	Взяття під нагляд у заклад служби СНІДу	Всього
			№ дня по порядку від початку лікування							
Серед всієї вибірки		Мінімум	1	1	1	1	1	1	1	1 день
		Максимум	1	113	200	216	287	371	402	1,1 роки
		В середньому	1	6	10	11	14	22	26	26 днів
Тип лікування	Амбулаторно	Мінімум	1	1	1	1	1	1	*	
		Максимум	1	113	200	216	239	322		
		В середньому	1	9	13	14	17	24		
	У стаціонарі	Мінімум	1	1	1	1	1	1	*	
		Максимум	1	108	186	193	264	342		
		В середньому	1	6	10	11	14	22		

*Недостатньо інформації для аналізу.

Як видно з табл. 6.3, у Луганській та Миколаївській областях ДКТ призначається з найменшою затримкою від початку лікування (7 і 3 дні відповідно). Найбільша перерва між цими двома етапами проведення ДКТ у пацієнтів, зареєстрованих в Івано-Франківській (12 днів) та Кіровоградській областях (12 днів).

Взяття крові для проведення тестування методом ІФА у пацієнтів після дотестової консультації з найбільшою затримкою відбувається у Миколаївській області (6 днів). У всіх областях, крім Миколаївської та Сумської, зразок крові направляється в лабораторію того ж дня, що і береться. З точки зору проведення дослідження зразків крові найоперативніше працюють у Сумській області – дослідження крові проводять через день після направлення зразка в лабораторію (див. табл. 6.3). Для порівняння, в Кіровоградській області аналогічний етап займає 4 дні, в Луганській – 3 дні. Значна відмінність у тривалості проміжку часу між проведенням тестування і післятестової консультації спостерігається в Кіровоградській області – 10 днів. У Луганській і Сумській областях цей проміжок значно менший і становить 6 днів.

Таблиця 6.3. Тривалість часу, що проходить між послідовними етапам ДКТ, в розрізі областей

			Реєстрація/госпіталізація	Дотестова консультація	Взяття крові	Направлення зразка в лабораторію	Проведення дослідження методом ІФА	Після тестова консультація	Постановка під нагляд у заклад служби СНІДу
Область	Івано-Франківська	В середньому	1	13	17	17,1	*	*	
	Кіровоградська	В середньому	1	13	17	17,3	21,3	31,3	
	Луганська	В середньому	1	8	11	11	14	20	
	Миколаївська	В середньому	1	4	10	11	*	*	
	Сумська	В середньому	1	9	13	14	15	21	

* Недостатньо інформації для аналізу. Інформація відсутня у зв'язку з тим, що обмежено доступ до журналів з необхідною інформацією або інформація не збирається.

Розділ 7

7. Стигматизація та дискримінація хворих на ТБ з ВІЛ-позитивним статусом

Відповідно до рекомендацій ВООЗ та ЮНЕЙДС одним із принципів ДКТ є конфіденційність. У Протоколі ДКТ зазначено, що «інформація, яка стала відома консультанту чи особі, яка проводила тестування, під час надання послуг ДКТ (факт звернення особи, зміст отриманих послуг, дані про особисте життя пацієнта, контактні реквізити, результати тесту тощо), є конфіденційною. Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самостійно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, тягне за собою кримінальну відповідальність»¹⁴.

Лікарі зазначають, що під час проведення ДКТ, вони дотримуються принципу конфіденційності. Опитані пацієнти також впевнені, що в протитуберкульозних закладах не розголошується інформація про ВІЛ-статус пацієнта без їх дозволу (див. табл. 6.1).

Таблиця 6.1. Розподіл відповідей на запитання «Як Ви вважаєте, чи розголошується у цій лікарні інформація про ВІЛ-статус пацієнта без дозволу пацієнта», % по групах*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стационарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Думаю, що так, але не впевнений(а)	3	4	2	4	3	4		4
Думаю, що ні, але не впевнений(а)	29	27	33	31	14	51	26	32
Впевнений(а), що ні	61	64	57	51	76	45	60	60
Мені байдуже	5	3	9	13	5	1	5	5

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

Одним із принципів ДКТ є відсутність дискримінації та стигматизації. На думку лікарів за останні роки ступінь стигматизації хворих на ВІЛ-інфекцію значно знизився серед медичного персоналу. На цей процес вплинула більш глибока обізнаність медиків про захворювання.

Однак, серед пацієнтів та деяких лікарів у невеликих населених пунктах ще трапляються поодинокі випадки стигматизації ВІЛ-позитивних пацієнтів.

Проте більшість опитаних пацієнтів протитуберкульозних диспансерів (59%) не помічали негативного ставлення до себе з боку медперсоналу або інших пацієнтів після тестування (див. табл. 6.2).

¹⁴ Наказ МОЗ України № 415 від 19.08.2005.

Таблиця 6.2. Розподіл відповідей пацієнтів на запитання «Чи траплялися випадки, що ставлення медперсоналу до Вас або інших пацієнтів змінювалося після тестування в гірший бік», % по групах*

	Серед усіх	Форма лікування ТБ		Область опитування				
		Стационарна	Амбулаторна	Кіровоградська	Луганська	Миколаївська	Сумська	Івано-Франківська
Так, я бачив/ла як змінювалося ставлення до інших пацієнтів						1		1
Я чув/ла про такі випадки, але сам/а з таким не стикався/лася	4	3	6	6	2	8	1	3
Ні, такого не було	59	65	49	36	63	65	53	64
Не знаю, не помічав/ла	36	31	46	59	35	26	45	32

*Сірий/салатовий колір означає, що наведене значення вище/нижче за середній показник на рівні значущості 5%.

Лікарі відмічають, що для усунення упередженого ставлення до ВІЛ-позитивних пацієнтів проводиться роз'яснювальна робота як з лікарями та іншим медичним персоналом, так й серед пацієнтів з метою формувати адекватного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ.

Розділ 8

8. Пропозиції та побажання лікарів протитуберкульозних диспансерів щодо покращення доступу пацієнтів, хворих на туберкульоз, до ДКТ на ВІЛ-інфекцію

(за результатами глибинних інтерв'ю)

- Більшість лікарів вбачають підвищення ефективності процедури ДКТ у виділенні окремого спеціаліста, який буде приділяти більше часу кожному хворому, детально інформувати, вмітиме переконувати, супроводжуватиме в подальшому. Таким спеціалістом за сумісництвом може бути лікар-інфекціоніст або психолог.
- Якщо ДКТ проводить лікар-фтизіатр, необхідне обов'язкове проведення спеціалізованого тренінгу щодо навчання процедури ДКТ, під час якого треба не лише розкривати методологію проведення ДКТ, надавати фактичну інформацію щодо ВІЛ/СНІДу, заходів профілактики та лікування, але й навчати лікарів психологічним підходам до пацієнтів, вмінню розмовляти на делікатні теми.
- Оскільки спостерігається брак швидких тестів у більшості медичних закладів, українською важливо забезпечити протитуберкульозні заклади швидкими тестами в необхідному обсязі.
- Взаємодія між лікарями-фтизіатрами закладів ПТС та співробітниками закладів служби СНІДу в більшості випадків носить індивідуальний характер та базується на особистих відносинах. Деякі хворі не приносять довідки з центру СНІДу, ця інформація теж не передається телефоном, тому досить важко контролювати відвідування пацієнтом центру СНІДу. Більшість респондентів зазначили, що існує потреба на адміністративному рівні полегшити процес обміну інформацією між закладами двох служб.
- Необхідно облаштувати приміщення для проведення ДКТ у протитуберкульозних закладах відповідно до вимог нормативної бази.
- Обласні заклади ПТС мають більше можливостей щодо виконання всіх умов проведення ДКТ, ніж заклади районного рівня. Тому слід приділити особливу увагу створенню відповідних умов для ДКТ у районних протитуберкульозних закладах.
- Оскільки деякі хворі нехтують рекомендацією лікаря щодо обов'язкового проходження післятестового консультування, необхідно підвищувати поінформованість хворих на ТБ щодо актуальності проблеми ВІЛ/СНІД, особливо серед пацієнтів амбулаторних відділень.

УЗАГАЛЬНЮЮЧІ ВИСНОВКИ

Проведене дослідження щодо вивчення доступу пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якості його проведення та подальшого супроводу пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ в процесі діагностики та лікування ВІЛ-інфекції дозволило здійснити ситуаційний аналіз щодо існуючих проблем проведення ДКТ на ВІЛ-інфекцію у закладах ПТС та визначити основні перешкоди у розбудові системи ДКТ на сучасному етапі поширення епідемії ко-інфекції ТБ/ВІЛ відповідно до визначених завдань, гіпотез та дослідницьких питань дослідження.

Аналіз соціально-демографічних характеристик пацієнтів, хворих на туберкульоз, показав, що віковий діапазон пацієнтів доволі широкий – від 10 до 99 років, найбільша частка осіб досліджуваної вибірки виявлена у віковій групі 31–40 років (30%). Серед хворих на ТБ переважно більшість складають чоловіки (70%) віком у середньому 42 роки.

За сімейним станом 58% респондентів перебуває у шлюбі, переважно в зареєстрованому (42%), однак кожен п'ятий хворий на ТБ ніколи не був одружений або був розлучений. Більшість пацієнтів проживає в містах (62%), але в областях Західного регіону України (Івано-Франківська область) співвідношення міських та сільських жителів становить приблизно 1:2.

Для хворих на ТБ, які складають вибірку кількісного дослідження, характерним є низький рівень освіти – майже половина пацієнтів (44%) не мають освіти, вищої за середню, що, у свою чергу, визначає професійний статус – близько 40% опитаних на момент інтерв'ювання були безробітними. Тривалість безробіття у кожного четвертого респондента становить 1–2 роки, найбільш частим видом зайнятості серед працюючих хворих на ТБ є робітнича професія.

За факторами ризикованої поведінки встановлено, що 11% опитаних перебували в місцях позбавлення волі, причому переважна більшість із них – це чоловіки.

Упродовж останніх п'яти років туберкульоз був діагностований 84% респондентів. У середньому опитані мають досвід життя з туберкульозом тривалістю 3 роки. Переважна більшість пацієнтів належить до першої категорії лікування (62%), за типом випадку туберкульозу найчастіше був виявлений уперше діагностований туберкульоз (74%).

Виявилася досить високою загальна поінформованість хворих на ТБ щодо ВІЛ-інфекції, що свідчить про усвідомлення респондентами серйозності проблеми поширення ВІЛ, причому рівень обізнаності з питань ВІЛ/СНІДу є вищим серед мешканців міста, ніж серед мешканців села.

Проте на тлі високого рівня обізнаності щодо основних шляхів передачі ВІЛ (90%) кожен п'ятий респондент підтримує міфи щодо передачі ВІЛ побутовим шляхом. Також щодо ситуацій, коли рекомендовано пройти тестування на ВІЛ-інфекцію, половина респондентів мають хибні уявлення про його необхідність у побутових випадках, що не належать до ризикованої поведінки. Такі дані свідчать, що стигматизація ВІЛ-інфікованих осіб у сучасному суспільстві ще є актуальною проблемою, яка може призвести до негативних соціальних реакцій та дискримінації людей, які живуть з ВІЛ.

Рівень поінформованості щодо ВІЛ-інфекції по регіонах, які залучені до дослідження, прямо корелює з кількістю НУО, що активно здійснюють просвітницьку діяльність у сфері ВІЛ/СНІДу на даних територіях. Найбільша частка вірних відповідей відмічається серед респондентів Миколаївській області, де, на відміну від інших регіонів, створена широка мережа ВІЛ-сервісних громадських організацій, що тісно співпрацюють із ЛПЗ, соціальними службами для сім'ї, дітей та молоді, управлінням у справах сім'ї та молоді облдержадміністрації.

Найнижчий рівень поінформованості за різними запитаннями виявився серед респондентів у Кіровоградській та Івано-Франківській областях, де вірні твердження зазначалися рідше, а міфи підтримувалися частіше. Можна припустити, що відсутність систематичної інформаційно-просвітницької роботи в даних регіонах є перешкодою для підвищення рівня обізнаності щодо ВІЛ/СНІДу та дотримання безпечної поведінки загального населення. Відомо, що в цих регіонах працюють декілька ВІЛ-сервісних НУО, що не в змозі на достатньому рівні охопити програмами профілактики, догляду та підтримки представників різних цільових груп.

Встановлено, що майже половина респондентів мають невірні уявлення щодо частоти проходження тестування хворих на ТБ з ВІЛ-негативним статусом, тобто є необізнаними щодо наявності «серонегативного вікна» при ВІЛ-інфекції та недооцінюють власний ризик інфікування. Несприятлива ситуація склалася й стосовно пацієнтів з невідомим ВІЛ-статусом, яким не всім

призначають тестування на ВІЛ-інфекцію при зверненні до закладу ПТС. Так, за даними дослідження відрізняється частка хворих на ТБ, які пройшли процедуру ДКТ, за класифікацією випадку ТБ. Якщо серед пацієнтів, яких віднесено до переведеного та «іншого» випадків, проходили ДКТ 90% осіб, то серед хворих із ВДТБ, рецидивом, невдалим лікуванням – 80%, серед пацієнтів з перервою в лікуванні – 71%. Недостатній рівень охоплення ДКТ (80%) спостерігається серед хворих з мультирезистентним туберкульозом, який становить особливу проблему в лікуванні туберкульозу та для подальшого перебігу ВІЛ-інфекції. Отримані дані свідчать, що не всі лікарі закладів ПТС усвідомлюють важливість проведення ДКТ на ВІЛ-інфекцію серед хворих на ТБ та є необізнаними щодо негативного впливу ВІЛ на перебіг туберкульозу.

У рамках рекомендацій ВООЗ щодо проведення ДКТ хворим на активний туберкульоз та всім особам з підозрою на туберкульоз, які звернулись або спостерігаються у ЗОЗ фтизіатричного профілю, рекомендовано обстежуватися на наявність ВІЛ-інфекції при кожному первинному зверненні та кожні 6 місяців у разі негативного результату попереднього тестування. Сьогодні поки ще не затверджений новий Протокол ДКТ на ВІЛ-інфекцію, який містить такі рекомендації ВООЗ, на національному рівні, що є перешкодою для розбудови та впровадженню системи ДКТ в Україні відповідно до міжнародних стандартів.

Привертає увагу той факт, що хворим, які перебувають на стаціонарному лікуванні, частіше, ніж пацієнтам, які лікуються амбулаторно, пропонують тестування на ВІЛ-інфекцію (93% і 87%, відповідно), а також такі хворі частіше його проходять (89% і 52%, відповідно). Таким чином, при амбулаторному лікуванні тільки половина пацієнтів, яким рекомендовано тестування на ВІЛ-інфекцію, проходять ДКТ, що може свідчити про неефективність окремих етапів процедури ДКТ при амбулаторній формі лікування та недостатній рівень кваліфікаційної підготовки спеціалістів з питань ДКТ.

Слід підкреслити, що окремих спеціаліст з ДКТ відсутній у всіх закладах ПТС, де проводилося дослідження. Процедура ДКТ здійснюється зусиллями лікарів різного профілю (фтизіатр, інфекціоніст, психіатр, дерматовенеролог тощо), які мають неоднаковий рівень підготовки щодо методики проведення ДКТ, частіше керуються чинною нормативною базою та інформацією, що була отримана на тренінгах іншої тематики.

Серед різних форм навчання з питань ДКТ найбільш інформативними є тренінги, що проводяться НУО (РАТН, Альянс та інші), на відміну від навчання, яке відбувається з ініціативи обласних протитуберкульозних диспансерів/спеціалізованих медичних закладів та власного медичного закладу. За даними дослідження, не визначено жодного випадку проходження лікарями професійного навчання з питань ДКТ, що проводиться на циклі тематичного удосконалення «Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію» та сертифікується посвідченням про проходження циклу тематичного удосконалення Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Однією з обов'язкових складових ДКТ є дотестове консультування, що надається особі перед проходженням тестування на ВІЛ-інфекцію. За даними дослідження, серед загальної кількості хворих на ТБ, які потребують ДКТ, 90% пацієнтів було проведено дотестове консультування, причому частіше така консультація надавалася в стаціонарі, ніж в амбулаторному відділенні закладу ПТС. Аналіз даних по регіонах показав, що краща ситуація з частотою проведення дотестових консультацій при кожному тестуванні на ВІЛ-інфекцію в Миколаївській та Сумській областях (96%), в Івано-Франківській області дотестову консультацію проводять тільки 86% пацієнтів, у Луганській – 87%, Кіровоградській – 89%. Таким чином, під час здійснення процедури ДКТ не завжди забезпечується проведення дотестового консультування хворих на ТБ, що є порушенням Протоколу ДКТ та знижує рівень поінформованості пацієнта щодо загальної мети ДКТ, власного ступеня ризику інфікування ВІЛ, обізнаності з профілактичних та лікувальних заходів протидії ВІЛ-інфекції.

У середньому, проведення дотестової консультації відбувається через 5 днів після госпіталізації або через 8 днів після початку амбулаторного лікування. За свідченням лікарів, дотестове консультування може тривати до 30 хвилин, що залежить від обізнаності пацієнта щодо ВІЛ/СНІДу, його психологічного стану.

Аналіз проведення дотестової консультації показав, що в кожному регіоні, який був залучений до дослідження, виявлені порушення законодавства України, пов'язані з відсутністю від певної частки осіб інформованої згоди про проходження тестування на ВІЛ-інфекцію. Цей показник коливався від 37% у Кіровоградській області до 3% у Миколаївській області. Встановлено, що в деяких випадках пацієнти відмовляються від підписування інформованої згоди та проходження тестування з таких причин: небажання знати результати тестування; страх перед діагнозом ВІЛ-інфекції; намагання приховати вже встановлений раніше ВІЛ-позитивний

статус; можлива недовіра до лікаря або медичного закладу; неадекватність поведінки пацієнта (психологічні розлади, алкогольне сп'яніння тощо); з боку людей похилого віку – нерозуміння проблеми; через релігійні переконання та заперечення існування ВІЛ (“СНІД-дисиденти”).

Встановлено, що у двох третинах закладів ПТС не створені умови для здійснення ДКТ, якими передбачаються ізольоване приміщення або окремий спеціалізований кабінет з умовами для зберігання конфіденційних даних пацієнтів та наявністю інформаційних матеріалів. У разі амбулаторного лікування хворого на ТБ ДКТ здебільшого проводиться в кабінеті лікаря, у випадку стаціонарного лікування – у палаті, маніпуляційному кабінеті, ординаторській. Дещо краща ситуація спостерігається відносно наявності облаштованого місця очікування перед кабінетом для проведення дотестової консультації, що залежить, насамперед, від технічної підтримки НУО у рамках реалізації проектів профілактики ВІЛ/СНІДу в регіоні. Зокрема, у Кіровоградській та Івано-Франківській областях місце очікування є менш ніж у третині закладів, натомість у Миколаївській області 98% респондентів підтвердили наявність облаштованого місця очікування.

У закладах ПТС, що були залучені до дослідження, більшість тестувань на ВІЛ-інфекцію здійснюється методом ІФА (81%). За допомогою швидких тестів проводиться тільки 14% обстежень. У решті випадків (5%) пацієнтів направляють в центр профілактики і боротьби зі СНІДом, інший ЛПЗ для обстеження на наявність ВІЛ-інфекції. Варто відзначити, що швидкі тести частіше використовуються для тестування пацієнтів, які перебувають на амбулаторному лікуванні, ніж тих, що лікуються в стаціонарі.

Тестування на ВІЛ-інфекцію в середньому здійснюється через 4 дні після проведення дотестової консультації. У разі наявності швидких тестів у медичному закладі результат стає відомим вже через 20 хвилин. В іншому випадку, коли зразки крові відправляють на подальше дослідження до центру профілактики боротьби та СНІДу або обласного/районного ЛПЗ, де є лабораторія діагностики ВІЛ-інфекції, у середньому, результати тестування пацієнт отримує тільки через 1–2 тижні, що залежить від графіка поїздок до лабораторії, що здійснює відповідні дослідження.

Таким чином, відсутність забезпечення ЛПЗ швидкими тестами та недостатньо налагоджена співпраця з лабораторіями сприяють довготривалому очікуванню результату тестування. За даними дослідження, 14% пацієнтів, які були обстежені на наявність ВІЛ-інфекції, не побажали з різних причин дізнатися про власний ВІЛ-статус, проте 49% хворих отримали результати тесту через декілька тижнів.

Слід зазначити, що серед респондентів, які отримали позитивний або сумнівний результат первинного тестування на ВІЛ-інфекцію та були направлені на обстеження для уточнення ВІЛ-статусу (20%), тільки 83% пацієнтів пройшли повторне обстеження. З одного боку, на рішення пацієнта щодо тестування може впливати якість та зміст проведених до- та післятестових консультацій, що, насамперед, залежить від кваліфікації лікаря, який проводить ДКТ. З іншого боку, відсутність умов для проведення ДКТ, у тому числі наявності лабораторії у структурі закладу ПТС, діагностичних тест-систем, та власне негативне ставлення пацієнта до ДКТ також сприяє зниженню показника охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію. Так, за даними дослідження, для половини пацієнтів, які повторно обстежувалися, пройшло більше 2 тижнів між першим та повторним тестуванням, для третини хворих – 1–2 тижні, тільки для 5% хворих на ТБ повторне обстеження здійснилося через декілька днів.

Такий стан зворотнього зв'язку між тестуванням та отриманням результату призводить до зниження ефективності самої процедури ДКТ, а також затримки в прийнятті рішення щодо подальшого медичного та соціального супроводу хворого на ТБ.

Відповідно до результатів дослідження, встановлено, що післятестове консультування проводиться не всім пацієнтам, які обстежилися на ВІЛ-інфекцію. Згідно з опитуванням пацієнтів, тільки 60% осіб була надана післятестова консультація, проте, за аналізом обліку таких послуг у медичній документації – 71%. Такі дані дають змогу припустити, що пацієнти не завжди пам'ятають, чи була їм проведена післятестова консультація, чи консультація не проведена зовсім, але була зафіксована у відповідній обліковій медичній документації. Також у деяких випадках лікарі нехтують встановленими процедурами проведення післятестового консультування та здійснюють його лише тим пацієнтам, у яких результат повторного тестування був «позитивний» або «невизначений».

Встановлено, що післятестова консультація проводиться частіше пацієнтам, які перебувають на стаціонарному лікуванні, ніж на амбулаторному, в середньому проводиться через 12 днів після забору крові та через 7 днів після проведення дослідження, коли медичні працівники отримують результати. У тих випадках, коли дослідження здійснюється тільки за допомогою швидких тестів, як правило, вже через 20 хвилин проводять післятестову консультацію. Після-

тестове консультування, за результатами опитування хворих на ТБ, триває в середньому 17 хвилин, за свідченням лікарів – від 15 до 30 хвилин. Зміст післятестового консультування у цілому відповідає загальним вимогам Протоколу ДКТ.

Відсутність окремого лікаря з ДКТ у закладах ПТС призводить до проведення дотестового і післятестового консультування різними спеціалістами у 58% випадках, що є перешкодою для проходження хворими на ТБ всіх етапів ДКТ, є порушенням міжнародних рекомендацій та вимог нормативно-правової бази України.

У ході аналізу медичної статистичної документації з ДКТ було виявлено, що інформація ведеться по 90–95% пацієнтів протитуберкульозних диспансерів. Виявлені порушення щодо різних дат проведення консультацій та тестування в одного хворого за різною обліковою документацією. Однак, варто відзначити, що відсутність деяких дат в обліковій документації може свідчити як про те, що процедура ДКТ не була проведена в повному обсязі, так і про не завжди сумлінне ведення статистичних форм з ДКТ, коли відповідна дата не фіксується.

Важливим етапом при виявленні ВІЛ-позитивного результату у хворого на ТБ є перенаправлення його до закладу служби СНІДу або організація консультації лікаря-інфекціоніста у закладі ПТС. У районних закладах очікування такої консультації може потребувати кількох тижнів. Аналіз результатів дослідження показав, що найчастіше (57% випадків) консультація лікаря-інфекціоніста проводиться в протитуберкульозному диспансері, значно рідше (у 33% випадків) – у центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. Взаємодія між лікарями-фтизіатрами та співробітниками закладів служби СНІДу частіше носить індивідуальний характер, складається на особистих відносинах, а не базується на вимогах нормативної документації. Слід підкреслити, що діюче законодавство у сфері ТБ/ВІЛ потребує сьогодні удосконалення та чіткого визначення напрямів діяльності у співпраці між протитуберкульозною службою та службою СНІДу.

Неповне охоплення хворих на ТБ спостерігається на всіх етапах ДКТ. Так, за даними дослідження, 8% пацієнтів були перенаправлені у заклад служби СНІДу для подальшого клініко-лабораторного обстеження, з них 82% осіб дійсно звернулися до такого закладу. Проте 18% осіб зовсім не з'явилися в полі зору медичного спеціаліста закладу служби СНІДу, що перешкоджає ранньому виявленню ВІЛ-позитивного статусу, своєчасному призначенню лікування обох патологій, профілактиці поширення туберкульозу та ВІЛ. Це, у свою чергу, може призвести до зростання показників захворюваності та смертності від ТБ/ВІЛ серед загальної популяції населення.

Ще однією перешкодою у здійсненні доброякісного та ефективного ДКТ є відсутність соціального супроводу в амбулаторних та стаціонарних відділеннях закладів ПТС. Лікарі, які були залучені до дослідження, відмічають, що відповідальність за соціальний супровід хворих на ТБ із встановленим ВІЛ-позитивним статусом покладено виключено на службу СНІДу. У цілому, лікарі закладів ПТС мало обізнані щодо діяльності НУО.

За даними дослідження, виявлено несвоєчасне отримання консультаційних послуг лікаря-інфекціоніста призначення антиретровірусного лікування хворим на ТБ з ВІЛ-позитивним статусом, що, насамперед, спостерігається серед мешканців села та малих міст. Якщо на обласному рівні в протитуберкульозних закладах, частіше, за штатним розкладом працює лікар-інфекціоніст, то в районному закладі ПТС, у більшості випадків, такого спеціаліста викликають за потребою та якого, іноді, доводиться чекати кілька тижнів.

За даними кабінетного дослідження, серед загальної вибірки протестованих пацієнтів зареєстровано 4% випадків ВІЛ-інфекції, із них – 60% осіб призначено АРТ. Середній проміжок між датою призначення АРТ та початком прийому препарату – 1 день. Варто зазначити, що контроль за дотриманням режиму прийому АРВ-препаратів в стаціонарі в основному здійснює лікуючий лікар, тоді як в амбулаторному відділенні такий контроль не проводиться зовсім. Загалом, лікарі закладів ПТС вважають відповідальність за контроль АРТ прерогативою служби СНІДу.

Також, за даними кількісного дослідження, половині пацієнтів із встановленим ВІЛ-позитивним статусом було призначено котримоксазол (44%), що дещо менше, ніж за результатами кабінетного дослідження (62%). Середня тривалість проміжку між датою призначення котримоксазолу та початком його прийому – 1 день. У деяких випадках (14 пацієнтів, хворих на ТБ) була призначена ЗПТ.

Одним із принципів ДКТ є відсутність дискримінації та стигматизації. На думку лікарів, за останні роки ступінь стигматизації хворих на ВІЛ-інфекцію значно знизився серед медичного персоналу. На цей процес вплинула більш глибока обізнаність медиків про захворювання. Лікарі зазначають, що під час проведення ДКТ вони дотримуються принципу конфіденційності. Опитані пацієнти також впевнені, що в протитуберкульозних закладах не розголошується інформація про ВІЛ-статус пацієнта без їх дозволу. Однак, серед пацієнтів та деяких лікарів у невеликих населених пунктах ще трапляються поодинокі випадки стигматизації ВІЛ-позитивних пацієнтів.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

За результатами дослідження, для досягнення ефективної та сталої системи ДКТ серед хворих, що перебувають на обліку закладів протитуберкульозної служби, необхідне впровадження в закладах охорони здоров'я низки заходів щодо її удосконалення, а саме:

- Забезпечити проведення ДКТ всім пацієнтам з невідомим ВІЛ-статусом, які звернулися до закладів ПТС, та хворим з ВІЛ-негативним статусом, які знаходяться як на стаціонарному, так і на амбулаторному лікуванні, відповідно до нормативно-правової бази.
- Сприяти розвитку децентралізації послуг з консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію на всіх рівнях медичної допомоги хворим на ТБ.
- Покращити якість проведення ДКТ та підвищити рівень поінформованості пацієнтів щодо загальної мети ДКТ, власного ступеня ризику інфікування ВІЛ, обізнаності з профілактичних та лікувальних заходів протидії ВІЛ-інфекції.
- Розробити спільно із спеціалістами закладів служби СНІДу «пам'ятки» для хворих на ТБ щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції, профілактики інфікування ВІЛ, контактної інформації про заклади та організації, що надають медичні та соціальні послуги представникам цільової групи тощо.
- Забезпечити наявність поінформованої згоди про проходження тестування на ВІЛ-інфекцію у кожного хворого на ТБ, який направлений на обстеження.
- Забезпечити безперебійне постачання швидких тестів та передачу зразків крові до лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції, крім того, поширити практику експрес-тестування пацієнтів з невідомим ВІЛ-статусом з метою своєчасного обстеження пацієнтів та отримання результатів, а також прийняття рішень щодо подальшого їх медичного та соціального супроводу.
- Розробити методичні рекомендації щодо організації ведення випадку ко-інфекції ТБ/ВІЛ, а саме клінічний маршрут пацієнтів з ТБ/ВІЛ; ведення окремих випадків (ТБ/ВІЛ/ВГ, представники груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ); створення консиліуму щодо розгляду випадків ТБ/ВІЛ.
- Забезпечити доброякісне ведення медичної статистичної документації з ДКТ та верифікації даних між протитуберкульозною службою та службою СНІДу.
- Забезпечити необхідні умови для проведення ДКТ у закладах протитуберкульозної служби, а саме: ізольоване приміщення або окремий спеціалізований кабінет з умовами для зберігання конфіденційних даних пацієнтів та наявністю інформаційних матеріалів, облаштоване місце очікування перед кабінетом для проведення консультацій.
- Налагодити чітку взаємодію закладів протитуберкульозної служби з ВІЛ-сервісними НУО з метою забезпечення дієвої системи перенаправлення ВІЛ-позитивних хворих на ТБ до закладів служби СНІДу, своєчасного призначення АРТ, формування прихильності до антиретровірусного лікування, а також отримання технічної допомоги в організації процедури ДКТ та посилення просвітницької діяльності у сфері ВІЛ/СНІДу на базі закладів протитуберкульозної служби.
- Підвищити рівень знань консультантів ДКТ у закладах протитуберкульозної служби шляхом кваліфікаційного навчання на циклі тематичного удосконалення «Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію» на базі Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика та тематичних тренінгах, що організують міжнародні та неурядові організації.
- Удосконалити практики проведення ДКТ, що базуються на принципах доброзичливості до хворого на ТБ, з метою уникнення негативних соціальних реакцій, а також ліквідації стигматизації та дискримінації пацієнтів.

- Удосконалити нормативно-правову базу з питань ДКТ, насамперед, затвердження та впровадження нового Протоколу ДКТ на ВІЛ-інфекцію, який містить міжнародні рекомендації ВООЗ щодо проведення ДКТ хворих на ТБ; розробити короткострокові (щорічні) та довгострокові плани спільних дій між протитуберкульозною службою та службою СНІДу щодо подолання епідемії ТБ/ВІЛ.
- Посилити систему моніторингу та оцінки у сфері ТБ/ВІЛ в Україні шляхом удосконалення епідеміологічного нагляду за випадками ко-інфекції ТБ/ВІЛ, відстеження ключових індикаторів прогресу з ТБ/ВІЛ та проведення систематичного аналізу стратегічної інформації для прийняття рішень щодо протидії ТБ/ВІЛ на національному та регіональному рівнях.

ДОДАТОК 1

Інструментарій дослідження

Номер анкети _____

Номер інтерв'юера _____

Тривалість інтерв'ю _____ хв.

Код респондента _____

(надається рекрутером відповідно до Журналу кодування імен кабінетного дослідження)

Область опитування:

Кіровоградська.....	1
Луганська.....	2
Миколаївська.....	3
Сумська.....	4
Івано-Франківська.....	5

Код закладу охорони здоров'я
(оберіть код з переліку
протитуберкульозних закладів
охорони здоров'я)

АНКЕТА

**для опитування пацієнтів
стаціонарних відділень протитуберкульозних
закладів охорони здоров'я**

ІНТЕРВ'ЮЕРЕ! Перед початком інтерв'ю поясніть респондентові умови його участі в інтерв'ю та обов'язково отримайте від респондента згоду на участь в інтерв'ю!

Здрастуйте! Мене звати _____ (ім'я).

На замовлення ВБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» ми проводимо опитування пацієнтів стаціонарів протитуберкульозних закладів. Мета такого опитування – з'ясувати наявність можливості для пацієнтів, хворих на туберкульоз, отримання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та можливості отримання подальшого супроводу для діагностики та лікування ВІЛ-інфекції.

Пропонуємо Вам взяти участь в цьому дослідженні. Ваше ім'я не буде вписано в цю анкету, а це означає, що надана Вами інформація залишиться анонімною. Жодна людина з персоналу цього закладу не буде знати, що саме Ви говорили. Результати дослідження будуть узагальнені, тож ніхто не дізнається, хто саме про що говорив протягом цього дослідження. Я гарантую Вам безпеку та відсутність будь-якого впливу нашої розмови на ставлення до Вас персоналу та можливість отримання лікування. Ви маєте право не відповідати на будь-яке питання або припинити це інтерв'ю в будь-який момент, коли захочете.

Ваші відверті і докладні відповіді допоможуть нам виявити і проаналізувати переваги і недоліки наявної системи організації послуг з консультування і тестування на ВІЛ для пацієнтів з ТБ.

Інтерв'ю триватиме близько 30 хвилин.

За участь у дослідженні Ви отримаєте винагороду в розмірі _____ грн.

Чи згодні Ви взяти участь у цьому опитуванні? _____ Так; _____ Ні.

Підпис респондента, що засвідчує згоду взяти участь в дослідженні.

ІНТЕРВ'ЮЕРЕ! Пам'ятайте, що респондент в будь-який час може відмовитися від відповіді на питання, Ви не повинні наполягати на відповідях, але Вашою метою є отримання якомога більшої кількості відповідей.

Блок А. Соціально-демографічний
1. Скажіть, будь ласка, де Ви проживаєте?

1. Обласний центр
2. Районний центр
3. Селище міського типу
4. Селище
5. Село
6. Без постійного місця проживання
7. Місто обласного підпорядкування

2. Інтерв'юєре, відмітьте стать респондента:

1. Чоловіча
2. Жіноча

3. Ваш вік: _____ (повних років)
4. Ваш сімейний стан:

1. Ніколи не перебував (ла) у шлюбі
2. Перебуваю в шлюбі (офіційному)
3. Незареєстрований (цивільний) шлюб
4. Розлучений (а) (офіційно)
5. Вдівець / вдова

5. Ваша освіта:

1. Незакінчена середня (9 класів)
2. Закінчена середня (11 класів)
3. Середня спеціальна (технікум)
4. Незакінчена вища (бакалавр)
5. Вища (магістр, спеціаліст)

6. Ваш рід занять

1. Безробітний/на, як довго? _____
2. Учень/студент
3. Робітник
4. Службовець
5. Працівник офісу
6. Приватний підприємець
7. Самозайнятий
8. Медичний працівник
9. Непрацюючий пенсіонер
10. Інше (вказіть) _____

7. Чи є у Вас інвалідність?

1. Так, інвалідність I групи
2. Так, інвалідність II групи
3. Так, інвалідність III групи
4. Немає
5. Оформляю

8. Чи отримуєте Ви матеріальну підтримку(гроші, одяг, продукти харчування, медикаменти) від...

Зафіксуйте відповідь у кожному рядку	Так	Ні, немає необхідності	Є необхідність, але немає можливості
1. Членів Вашої родини	1	2	3
2. Державної установи	1	2	3
3. Благодійної організації	1	2	3
4. Релігійних громад/церкви	1	2	3
5. Інше (вказіть, що саме)	1	2	3

9. Чи відбували Ви коли-небудь покарання в місцях позбавлення волі?

1. Так, в якому році? _____
2. Ні
3. Відмова від відповіді (не зачитувати)

Блок Б. Знання щодо ВІЛ/ТБ**1. Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ-інфекції/СНІД:**

Зафіксуйте відповідь у кожному рядку		Так	Ні	Не зачитувати	
				Не знаю	Важко відповісти
1	Інфікування ВІЛ можна уникнути, якщо мати секс лише з одним вірним неінфікованим партнером	1	2	3	4
2	Інфікування ВІЛ можна уникнути, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту	1	2	3	4
3	Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ	1	2	3	4
4	ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара	1	2	3	4
5	Людина може заразитися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	1	2	3	4
6	Людина може заразитися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою особою туалетом, басейном, сауною	1	2	3	4
7	ВІЛ-інфекцією можна заразитися, користуючись голкою для ін'єкцій, яка була використана іншою людиною	1	2	3	4
8	ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності	1	2	3	4
9	ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при пологах	1	2	3	4
10	ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні дитини грудьми	1	2	3	4

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?

Зафіксуйте відповідь у кожному рядку		Так	Ні	Важко відповісти
1	Проживання по сусідству з ВІЛ-інфікованою людиною	1	2	3
2	Якщо хтось із колег по роботі є ВІЛ-інфікованим	1	2	3
3	У випадку численних незахищених сексуальних контактів	1	2	3
4	У разі встановлення діагнозу «туберкульоз»	1	2	3
5	У разі підозри на туберкульоз	1	2	3
6	У разі виявлення вірусних гепатитів В або С	1	2	3
7	Усім членам родини, якщо у когось в родині виявили ВІЛ	1	2	3
8	Хворим на алкоголізм	1	2	3
9	Безхатченкам	1	2	3
10	Перед хірургічним втручанням (операцією)	1	2	3
11	Жінці під час вагітності	1	2	3
12	Чоловіку/сексуальному партнеру вагітної жінки	1	2	3
13	Усім слід проходити тестування на ВІЛ – кожний має знати свій ВІЛ-статус	1	2	3
14	Тим, хто вживає наркотики ін'єкційним шляхом	1	2	3

3. Як Ви вважаєте, навіщо людині знати свій ВІЛ-статус? (Оберіть найголовніший, на Вашу думку, фактор із перерахованих)

1. Щоб запобігти інфікування інших людей
2. Щоб отримати медичну допомогу щодо лікування ВІЛ
3. Щоб призначити правильне лікування інших хвороб
4. Щоб отримати соціальну допомогу від держави або громадських організацій
5. Інше, що саме _____

4. Чи знаєте Ви, де у населеному пункті, в якому Ви проживаєте, можна пройти, безкоштовне тестування на ВІЛ?

1. Так
2. Ні → **переходьте до запитання 6**

5. Звідки Ви отримали таку інформацію?

Оберіть усі слушні відповіді

1. Із засобів масової інформації (телебачення, газети)
2. Від знайомих, родичів
3. Від медичних працівників
4. Від працівників громадських організацій
5. Інше, що саме _____

6. Як Ви вважаєте, що є необхідною умовою проходження обстеження на ВІЛ?

Дайте відповідь по кожному рядку

Умови тестування	Так	Ні	Важко сказати
1. Отримання направлення на тестування від лікаря або іншої уповноваженої особи	1	2	3
2. Надання пацієнтом письмової поінформованої згоди на проходження обстеження на ВІЛ	1	2	3
3. Дотестова консультація пацієнту з інформацією про ВІЛ та специфіку обстеження	1	2	3
4. Надання особистої інформації про себе (паспортні дані)	1	2	3
5. Оплата послуг з тестування	1	2	3

7. Як часто людині з ВІЛ-негативним статусом, хворою на туберкульоз, доцільно проходити тестування на ВІЛ? Одна відповідь

1. Один раз протягом життя
2. Двічі протягом життя
3. Раз на півроку
4. Раз на рік
5. Взагалі не має потреби в проходженні тестування на ВІЛ
6. Інше, що саме _____

8. Як Ви вважаєте, кому було б доцільно знати про ВІЛ-позитивний статус особи, у разі його виявлення? Дайте відповідь по кожному рядку

	Надайте відповідь по кожному рядку	Так	Ні	Важко відповісти
1	Нікому. Це особиста справа кожного	1	2	3
2	Близьким родичам	1	2	3
3	Статевим партнерам	1	2	3
4	При зарахуванні на роботу	1	2	3
5	Лікуючому лікарю	1	2	3
6	Усім медичним працівникам, які залучені до надання медичної допомоги пацієнту	1	2	3
7	Тільки тим лікарям, які надають хірургічну допомогу ВІЛ-позитивному пацієнту	1	2	3
8	Тільки тим лікарям, які залучені до призначення АРТ	1	2	3

БЛОК В. Практика обстеження на ВІЛ

1. Чи брали у Вас коли-небудь кров для обстеження на ВІЛ?

1. Так
2. Ні → переходьте до запитання 5

2. Чи були випадки, коли Вашу кров обстежували на ВІЛ, не запитавши Вашої попередньої згоди на це?

1. Так
2. Ні

3. Спробуйте згадати, скільки разів протягом життя Ви проходили обстеження на ВІЛ? _____ разів

4. Скільки разів Ви приходили дізнатися про результат такого обстеження? _____ разів

5. В яких із перерахованих нижче ситуацій Вам пропонували пройти обстеження на ВІЛ?

(Інтерв'юєре, покажіть респонденту КАРТКУ №1) Якщо респонденту пропонували пройти тестування на ВІЛ, позначте ці відповіді та поставте подальші запитання по цих рядках	7.1. Чи погодилися Ви пройти тестування на ВІЛ?	Якщо «так» 7.2. Я не запитую Вас про результат, але чи знаєте Ви самі результат цього тестування?	Якщо «ні» 7.3. У зв'язку з чим Ви не погодилися тоді на тестування? (Інтерв'юєре, покажіть респонденту КАРТКУ №2) Оберіть усі слушні відповіді(позначте код відповіді(ей) з картки № 2)
1. У зв'язку з встановленням діагнозу «туберкульоз»	1. Так → 2. Ні	1. Так 2. Ні → 3. Очікую результат	1 2 3 4 5 6 7
2. У зв'язку із вагітністю (для жінок)	1. Так → 2. Ні	1. Так 2. Ні → 3. Очікую результат	1 2 3 4 5 6 7
3. У зв'язку з досвідом вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	1. Так → 2. Ні	1. Так 2. Ні → 3. Очікую результат	1 2 3 4 5 6 7
4. У зв'язку з ув'язненням/засудженням	1. Так → 2. Ні	1. Так 2. Ні → 3. Очікую результат	1 2 3 4 5 6 7
5. При здачі крові або інших біологічних рідин як донора	1. Так → 2. Ні	1. Так 2. Ні → 3. Очікую результат	1 2 3 4 5 6 7
6. У зв'язку зі статусом призовника або абітурієнта військового закладу (для чоловіків)	1. Так → 2. Ні	1. Так 2. Ні → 3. Очікую результат	1 2 3 4 5 6 7
7. При оформленні на роботу	1. Так → 2. Ні	1. Так 2. Ні → 3. Очікую результат	1 2 3 4 5 6 7

(Інтерв'юєре, покажіть респонденту КАРТКУ №1)		7.1. Чи погодилися Ви пройти тестування на ВІЛ?	Якщо «так»	Якщо «ні»
Якщо респонденту пропонували пройти тестування на ВІЛ, позначте ці відповіді та поставте подальші запитання по цих рядках			7.2. Я не запитую Вас про результат, але чи знаєте Ви самі результат цього тестування?	7.3. У зв'язку з чим Ви не погодилися тоді на тестування? (Інтерв'юєре, покажіть респонденту КАРТКУ №2) <u>Оберіть усі слушні відповіді(позначте код відповіді(ей) з картки № 2)</u>
8. При виїзді за кордон	Якщо «так»	1. Так → 2. Ні	1. Так 2. Ні → 3. Очікую результат	1 2 3 4 5 6 7
9. У зв'язку з місцем роботи (у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад, тощо)	→	1. Так → 2. Ні	1. Так 2. Ні → 3. Очікую результат	1 2 3 4 5 6 7
10. Під час масових інформаційно-просвітницьких кампаній, вуличних акцій тощо		1. Так → 2. Ні	1. Так 2. Ні → 3. Очікую результат	1 2 3 4 5 6 7
11. У зв'язку із випадками незахищених сексуальних контактів		1. Так → 2. Ні	1. Так 2. Ні → 3. Очікую результат	1 2 3 4 5 6 7
12. Інше, вкажіть, що саме			3. Очікую результат	1 2 3 4 5 6 7

Картка №2 До запитання «В яких із перерахованих нижче ситуаціях Вам пропонували пройти тестування на ВІЛ?» анкети	1. Страх отримати позитивний результат 2. Впевненість у тому, що я не можу бути ВІЛ-позитивним 3. Недовіра людині, яка пропонувала пройти тестування 4. Необхідність тривалого очікування результату 5. Необхідність ще кудись йти для здачі крові 6. Нерозуміння навіщо мені знати мій ВІЛ-статус 7. Інше, що саме

Блок Г. Практика тестування на ВІЛ у стаціонарах протитуберкульозних закладів

1. Згадайте, будь ласка, коли вперше у Вас діагностували туберкульоз?

Місяць

рік

2. Чи знали Ви свій ВІЛ-статус, коли Вам поставили діагноз «туберкульоз»?

1. Так
2. Ні

3. Чи перебували Ви до цього часу на амбулаторному лікуванні у зв'язку з ТБ? (період дистанційного лікування, коли Ви знаходились дома, а в поліклініці отримували ліки)

1. Так ----->

3.1. Чи проходили Ви тоді обстеження на ВІЛ?

1. Так
2. Ні

2. Ні

4. Під час перебування на стаціонарі у цьому лікувальному закладі, чи пропонували Вам пройти тестування на ВІЛ?

1. Так
2. Ні
3. Тест зробили без мого відома – про факт його проведенні я дізнався(лась) згодом

5. Чи проводили Вам перед забором крові на ВІЛ передтестове консультування? Тобто чи пояснювали Вам причини та наслідки такого тестування?

1. Так
2. Ні, направили на забір крові на ВІЛ, нічого не пояснюючи-> ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ЗАПИТАННЯ 16

6. Пригадайте, хто саме проводив Вам передтестове консультування?

Один варіант відповіді

1. Лікуючий лікар
2. Співробітник кабінету Довіри/кабінету інфекційних захворювань
 - 1) інший лікар
 - 2) медична сестра
 - 3) психолог
 - 4) соціальний працівник
3. Працівник громадської організації
4. Не пам'ятаю (*не зачитувати*)
5. Інше, хто саме _____

7. Скільки приблизно хвилин тривало дотестове консультування? _____ хв.

8. Хто крім Вас і консультуючої особи (лікаря, психолога, соціального працівника...) міг чути зміст Вашої розмови під час передтестового консультанта? Відмітьте все, що підходить

1. Ніхто. Були тільки я і консультант
2. Крім консультанта була ще медсестра
3. Були інші пацієнти, які чули нашу розмову
4. Були інші медичні працівники, які чули нашу розмову
5. Інше, що саме _____

9. Де саме проходило дотестове консультування?

1. В окремому непрохідному кабінеті.
2. В палаті→ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ЗАПИТАННЯ 12
3. Інше, що саме _____

10. Чи передбачено перед кабінетом місце очікування для пацієнтів?

1. Так
2. Ні→ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ЗАПИТАННЯ 12

11. Чим з перерахованих нижче предметів облаштоване місце очікування для пацієнтів? Відмітьте все, що підходить

1. Стільці
2. Столик з інформаційною літературою з питань профілактики ВІЛ/СНІДу
3. Інформаційні стенди на стінах
4. Нічого з перерахованого
5. Інше, що саме _____
6. Не пам'ятаю

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування?

Надайте відповідь по кожному рядку	Так	Ні	Не пам'ятаю
1. Пояснили, чому хворим на ТБ рекомендують пройти тестування на ВІЛ	1	2	3
2. Розказали про процедуру тестування	1	2	3
3. Розказали про значення періоду «вікна», коли упродовж 6 місяців після інфікування ВІЛ вірус може не виявлятися у людини	1	2	3
4. Що означає негативний, позитивний і сумнівний результати тесту	1	2	3
5. Розказали про необхідність повторного тесту в окремих випадках	1	2	3
6. Розказали, скільки треба буде очікувати результат	1	2	3
7. Пояснили різницю між інфікуванням ВІЛ і захворюванням на СНІД	1	2	3
8. Пояснили шляхи передачі ВІЛ та обговорили Ваш особистий ризик інфікування ВІЛ	1	2	3
9. Обговорили можливості більш безпечної поведінки	1	2	3
10. Обговорили значення знання ВІЛ статусу для Вас особисто	1	2	3
11. Запевнили в конфіденційності отриманої інформації про ВІЛ-статус пацієнта	1	2	3
12. Запитали мою згоду на проведення тестування	1	2	3
13. Розказали, яку допомогу можна буде отримати у разі позитивного результату	1	2	3
14. Інше, що саме _____	1		

13. Оцініть буд ласка, за 5-бальною шкалою, де 1 – це «дуже погано», а 5 – «дуже добре», проведення дотестового консультування за такими критеріями....

Надайте відповідь по кожному рядку	Дуже погано	Погано	Задовільно	Добре	Дуже добре
1. Навколишнє оточення (можливість усамітнення)	1	2	3	4	5
2. Особистісні риси консультанта (делікатність/розуміння)	1	2	3	4	5
3. Компетентність консультанта (надання доступної, потрібної інформації)	1	2	3	4	5
4. Час очікування в черзі на консультування	1	2	3	4	5
5. Корисність наданої інформації	1	2	3	4	5
6. Повнота наданої інформації	1	2	3	4	5

14. Чи підписували Ви лист Інформованої згоди на проходження тесту на ВІЛ?

1. Так
2. Ні
3. Не пам'ятаю (не зачитувати)

15. Як саме в цьому закладі у Вас проводили обстеження крові на ВІЛ?

	Надайте відповідь по кожному рядку	Так	Ні
1	Збір крові та повідомлення результату упродовж години (метод швидкого тесту)	1	2
2	Збір крові у стаціонарі та повідомлення результату не раніше ніж через кілька днів/тижнів (метод ІФА)	1	2
3	Направили в СНІД-центр/інший заклад для забору крові та обстеження на ВІЛ	1	2

16. Я не запитую Вас про результат, але запитую, чи дізналися Ви самі про результат цього обстеження на ВІЛ?

1. Так
2. Ні → ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ЗАПИТАННЯ 1 Блоку Д 'СТИГМА'

17. Як саме Вам став відомий результат обстеження на ВІЛ? Одна відповідь

1. Мені повідомили упродовж години після забору крові.
2. Звернувся/лася сам/сама через кілька тижнів до медпрацівників за результатом.
3. Мене запросили до медпрацівника через кілька тижнів, де повідомили про результат.
4. Мене проінформував лікар під час чергового обходу пацієнтів в палаті.
5. Інше, що саме _____

18. Скільки часу Ви очікували результат? Одна відповідь

1. Отримав (ла) у той же день, коли здав (ла) кров
2. Через кілька днів (до тижня)
3. Через 1–2 тижні
4. Очікував (ла) більше 2 тижнів
5. Ще очікую

19. Хто повідомив Вам про результат тесту? Одна відповідь

1. Та ж сама особа, яка проводила передтестове консультування.
2. Інша особа, хто саме:
 1. Лікуючий лікар
 2. Співробітник кабінету Довіра/кабінету інфекційних захворювань
 - 1) інший лікар
 - 2) медична сестра

- 3) психолог
- 4) соціальний працівник
- 3. Працівник громадської організації
- 4. Не пам'ятаю (не зачитувати)
- 5. Інше, хто саме _____

20. Чи проводили Вам післятестову консультацію?

- 1. Так
- 2. Ні → ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ЗАПИТАННЯ 1 Блоку Д 'СТИГМА'

21. Хто крім Вас і консультуючої особи (лікаря, психолога, соціального працівника...) міг чути зміст Вашої розмови під час післятестового консультування? Відмітьте все, що підходить

- 1. Ніхто. Були тільки я і консультант
- 2. Крім консультанта була ще медсестра
- 3. Були інші пацієнти, які чули нашу розмову
- 4. Були інші медичні працівники, які чули нашу розмову
- 5. Інше, що саме _____

22. Скільки приблизно тривало післятестове консультування?

- 1. _____ хв.
- 2. Не пам'ятаю.
- 3. Не знаю, що таке «післятестове консультування»
- 4. Важко сказати (не зачитувати)

23. Чи обговорювали з Вами такі питання на післятестовій консультації:

Питання консультації. Дайте відповідь по кожному рядку	Так	Ні	Не пам'ятаю
1. Повідомили результати тестування	1	2	3
2. Ще раз пояснили, що вони означають	1	2	3
3. Обговорили шляхи зараження ВІЛ-інфекцією та Ваш особистий ризик інфікування	1	2	3
4. Обговорили наслідки ризикованої поведінки	1	2	3
5. Обговорили методи профілактики ВІЛ та правила поведінки для зниження ризику інфікування ВІЛ-інфекцією	1	2	3
6. Відповіді на Ваші запитання	1	2	3
7. Надали інформацію про НУО, в які можна звернутись у разі потреби, та про інші можливості отримання допомоги (наявність лікування, необхідність та важливість диспансерного нагляду, можливості профілактики захворювання на СНІД, тощо)	1	2	3
8. Пояснили особливості законодавства України у сфері ВІЛ/СНІДу	1	2	3

За результатами післятестової консультації...

<i>Дайте відповідь по кожному рядку</i>		
24. Вас направили на підтверджувальне тестування на ВІЛ 1. Так → ДО ЗАПИТАННЯ 24.1 2. Ні 3. Відмова від відповіді	24.1. Чи пройшли Ви повторне тестування на ВІЛ 1) Так → ДО ЗАПИТАННЯ 24.1.1 2) Ні, не планую 3) Ні, проте планую	24.1.1. Скільки часу пройшло між першим та повторним тестуванням? 1) декілька днів 2) 1 – 2 тижні 3) Більше ніж 2 тижні 4) <i>інше</i> _____
25. Запропонували консультацію інфекціоніста 1. Так → ДО ЗАПИТАННЯ 25.1 2. Ні 3. Не пам'ятає/Відмова від відповіді	25.1. Як відбулася консультація з інфекціоністом? 1. Я поїхав/ла до СНІД-центру на консультацію інфекціоніста для завершення діагностики 2. Консультація інфекціоніста у ТБ-диспансері 3. Відмовився/лась від консультації 4. <i>Інше</i> _____	
26. Вас направили звернутися в СНІД-центр 1. Так → ДО ЗАПИТАННЯ 26.1 2. Ні 3. Не пам'ятає/Відмова від відповіді	26.1. Чи звернулися Ви в СНІД-центр 1. Так 2. Ні, не планую 3. Ні, проте планую	
27. Вам запропонували звернутися у громадські організації для отримання додаткових послуг 1. Так → ДО ЗАПИТАННЯ 27.1 2. Ні 3. Не пам'ятає/Відмова від відповіді	27.1. Чи звернулися Ви до будь-якої із запропонованих організацій? 1) Так 2) Ні, не планую 3) Ні, проте планую	

Дайте відповідь по кожному рядку

28. Чи приймаєте Ви зараз АРТ (антиретровірусну терапію)? 1. Ні → ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ЗАПИТАННЯ 29 2. Так, з ____ місяця ____ року	28.1. Хто з лікарів призначив? 1. Інфекціоніст 2. Лікуючий лікар 3. Інше, <i>вказіть хто</i> _____	→	28.2. Хто з лікарів стаціонару стежить за дотриманням режиму прийому цих препаратів 1. Ніхто, роблю це сам (а) 2. Інфекціоніст 3. Лікуючий лікар 4. Інше, <i>вказіть хто</i> _____	→	28.3. Чи порушувався режим прийому АРТ у зв'язку з відсутністю препаратів на пунктах їх видачі? 1. Так 2. Ні
29. Чи приймаєте Ви зараз котримаксизол? 1. Ні → ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ЗАПИТАННЯ 30 2. Так, з ____ місяця ____ року	29.1. Хто з лікарів призначив? 1. Інфекціоніст 2. Лікуючий лікар 3. Інше, <i>вказіть хто</i> _____	→	29.2. Хто з лікарів стаціонару стежить за дотриманням режиму прийому цих препаратів 1. Ніхто, роблю це сам (а) 2. Інфекціоніст 3. Лікуючий лікар 4. Інше, <i>вказіть хто</i> _____	→	29.3. Чи порушувався режим прийому клотримаксизолу у зв'язку з його відсутністю на пункті видачі? 1. Так 2. Ні
30. Чи приймаєте Ви зараз ЗПТ (замісну підтримувальну терапію)? 1. Ні → ПЕРЕХОДЬТЕ ДО ЗАПИТАННЯ 1 Блоку D. 2. Так, з ____ місяця ____ року	30.1. Хто з лікарів призначив? 1. Інфекціоніст 2. Лікуючий лікар 3. Інше, <i>вказіть хто</i> _____	→	30.2. Хто з лікарів стаціонару стежить за дотриманням режиму прийому цих препаратів 1. Ніхто, роблю це сам (а) 2. Інфекціоніст 3. Лікуючий лікар 4. Інше, <i>вказіть хто</i> _____	→	30.3. Чи порушувався режим прийому ЗПТ у зв'язку з його відсутністю на пункті видачі? 1. Так 2. Ні

БЛОК Д. Стигма

1. Як Ви вважаєте, чи розголошується у цій лікарні інформація про ВІЛ-статус пацієнта без дозволу пацієнта? *Одна відповідь*

1. Впевнений (а), що так. Мені відомо про конкретні факти
2. Думаю, що так, але не впевнений (а)
3. Думаю, що ні, але не впевнений (а)
4. Впевнений (а), що ні
5. Мені байдуже (*не зачитувати*)

2. Чи траплялися випадки, що ставлення медперсоналу до Вас або інших пацієнтів змінювалося після тестування в гіршу сторону? *Відмітьте все, що підходить*

1. Так. Я відчув/ла це на собі.
2. Так, я бачив/ла як змінювалося ставлення до інших пацієнтів.
3. Я чув/ла про такі випадки, але сам/а з таким не стикався/лася.
4. Ні, такого не було.
5. Не знаю, не помічав/ла.
6. Інше _____

3. Чи траплялися випадки, що ставлення сусідів по палаті до Вас або інших пацієнтів змінювалося після тестування в гіршу сторону? *Відмітьте все, що підходить*

1. Так. Я відчув/ла це на собі.
2. Так, я бачив/ла як змінювалося ставлення до інших пацієнтів.
3. Я чув/ла про такі випадки, але сам/а з таким не стикався/лася.
4. Ні, такого не було.
5. Не знаю, не помічав/ла.
6. Інше _____

ДЛЯ ІНТЕРВ'ЮЕРА! ЗАВЕРШЕННЯ ІНТЕРВ'Ю

Дякую Вам, що Ви мали час детально відповісти на наші запитання. Щиро вдячні Вам за допомогу у збільшенні знань про медичні та соціальні проблеми ВІЛ/СНІДу. Ще раз дозвольте Вас запевнити, що вся надана Вами інформація є конфіденційною, не містить Ваших персональних даних та буде використовуватися в узагальненому вигляді. Чи є у Вас запитання до мене?

ОЦІНКА ІНТЕРВ'Ю: (*вказіть тільки один варіант відповіді*)

1. Респондент зрозумів всі питання, відповідав без проблем
2. У респондента були проблеми з розумінням декількох питань, але відповіді були коректними
3. У респондента були проблеми з розумінням багатьох питань, дані можуть бути некоректними
4. Респондент не мав бажання давати відповіді, дані можуть не відповідати дійсності

Область опитування:

Кіровоградська..... 1
 Луганська..... 2
 Миколаївська..... 3
 Сумська..... 4
 Івано-Франківська..... 5

Код закладу охорони здоров'я
*(оберіть код з переліку
 протитуберкульозних ЛПЗ)*

Відділення:

Амбулаторне 1
 Стационарне 2

ГАЙД
для проведення глибинних інтерв'ю з лікарями
протитуберкульозних закладів охорони здоров'я,
які залучені до надання послуг з ДКТ на ВІЛ-інфекцію

Доброго дня!

Пропонуємо Вам взяти участь у опитуванні лікарів, які надають послуги з добровільного консультування і тестування ВІЛ-інфекції в протитуберкульозних закладах охорони здоров'я.

Це опитування проводиться на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Мета такого опитування – з'ясувати рівень доступу пацієнтів, хворих на туберкульоз, до добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, якість його проведення та подальший супровід діагностики та лікування ВІЛ-інфекції.

Ми гарантуємо Вам конфіденційність отриманої в ході нашої бесіди інформації. Ваше ім'я ніколи не буде використовуватися у зв'язку з будь-якою інформацією, яку Ви мені надасте. Наша бесіда може тривати близько 40 хвилин.

Під час інтерв'ю буде вестись диктофонний запис, стенограма якого стане основою для розробки пропозицій з удосконалення послуг з ДКТ, що надаються пацієнтам, хворим на туберкульоз. Стенограма буде розшифрована фахівцями, які письмово дали гарантію збереження конфіденційності, після чого запис буде знищено. У звіті інформацію про опитування буде узагальнено, тож визначити джерело інформації буде неможливо.

Чи згодні Ви взяти участь у такому дослідженні?

Блок 1. Знайомство. Вступна частина

1. Мене звати _____.
2. Як я можу до Вас звертатися? _____
3. Як давно Ви працюєте у сфері медицини? _____міс. _____років
4. Як давно Ви працюєте у цьому закладі? _____міс. _____років
5. Назвіть, будь ласка, свою посаду?
6. Як довго Ви працюєте на цій посаді?
7. Чи проходили Ви навчання, щодо надання послуг ДКТ на ВІЛ-інфекцію?
 - 7.1. Хто організовував таке навчання? _____
 - 7.2. Яка його тривалість? _____
 - 7.3. Чи можете Ви пригадати, які основні питання висвітлювались під час навчання? _____
 - 7.4. Чи отримали Ви сертифікат про проходження навчання?

Блок 2. Практика проведення дотестового консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію

1. Як Ви вважаєте, кому з пацієнтів, хворих на туберкульоз, доцільно проходити тестування на ВІЛ-інфекцію? Чому?
2. Кому з Ваших пацієнтів та у яких випадках Ви рекомендуєте проходити тестування на ВІЛ-інфекцію?
3. Чи створено у Вашому закладі умови для проведення ДКТ пацієнтам? Які саме?
4. Хто, зазвичай, проводить у Вашому закладі ДКТ на ВІЛ-інфекцію?
5. Якщо ні, куди, зазвичай, направляються пацієнти для проходження ДКТ на ВІЛ-інфекцію? Чи відслідковується, чи пройшов пацієнт обстеження? Яким чином?

Хто (посада) у Вашому закладі проводить дотестове консультування у зв'язку з ВІЛ-інфекцією?	Хто (посада) у Вашому закладі проводить післятестове консультування у зв'язку з ВІЛ-інфекцією?
<i>Це може бути як персонал Вашого ЗОЗ, так і позаштатні фахівці, соціальні працівники...</i>	
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

8. Чи є у пацієнта можливість обрати консультанта з ДКТ у Вашому закладі?

ТАК →	Яким чином це відбувається – розкажіть, які кроки має зробити пацієнт, щоб змінити консультанта.
НІ →	Чому?

9. Тестування відбувається в якісь певні дні?
10. Чи потрібно пацієнтам попередньо домовлятися про його проходження?
11. Скільки пацієнт очікує результат тестування? Чи залежить термін очікування від результату тесту (наприклад, довше доводиться очікувати при позитивному результаті)?
12. Опишіть, будь ласка, приміщення, в якому проводиться дотестове консультування на ВІЛ-інфекцію у Вашому закладі:
 - Чи це окрема непрохідна кімната?
 - Чи є місце для очікування пацієнтів? Пацієнти приходять за попереднім записом чи всі сидять в одному приміщенні, очікуючи своєї черги. Як дотримується інфекційний контроль при цьому?
 - Чи є в місці для очікування пацієнтів інформаційна література з питань ВІЛ/СНІДу?
13. Де знаходиться кабінет для забору крові на ВІЛ-інфекцію? Як далеко це від приміщення, де проводиться дотестове консультування? Чи здійснюється супровід пацієнта лікарем, який проводив дотестове консультування, до маніпуляційного кабінету? Чи хворий йде сам?
14. Який алгоритм передачі зразків крові в лабораторію? Хто відповідальний? Яким чином це відбувається? Як довго доводиться чекати результатів тестування?

15. Чи проводите безпосередньо Ви дотестове консультування?

ТАК	
НІ →	Чому? <i>Переходьте до Блоку 3</i>

16. Про що саме Ви говорите з пацієнтом під час дотестового консультування? Які питання ви висвітлюєте?

16.1. Яка, зазвичай, тривалість дотестового консультування?	16.2. Як Ви вважаєте, якою повинна бути тривалість дотестового консультування?
_____ хв.	_____ хв.

17. Чи пропонуєте Ви пацієнтам за результатами дотестового консультування підписати поінформовану згоду про проходження тестування на ВІЛ-інфекцію?

ТАК
НІ

18. Якщо пацієнт не згоден підписувати інформовану згоду, що Ви робите в такому випадку?

19. Чи бувають випадки, коли пацієнти відмовляються від тестування на ВІЛ-інфекцію після дотестового консультування? Як часто? Як Ви вважаєте, з чим це пов'язано?

20. Скільки в середньому на тиждень/місяць/рік Ви проводите дотестових консультувань на ВІЛ-інфекцію?

(впишіть один із варіантів)

_____ разів на тиждень
_____ разів на місяць
_____ разів на рік

21. Чи призначається ДКТ хворим на ТБ 4 категорії? Яким є критерій, кому призначають, а кому ні? Якщо призначають то коли, відразу, чи згодом через певний термін?

Блок 3. Практика післятестового консультування

1. У яких випадках пацієнтам проводиться післятестове консультування?
2. Як/ким пацієнти запрошуються на післятестове консультування?
3. Дотестове та післятестове консультування проводиться одним фахівцем чи це можуть бути різні люди?
4. Чи проводите безпосередньо Ви післятестове консультування?
5. Яким є зміст післятестової консультації? Які питання висвітлюються?
6. Які рекомендації та призначення робляться пацієнтам під час післятестового консультування?
 - 6.1. У випадку позитивного результату тестування на ВІЛ-інфекцію? (*Модератор, не зачитуйте відповіді. Позначте ті, які були названі респондентом*)
 - Підписання документа щодо інформування про ВІЛ- статус
 - Консультація інфекціоніста
 - Направлення на підтверджувальне тестування на ВІЛ-інфекцію
 - Обговорення ризикованої поведінки
 - Призначається профілактичне лікування котримаксозолом
 - Направлення в СНІД-центр для постановки на диспансерний облік
 - Направлення в інші заклади охорони здоров'я (які саме?)
 - Направлення до громадських організацій/груп взаємодопомоги
 - Інше, що саме _____

6.2. У разі сумнівного результату тестування на ВІЛ-інфекцію? (Модератор, не зачитуйте відповіді. Позначте ті, які були названі респондентом)

- Дотримання безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки
- Консультація інфекціоніста
- Направлення на підтверджувальне тестування на ВІЛ-інфекцію
- Обговорення ризикованої поведінки
- Призначається профілактичне лікування котримаксозолом
- Направлення в СНІД центр для постановки на облік
- Направлення в інші заклади охорони здоров'я (які саме?)
- Направлення до громадських організацій/груп взаємодопомоги
- Інше, що саме _____
- Про шляхи передачі ВІЛ

6.3. У разі негативного результату тестування на ВІЛ-інфекцію? (Модератор, не зачитуйте відповіді. Позначте ті, які були названі респондентом)

- Надання довідки про тестування
- Періодичність обстеження на ВІЛ-інфекцію
- Дотримання безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки
- Інше, що саме _____

Блок 4. Алгоритм дій медичного персоналу в проведенні ДКТ на ВІЛ-інфекцію та подальший супровід пацієнта.

1. Яким є алгоритм дій після виявлення негативного результату тесту на ВІЛ-інфекцію у хворого на ТБ?
2. В яких умовах та кому проводиться післятестове консультування?
3. Якщо у пацієнта ВІЛ-негативний результат тесту, на Вашу думку, через який час (з якою кратністю), необхідно проводити наступне ДКТ на ВІЛ-інфекцію і чи потрібно взагалі? Як часто Ви проводите ДКТ на ВІЛ-інфекцію пацієнтам з негативним статусом?
4. Яким є алгоритм дій у Вас з пацієнтом, хворим на ТБ, починаючи від дати призначення скринінгового тестування – виявленням позитивного результату тесту → Ваші наступні дії?

(Модератор, не зачитуйте відповіді, відзначте наявність/відсутність кожної з наступної ланок, з'ясуйте хто відповідальний за кожну з ланок та які строки, періоди часу проходять між цими ланками):

- Проведення дотестового консультування
- Призначення скринінгового досліджування Т (швидкий тест або ІФА)
- Проведення тестування (швидкий тест або ІФА)
- Отримання результату (швидкий тест або ІФА)
- Проведення післятестового консультування (у випадку використання швидких тестів)
- Призначення та проведення повторного тестування методом ІФА у разі позитивного результату швидкого тесту
- Проведення верифікаційного дослідження при отриманні позитивного результату при скринінговому дослідженні методом ІФА
- Отримання результату підтверджувального (верифікаційного) досліджування
- Проведення післятестового консультування
- Консультація інфекціоніста/лікаря СНІД центру
- Другий забір крові для ідентифікації діагнозу ВІЛ-інфекції
- Постановка на облік
- Призначення клініко-лабораторного обстеження
- Призначення АРТ

5. Якщо у пацієнта виявлено ВІЛ-позитивний статус, як багато часу проходить між скринінговим і верифікаційним досліджуваннями ?
6. В яких випадках Ви запрошуєте представників СНІД-служби? В яких випадках направляєте пацієнта до СНІД служби, у питаннях АРВ терапії?
7. Чи призначається пацієнтам з ТБ/ВІЛ АРТ у Вашому закладі? Якщо АРТ не призначається у Вашому закладі, яким чином організовується лікування ВІЛ-позитивних пацієнтів? Чи виникають складності під час роботи з такими пацієнтами? Якщо «так» розкажіть детальніше, в чому саме вони полягають.
8. Чи знаєте Ви критерії призначення АРТ? Які?
9. Чи здійснюється соціальний супровід пацієнта з ВІЛ-позитивним статусом ? Яким чином? Хто відповідальний?
10. Як Ви вважаєте, якщо у пацієнта, хворого на ТБ, підтверджено негативний результат тестування на ВІЛ-інфекцію, якою повинна бути подальша періодичність обстеження його на наявність ВІЛ-інфекції?
11. Чи бували випадки, коли до Журналу реєстрації добровільного до та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію інформація не вносилась? Чи вносилась частково? Вносилась постфактум?
12. Чи у Вашому закладі є лікар-інфекціоніст?
13. Якщо ні, а в пацієнта виявлений ВІЛ-позитивний статус, як швидко Ви запрошуєте лікаря-інфекціоніста з СНІД центру/інших ЛПЗ служби СНІДу?
14. Чи існує у Вашій установі очікування на інфекціоніста? В який термін інфекціоніст приходить до Вашої установи?
15. Чи відправляєте пацієнта до СНІД центру/інших ЛПЗ служби СНІДу? Від чого це залежить? Хто за цим слідкує?
16. Чи відслідковуєте ви доходження пацієнта до СНІД центру? Яким чином?
17. Чи є взаємодія між Вашим закладом та СНІД центром/іншим ЛПЗ служби СНІДу з приводу супроводу пацієнта з ко-інфекції ТБ/ВІЛ? Чи це інституціональна взаємодія, чи в індивідуальному порядку між деякими лікарями? Розкажіть, яким чином Ви співпрацюєте?
18. Якщо здійснюєте супровід, яким чином?
 - Перенаправляєте до СНІД-центру?
 - Запрошуєте інфекціоніста з СНІД-центру до тубдиспансеру?
 - Інше, яким чином?
19. Чи направляєте Ви пацієнта до СНІД-центру/інших ЛПЗ служби СНІДу? Чи відслідковуєте Ви, чи пацієнт став на облік у СНІД-центрі/інший ЛПЗ служби СНІДу, чи відвідує його?
20. Чи знаєте Ви про обсяг клініко-лабораторних досліджень, що були проведені пацієнту з ТБ/ВІЛ, при взятті його на облік у СНІД-центр/інший ЛПЗ служби СНІДу та перед призначенням АРТ.
21. Чи здійснюється контроль за прийманням АРТ? Яким чином відстежується режим прийому АРТ? Який лікар це здійснює?
22. Чи є серед Ваших пацієнтів такі, що приймають ЗПТ? Чи відстежується лікуючим лікарем режим прийому ЗПТ? Чи виникають складності під час роботи з такими пацієнтами? Якщо «так», розкажіть детальніше, в чому саме вони полягають. Чи проявляєте Ви прихильність у Вашому закладі до ЗПТ?

Блок 5. Співпраця з НУО. Конфіденційність. Рекомендації з удосконалення ДКТ

1. Чи є на території Вашого закладу громадські організації, що надають допомогу хворим на ТБ/ВІЛ? Які саме послуги надають такі організації? Чи сприяє можливість отримати додаткові послуги в громадських організаціях дотриманню прихильності до лікування у пацієнтів, хворих на ВІЛ/ТБ? Яким чином? Як Ви вважаєте, наскільки актуальною для пацієнтів у Вашому закладі є побоювання стигматизації, негативного ставлення з боку персоналу у зв'язку із діагнозом ВІЛ-інфекція?
2. Які існують бар'єри у пацієнтів для проходження ДКТ на ВІЛ-інфекцію? В чому полягають?
3. Чи зберігається конфіденційність при післятестовому консультуванні? Що, саме Ви робите для зберігання конфіденційності?
4. Як зберігається медична документація у Вашому закладі? Хто має доступ до медичної документації? Хто слідкує за зберіганням медичної документації?
5. Хто з персоналу Вашого закладу володіє інформацією про ВІЛ-статус пацієнта? Яким чином організовано передачу такої інформації між персоналом?
6. Як Ви вважаєте, кому з медичного персоналу необхідно володіти інформацією про ВІЛ-статус пацієнта? Чому?
7. Чи бували випадки, коли інформація про ВІЛ-статус пацієнта ставала доступною для інших пацієнтів протитуберкульозного диспансеру? Якщо так, то чи змінювалась поведінка та ставлення пацієнтів до ВІЛ-інфікованого?
8. Які кроки, на Вашу думку, можна було б здійснити для підвищення доступу пацієнтів з ТБ до тестування на ВІЛ-інфекцію у Вашому закладі?
9. Чи є випадки що пацієнт не стає на облік до СНІД-центру/іншого ЛПЗ служби СНІДу? Як Ви вважаєте які причини цього? Як Ви вважаєте, яким чином можна мотивувати пацієнта, у якого виявлений ВІЛ-позитивний статус, стати на облік в центр СНІДу/інший ЛПЗ служби СНІДу?
10. Яким чином можна покращити якість консультування? Хто, на Вашу думку, повинен займатись консультуванням та тестуванням на ВІЛ?

Частотний розподіл відповідей респондентів

Область опитування:		
	Кількість	%
Кіровоградська	70	11,65%
Луганська	211	35,11%
Миколаївська	136	22,63%
Сумська	73	12,15%
Івано-Франківська	111	18,47%
Всього	601	100,00%

1 Скажіть, будь ласка, де Ви проживаєте?		
	Кількість	%
Обласний центр	137	23%
Районний центр	132	22%
Селище міського типу	32	5%
Селище	23	4%
Село	156	26%
Без постійного місця проживання	4	1%
Місто обласного підпорядкування	102	17%
Немає відповіді	15	2%
Всього	601	100,00%

2. Інтерв'юєре, відмітьте стать респондента:		
	Кількість	%
Чоловіча	416	69,22%
Жіноча	185	30,78%
Всього	601	100,00%

3. Ваш вік: _____ (повних років)		
	Кількість	%
17	1	0,17%
18	7	1,17%
19	3	0,50%
20	4	0,67%
21	4	0,67%
22	4	0,67%
23	9	1,50%
24	10	1,66%
25	11	1,83%
26	18	3,00%
27	19	3,16%
28	9	1,50%
29	14	2,33%

30	13	2,16%
31	14	2,33%
32	25	4,16%
33	14	2,33%
34	17	2,83%
35	18	3,00%
36	16	2,66%
37	10	1,66%
38	21	3,49%
39	13	2,16%
40	13	2,16%
41	13	2,16%
42	29	4,83%
43	14	2,33%
44	22	3,66%
45	14	2,33%
46	19	3,16%
47	15	2,50%
48	16	2,66%
49	18	3,00%
50	16	2,66%
51	16	2,66%
52	14	2,33%
53	12	2,00%
54	8	1,33%
55	8	1,33%
56	16	2,66%
57	9	1,50%
58	10	1,66%
59	5	0,83%
60	8	1,33%
61	4	0,67%
62	5	0,83%
63	1	0,17%
64	2	0,33%
65	1	0,17%
66	3	0,50%
67	2	0,33%
69	1	0,17%
72	1	0,17%
74	1	0,17%
75	1	0,17%
76	2	0,33%
79	1	0,17%
80	1	0,17%
82	1	0,17%
99	5	0,83%
ВСЬОГО	601	100,00%

4. Ваш сімейний стан:		
	Кількість	%
Ніколи не перебував (ла) у шлюбі	120	20%
Перебуваю в шлюбі (офіційному)	253	42%
Незареєстрований (цивільний) шлюб	94	16%
Розлучений (а) (офіційно)	101	17%
Вдівець/вдова	28	5%
Немає відповіді	5	1%
ВСЬОГО	601	100,00%

5. Ваша освіта:		
	Кількість	%
Незакінчена середня (9 класів)	93	15%
Закінчена середня (11 класів)	174	29%
Середня спеціальна (технікум)	271	45%
Незакінчена вища (бакалавр)	29	5%
Вища (магістр, спеціаліст)	33	5%
Немає відповіді	1	0%
ВСЬОГО	601	100,00%

6. Ваш рід занять		
	Кількість	%
Безробітний/на, як довго? _____	234	39%
Учень/студент	10	2%
Робітник	202	34%
Службовець	22	4%
Працівник офісу	5	1%
Приватний підприємець	3	0%
Самозайнятий	18	3%
Медичний працівник	4	1%
Непрацюючий пенсіонер	80	13%
Інше (вказіть)	1	0%
Інвалідність	11	2%
Декретна відпустка	9	1%
Немає відповіді	2	0%
ВСЬОГО	601	100,00%

Безробітний/на, як довго? _____		
	Кількість	%
1 рік	33	14%
2 роки	25	11%
3 роки	16	7%
4 роки	9	4%
5 років	15	6%
6 років	7	3%
7 років	4	2%
8 років	9	4%
9 років	5	2%

10 років	10	4%
11 років	0	0%
12 років	3	1%
13 років	2	1%
14 років	1	0%
15 років	3	1%
16 років	0	0%
17 років	1	0%
18 років	1	0%
19 років	0	0%
20 років	2	1%
0,5 року	14	6%
1-2 місяці	9	4%
3-4 місяці	9	4%
Ніколи не працював	6	3%
Інше	7	3%
ВО / Відмова від відповіді	43	18%
ВСЬОГО	234	100,00%

Інше (вказіть)		
	Кількість	%
Безробітний/на, як довго? _____	0	0,00%
Учень / студент	0	0,00%
Робітник	1	4,17%
Службовець	0	0,00%
Працівник офісу	0	0,00%
Приватний підприємець	0	0,00%
Самозайнятий	0	0,00%
Медичний працівник	0	0,00%
Непрацюючий пенсіонер	2	8,33%
Інше (вказіть)	1	4,17%
Інвалідність	11	45,83%
Декретна відпустка	9	37,50%
ВСЬОГО	24	100,00%

7. Чи є у Вас інвалідність?		
	Кількість	%
Так, інвалідність I групи	6	1%
Так, інвалідність II групи	86	14%
Так, інвалідність III групи	49	8%
Немає	426	70,88%
Оформляю	34	6%
ВСЬОГО	601	100,00%

8. Чи отримуєте Ви матеріальну підтримку(гроші, одяг, продукти харчування, медикаменти) від...	8.1. Членів Вашої родини	
	Кількість	%
Так	236	39,27%
Ні, немає необхідності	256	42,60%
Є необхідність, але немає можливості	106	17,64%
Немає відповіді	3	0,50%
ВСЬОГО	601	100,00%

8. Чи отримуєте Ви матеріальну підтримку(гроші, одяг, продукти харчування, медикаменти) від...	8.2. Державної установи	
	Кількість	%
Так	193	32,11%
Ні, немає необхідності	271	45,09%
Є необхідність, але немає можливості	134	22,30%
Немає відповіді	3	0,50%
ВСЬОГО	601	100,00%

8. Чи отримуєте Ви матеріальну підтримку(гроші, одяг, продукти харчування, медикаменти) від...	8.3. Благодійної організації	
	Кількість	%
Так	15	2,50%
Ні, немає необхідності	367	61,07%
Є необхідність, але немає можливості	210	34,94%
Немає відповіді	9	1,50%
ВСЬОГО	601	100,00%

8. Чи отримуєте Ви матеріальну підтримку(гроші, одяг, продукти харчування, медикаменти) від...	8.4. Релігійних громад / церкви	
	Кількість	%
Так	6	1,00%
Ні, немає необхідності	391	65,06%
Є необхідність, але немає можливості	195	32,45%
Немає відповіді	9	1,50%
ВСЬОГО	601	100,00%

8. Чи отримуєте Ви матеріальну підтримку(гроші, одяг, продукти харчування, медикаменти) від...	8.5. Інше (вказіть, що саме)	
	Кількість	%
Так	6	1,00%
Ні, немає необхідності	106	17,64%
Є необхідність, але немає можливості	19	3,16%
Немає відповіді	470	78,20%
ВСЬОГО	601	100,00%

9. Чи відбували Ви коли-небудь покарання в місцях позбавлення волі?		
	Кількість	%
Так, в якому році? _____	69	11,48%
Ні	515	85,69%
Відмова від відповіді (не зачитувати)	17	2,83%
ВСЬОГО	601	100,00%

1. Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ-інфекції/СНІД:	1.1. Інфікування ВІЛ можна уникнути, якщо мати секс лише з одним вірним неінфікованим партнером	
	Кількість	%
Так	533	88,69%
Ні	32	5,32%
Не знаю	20	3,33%
Важко відповісти	16	2,66%
ВСЬОГО	601	100,00%

1. Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ-інфекції/СНІД:	1.2. Інфікування ВІЛ можна уникнути, якщо правильно використовувати презерватив під час кожного статевого контакту	
	Кількість	%
Так	520	86,52%
Ні	38	6,32%
Не знаю	26	4,33%
Важко відповісти	17	2,83%
ВСЬОГО	601	100,00%

1. Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ-інфекції/СНІД:	1.3. Людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ	
	Кількість	%
Так	505	84,03%
Ні	41	6,82%
Не знаю	36	5,99%
Важко відповісти	19	3,16%
ВСЬОГО	601	100,00%

1. Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ-інфекції/СНІД:	1.4. ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комарів	
	Кількість	%
Так	147	24,46%
Ні	327	54,41%
Не знаю	100	16,64%
Важко відповісти	27	4,49%
ВСЬОГО	601	100,00%

1. Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ-інфекції/СНІД:	1.5. Людина може заразитися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	
	Кількість	%
Так	142	23,63%
Ні	374	62,23%
Не знаю	61	10,15%
Важко відповісти	24	3,99%
ВСЬОГО	601	100,00%

1. Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ-інфекції/СНІД:	1.6. Людина може заразитися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою особою туалетом, басейном, сауною	
	Кількість	%
Так	144	23,96%
Ні	356	59,24%
Не знаю	71	11,81%
Важко відповісти	30	4,99%
ВСЬОГО	601	100,00%

1. Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ-інфекції/СНІД:	1.7. ВІЛ-інфекцією можна заразитися, користуючись голкою для ін'єкцій, яка була використана іншою людиною	
	Кількість	%
Так	568	94,51%
Ні	15	2,50%
Не знаю	12	2,00%
Важко відповісти	6	1,00%
ВСЬОГО	601	100,00%

1. Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ-інфекції/СНІД:	1.8. ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності	
	Кількість	%
Так	478	79,53%
Ні	42	6,99%
Не знаю	51	8,49%
Важко відповісти	30	4,99%
ВСЬОГО	601	100,00%

1. Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ-інфекції/СНІД:	1.9. ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при пологах	
	Кількість	%
Так	450	74,88%
Ні	40	6,66%
Не знаю	73	12,15%
Важко відповісти	38	6,32%
ВСЬОГО	601	100,00%

1. Наскільки Ви згодні з такими твердженнями стосовно ВІЛ-інфекції/СНІД:	1.10. ВІЛ-інфекція може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини при годуванні дитини грудьми	
	Кількість	%
Так	343	57,07%
Ні	107	17,80%
Не знаю	110	18,30%
Важко відповісти	41	6,82%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?	2.1. Проживання по сусідству з ВІЛ-інфікованою людиною	
	Кількість	%
Так	302	50,25%
Ні	254	42,26%
Важко відповісти	45	7,49%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?	2.2. Якщо хтось із колег по роботі є ВІЛ-інфікованим	
	Кількість	%
Так	320	53,25%
Ні	245	40,77%
Важко відповісти	36	5,99%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?	2.3. У випадку численних незахищених сексуальних контактів	
	Кількість	%
Так	556	92,51%
Ні	28	4,66%
Важко відповісти	17	2,83%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?	2.4. У разі встановлення діагнозу «туберкульоз»	
	Кількість	%
Так	525	87,35%
Ні	50	8,32%
Важко відповісти	26	4,33%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?	2.5. У разі підозри на туберкульоз	
	Кількість	%
Так	471	78,37%
Ні	84	13,98%
Важко відповісти	46	7,65%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?	2.6. У разі виявлення вірусних гепатитів В або С	
	Кількість	%
Так	486	80,87%
Ні	50	8,32%
Важко відповісти	65	10,82%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?	2.7. Усім членам родини, якщо у когось в родині виявили ВІЛ	
	Кількість	%
Так	507	84,36%
Ні	64	10,65%
Важко відповісти	30	4,99%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?	2.8. Хворим на алкоголізм	
	Кількість	%
Так	344	57,24%
Ні	177	29,45%
Важко відповісти	80	13,31%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?	2.9. Безхатченкам	
	Кількість	%
Так	436	72,55%
Ні	106	17,64%
Важко відповісти	59	9,82%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?	2.10. Перед хірургічним втручанням (операцією)	
	Кількість	%
Так	552	91,85%
Ні	31	5,16%
Важко відповісти	18	3,00%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?	2.11. Жінці під час вагітності	
	Кількість	%
Так	553	92,01%
Ні	26	4,33%
Важко відповісти	22	3,66%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?	2.12. Чоловіку/сексуальному партнеру вагітної жінки	
	Кількість	%
Так	534	88,85%
Ні	31	5,16%
Важко відповісти	36	5,99%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?	2.13. Усім слід проходити тестування на ВІЛ – кожен має знати свій ВІЛ-статус	
	Кількість	%
Так	535	89,02%
Ні	29	4,83%
Важко відповісти	37	6,16%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Як Ви вважаєте, у яких випадках людині слід рекомендувати пройти обстеження на ВІЛ?	2.14. Тим, хто вживає наркотики ін'єкційним шляхом	
	Кількість	%
Так	583	97,01%
Ні	7	1,17%
Важко відповісти	11	1,83%
ВСЬОГО	601	100,00%

3. Як Ви вважаєте, навіщо людині знати свій ВІЛ-статус? (Оберіть найголовніший, на Вашу думку, фактор із перерахованих)		
	Кількість	%
Щоб запобігти інфікуванню інших людей	417	69,38%
Щоб отримати медичну допомогу щодо лікування ВІЛ	122	20,30%
Щоб призначити правильне лікування інших хвороб	30	4,99%
Щоб отримати соціальну допомогу від держави або громадських організацій	12	2,00%
Інше, що саме	13	2,16%
Всі перераховані фактори важливі	7	1,17%
Немає відповіді	0	0,00%
ВСЬОГО	601	100,00%

4. Чи знаєте Ви, де у населеному пункті, в якому Ви проживаєте, можна пройти, безкоштовне тестування на ВІЛ?		
	Кількість	%
Так	403	67,06%
Ні	198	32,95%
ВСЬОГО	601	100,00%

5. Звідки Ви отримали таку інформацію? Оберіть усі слушні відповіді		
	Кількість	%
Із засобів масової інформації (телебачення, газети)	71	17,62%
Від знайомих, родичів	116	28,78%
Від медичних працівників	250	62,04%
Від працівників громадських організацій	11	2,73%
Інше, що саме	0	0,00%
Немає відповіді	3	0,74%
ВСЬОГО	403	100,00%

6. Як Ви вважаєте, що є необхідною умовою проходження обстеження на ВІЛ?	6.1. Отримання направлення на тестування від лікаря або іншої уповноваженої особи	
	Кількість	%
Так	351	58,40%
Ні	191	31,78%
Важко відповісти	59	9,82%
ВСЬОГО	601	100,00%

6. Як Ви вважаєте, що є необхідною умовою проходження обстеження на ВІЛ?	6.2. Надання пацієнтом письмової поінформованої згоди на проходження обстеження на ВІЛ	
	Кількість	%
Так	485	80,70%
Ні	72	11,98%
Важко відповісти	44	7,32%
ВСЬОГО	601	100,00%

6. Як Ви вважаєте, що є необхідною умовою проходження обстеження на ВІЛ?	6.3. Дотестова консультація пацієнту з інформацією про ВІЛ та специфіку обстеження	
	Кількість	%
Так	485	80,70%
Ні	57	9,48%
Важко відповісти	59	9,82%
ВСЬОГО	601	100,00%

6. Як Ви вважаєте, що є необхідною умовою проходження обстеження на ВІЛ?	6.4. Надання особистої інформації про себе (паспортні дані)	
	Кількість	%
Так	235	39,10%
Ні	282	46,92%
Важко відповісти	84	13,98%
ВСЬОГО	601	100,00%

6. Як Ви вважаєте, що є необхідною умовою проходження обстеження на ВІЛ?	6.5. Оплата послуг з тестування	
	Кількість	%
Так	33	5,49%
Ні	478	79,53%
Важко відповісти	90	14,98%
ВСЬОГО	601	100,00%

7. Як часто людині з ВІЛ-негативним статусом, хворій на туберкульоз, доцільно проходити тестування на ВІЛ? Одна відповідь

	Кількість	%
Один раз протягом життя	26	4,33%
Двічі протягом життя	26	4,33%
Раз на півроку	286	47,59%
Раз на рік	213	35,44%
Взагалі немає потреби в проходженні тестування на ВІЛ	10	1,66%
Інше, що саме	12	2,00%
Раз у 3 місяці	6	1,00%
Важко відповісти	22	3,66%
ВСЬОГО	601	100,00%

8. Як Ви вважаєте, кому було б доцільно знати про ВІЛ-позитивний статус особи, у разі його виявлення?**8.1. Нікому. Це особиста справа кожного**

	Кількість	%
Так	338	56,24%
Ні	174	28,95%
Важко відповісти	89	14,81%
ВСЬОГО	601	100,00%

8. Як Ви вважаєте, кому було б доцільно знати про ВІЛ-позитивний статус особи, у разі його виявлення?**8.2. Близьким родичам**

	Кількість	%
Так	461	76,71%
Ні	98	16,31%
Важко відповісти	42	6,99%
ВСЬОГО	601	100,00%

8. Як Ви вважаєте, кому було б доцільно знати про ВІЛ-позитивний статус особи, у разі його виявлення?**8.3. Статевим партнерам**

	Кількість	%
Так	524	87,19%
Ні	46	7,65%
Важко відповісти	31	5,16%
ВСЬОГО	601	100,00%

8. Як Ви вважаєте, кому було б доцільно знати про ВІЛ-позитивний статус особи, у разі його виявлення?**8.4. При зарахуванні на роботу**

	Кількість	%
Так	224	37,27%
Ні	309	51,41%
Важко відповісти	68	11,31%
ВСЬОГО	601	100,00%

8. Як Ви вважаєте, кому було б доцільно знати про ВІЛ-позитивний статус особи, у разі його виявлення?**8.5. Лікуючому лікарю**

	Кількість	%
Так	499	83,03%
Ні	74	12,31%
Важко відповісти	28	4,66%
ВСЬОГО	601	100,00%

8. Як Ви вважаєте, кому було б доцільно знати про ВІЛ-позитивний статус особи, у разі його виявлення?	8.6. Усім медичним працівникам, які залучені до надання медичної допомоги пацієнту	
	Кількість	%
Так	377	62,73%
Ні	169	28,12%
Важко відповісти	55	9,15%
ВСЬОГО	601	100,00%

8. Як Ви вважаєте, кому було б доцільно знати про ВІЛ-позитивний статус особи, у разі його виявлення?	8.7. Тільки тим лікарям, які надають хірургічну допомогу ВІЛ-позитивному пацієнту	
	Кількість	%
Так	507	84,36%
Ні	52	8,65%
Важко відповісти	42	6,99%
ВСЬОГО	601	100,00%

8. Як Ви вважаєте, кому було б доцільно знати про ВІЛ-позитивний статус особи, у разі його виявлення?	8.8. Тільки тим лікарям, які залучені до призначення АРТ	
	Кількість	%
Так	445	74,04%
Ні	61	10,15%
Важко відповісти	95	15,81%
ВСЬОГО	601	100,00%

1. Чи брали у Вас коли-небудь кров для обстеження на ВІЛ?		
	Кількість	%
Так	583	97,01%
Ні	18	3,00%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Чи були випадки, коли Вашу кров обстежували на ВІЛ, не запитавши Вашої попередньої згоди на це?		
	Кількість	%
Так	26	4,46%
Ні	557	95,54%
ВСЬОГО	583	100,00%

3. Спробуйте згадати, скільки разів протягом життя Ви проходили обстеження на ВІЛ?

	<i>разів</i>	Кількість	%
1		113	19,38%
2		169	28,99%
3		107	18,35%
4		58	9,95%
5		40	6,86%
6		12	2,06%
7		10	1,72%
8		4	0,69%
9		1	0,17%
10		23	3,95%
11		1	0,17%
12		3	0,52%
15		5	0,86%
16		1	0,17%
20		9	1,54%
23		1	0,17%
46		1	0,17%
Немає відповіді		25	4,29%
ВСЬОГО		583	100,00%

4. Скільки разів Ви приходили дізнатися про результат такого обстеження?

	<i>разів</i>	Кількість	%
0		25	4,29%
1		105	18,01%
2		160	27,44%
3		102	17,50%
4		54	9,26%
5		36	6,18%
6		11	1,89%
7		9	1,54%
8		4	0,69%
9		1	0,17%
10		21	3,60%
11		1	0,17%
12		3	0,52%
15		5	0,86%
16		1	0,17%
20		7	1,20%
46		1	0,17%
Немає відповіді		37	6,35%
ВСЬОГО		583	100,00%

5. В яких із перерахованих нижче ситуаціях Вам пропонували пройти обстеження на ВІЛ?		
	Кількість	%
У зв'язку із встановленням діагнозу «туберкульоз»	577	96,01%
У зв'язку із вагітністю (для жінок)	69	11,48%
У зв'язку з досвідом вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	28	4,66%
У зв'язку з ув'язненням/засудженням	52	8,65%
При здачі крові або інших біологічних рідин в якості донора	70	11,65%
У зв'язку зі статусом призовника або абітурієнта військового закладу (для чоловіків)	49	8,15%
При оформленні на роботу	81	13,48%
При виїзді за кордон	29	4,83%
У зв'язку з місцем роботи (у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад, тощо)	33	5,49%
Під час масових інформаційно-просвітницьких кампаній, вуличних акцій тощо	36	5,99%
У зв'язку із випадками незахищених сексуальних контактів	100	16,64%
Інше, вкажіть, що саме	2	0,33%
Перед операцією	8	1,33%
Немає відповіді	9	1,50%
ВСЬОГО	601	100,00%

7.1. Чи погодилися Ви пройти тестування на ВІЛ?	7.1.1. У зв'язку з встановленням діагнозу «туберкульоз»	
	Кількість	%
Так	570	98,79%
Ні	7	1,21%
ВСЬОГО	577	100,00%

7.1. Чи погодилися Ви пройти тестування на ВІЛ?	7.1.2. У зв'язку із вагітністю (для жінок)	
	Кількість	%
Так	65	94,20%
Ні	4	5,80%
ВСЬОГО	69	100,00%

7.1. Чи погодилися Ви пройти тестування на ВІЛ?	7.1.3. У зв'язку з досвідом вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	
	Кількість	%
Так	14	50,00%
Ні	14	50,00%
ВСЬОГО	28	100,00%

7.1. Чи погодилися Ви пройти тестування на ВІЛ?	7.1.4. У зв'язку з ув'язненням/засудженням	
	Кількість	%
Так	39	75,00%
Ні	13	25,00%
ВСЬОГО	52	100,00%

7.1. Чи погодилися Ви пройти тестування на ВІЛ?	7.1.5. При здачі крові або інших біологічних рідин як донора	
	Кількість	%
Так	58	82,86%
Ні	12	17,14%
ВСЬОГО	70	100,00%

7.1. Чи погодилися Ви пройти тестування на ВІЛ?	7.1.6. У зв'язку зі статусом призвника або абітурієнта військового закладу (для чоловіків)	
	Кількість	%
Так	39	79,59%
Ні	10	20,41%
ВСЬОГО	49	100,00%

7.1. Чи погодилися Ви пройти тестування на ВІЛ?	7.1.7. При оформленні на роботу	
	Кількість	%
Так	74	91,36%
Ні	7	8,64%
ВСЬОГО	81	100,00%

7.1. Чи погодилися Ви пройти тестування на ВІЛ?	7.1.8. При виїзді за кордон	
	Кількість	%
Так	18	62,07%
Ні	11	37,93%
ВСЬОГО	29	100,00%

7.1. Чи погодилися Ви пройти тестування на ВІЛ?	7.1.9. У зв'язку з місцем роботи (у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад, тощо)	
	Кількість	%
Так	22	66,67%
Ні	11	33,33%
ВСЬОГО	33	100,00%

7.1. Чи погодилися Ви пройти тестування на ВІЛ?	7.1.10. Під час масових інформаційно-просвітницьких кампаній, вуличних акцій тощо	
	Кількість	%
Так	23	63,89%
Ні	13	36,11%
ВСЬОГО	36	100,00%

7.1. Чи погодилися Ви пройти тестування на ВІЛ?	7.1.11. У зв'язку із випадками незахищених сексуальних контактів	
	Кількість	%
Так	86	86,00%
Ні	14	14,00%
ВСЬОГО	100	100,00%

7.1. Чи погодилися Ви пройти тестування на ВІЛ?	7.1.12. Інше, вкажіть, що саме	
	Кількість	%
Так	6	60,00%
Ні	4	40,00%
ВСЬОГО	10	100,00%

7.2. Я не запитую Вас про результат, але чи знаєте Ви самі результат цього тестування?	7.2.1. У зв'язку з встановленням діагнозу «туберкульоз»	
	Кількість	%
Так	557	97,72%
Ні	11	1,93%
Очікую результат	2	0,35%
ВСЬОГО	570	100,00%

7.2. Я не запитую Вас про результат, але чи знаєте Ви самі результат цього тестування?	7.2.2. У зв'язку із вагітністю (для жінок)	
	Кількість	%
Так	64	98,46%
Ні	1	1,54%
Очікую результат	0	0,00%
ВСЬОГО	65	100,00%

7.2. Я не запитую Вас про результат, але чи знаєте Ви самі результат цього тестування?	7.2.3. У зв'язку з досвідом вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	
	Кількість	%
Так	12	85,71%
Ні	2	14,29%
Очікую результат	0	0,00%
ВСЬОГО	14	100,00%

7.2. Я не запитую Вас про результат, але чи знаєте Ви самі результат цього тестування?	7.2.4. У зв'язку з ув'язненням/засудженням	
	Кількість	%
Так	39	100,00%
Ні	0	0,00%
Очікую результат	0	0,00%
ВСЬОГО	39	100,00%

7.2. Я не запитую Вас про результат, але чи знаєте Ви самі результат цього тестування?	7.2.5. При здачі крові або інших біологічних рідин як донора	
	Кількість	%
Так	58	100,00%
Ні	0	0,00%
Очікую результат	0	0,00%
ВСЬОГО	58	100,00%

7.2. Я не запитую Вас про результат, але чи знаєте Ви самі результат цього тестування?	7.2.6. У зв'язку зі статусом призвника або абітурієнта військового закладу (для чоловіків)	
	Кількість	%
Так	38	97,44%
Ні	1	2,56%
Очікую результат	0	0,00%
ВСЬОГО	39	100,00%

7.2. Я не запитую Вас про результат, але чи знаєте Ви самі результат цього тестування?	7.2.7. При оформленні на роботу	
	Кількість	%
Так	72	97,30%
Ні	2	2,70%
Очікую результат	0	0,00%
ВСЬОГО	74	100,00%

7.2. Я не запитую Вас про результат, але чи знаєте Ви самі результат цього тестування?	7.2.8. При виїзді за кордон	
	Кількість	%
Так	18	100,00%
Ні	0	0,00%
Очікую результат	0	0,00%
ВСЬОГО	18	100,00%

7.2. Я не запитую Вас про результат, але чи знаєте Ви самі результат цього тестування?	7.2.9. У зв'язку з місцем роботи (у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад, тощо)	
	Кількість	%
Так	22	100,00%
Ні	0	0,00%
Очікую результат	0	0,00%
ВСЬОГО	22	100,00%

7.2. Я не запитую Вас про результат, але чи знаєте Ви самі результат цього тестування?	7.2.10. Під час масових інформаційно-просвітницьких кампаній, вуличних акцій тощо	
	Кількість	%
Так	23	100,00%
Ні	0	0,00%
Очікую результат	0	0,00%
ВСЬОГО	23	100,00%

7.2. Я не запитую Вас про результат, але чи знаєте Ви самі результат цього тестування?	7.2.11. У зв'язку із випадками незахищених сексуальних контактів	
	Кількість	%
Так	86	100,00%
Ні	0	0,00%
Очікую результат	0	0,00%
ВСЬОГО	86	100,00%

7.2. Я не запитую Вас про результат, але чи знаєте Ви самі результат цього тестування?	7.2.12. Інше, вкажіть, що саме	
	Кількість	%
Так	6	100,00%
Ні	0	0,00%
Очікую результат	0	0,00%
ВСЬОГО	6	100,00%

7.3. У зв'язку з чим Ви не погодилися тоді на тестування?Оберіть усі слушні відповіді	7.3.1. У зв'язку з встановленням діагнозу «туберкульоз»	
	Кількість	%
Страх отримати позитивний результат	1	14,29%
Впевненість у тому, що я не можу бути ВІЛ-позитивним/ою	2	28,57%
Недовіра людині, яка пропонувала пройти тестування	0	0,00%
Необхідність тривалого очікування результату	0	0,00%
Необхідність ще кудись іти для здачі крові	0	0,00%
Нерозуміння навіщо мені знати мій ВІЛ-статус	0	0,00%
Інше, вкажіть, що саме	0	0,00%
Не вживаю наркотики	0	0,00%
Не був/ла засуджений/на	0	0,00%
Не був/ла донором	0	0,00%
Не виїжджав/ла за кордон	0	0,00%
Не працював у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад тощо)	0	0,00%
Немає відповіді	4	57,14%
ВСЬОГО	7	100,00%

7.3. У зв'язку з чим Ви не погодилися тоді на тестування?Оберіть усі слушні відповіді	7.3.2. У зв'язку із вагітністю (для жінок)	
	Кількість	%
Страх отримати позитивний результат	1	25,00%
Впевненість у тому, що я не можу бути ВІЛ-позитивним/ою	0	0,00%
Недовіра людині, яка пропонувала пройти тестування	0	0,00%
Необхідність тривалого очікування результату	0	0,00%
Необхідність ще кудись іти для здачі крові	0	0,00%
Нерозуміння навіщо мені знати мій ВІЛ-статус	1	25,00%
Інше, вкажіть, що саме	0	0,00%
Не вживає наркотики	0	0,00%
Не був/ла засуджений/на	0	0,00%
Не був/ла донором	0	0,00%
Не виїжджав/ла за кордон	0	0,00%
Не працював/ла у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад тощо)	0	0,00%
Немає відповіді	2	50,00%
ВСЬОГО	4	100,00%

7.3. У зв'язку з чим Ви не погодилися тоді на тестування?Оберіть усі слушні відповіді	7.3.3. У зв'язку з досвідом вживання наркотиків ін'єкційним шляхом	
	Кількість	%
Страх отримати позитивний результат	0	0,00%
Впевненість у тому, що я не можу бути ВІЛ-позитивним/ою	0	0,00%
Недовіра людині, яка пропонувала пройти тестування	0	0,00%
Необхідність тривалого очікування результату	0	0,00%
Необхідність ще кудись іти для здачі крові	0	0,00%
Нерозуміння навіщо мені знати мій ВІЛ-статус	1	7,14%
Інше, вкажіть, що саме	0	0,00%
Не вживаю наркототики	11	78,57%
Не був/ла засуджений/на	0	0,00%
Не був/ла донором	0	0,00%
Не виїжджав/ла за кордон	0	0,00%
Не працював у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад тощо)	0	0,00%
Немає відповіді	2	14,29%
ВСЬОГО	14	100,00%

7.3. У зв'язку з чим Ви не погодилися тоді на тестування?Оберіть усі слушні відповіді	7.3.4. У зв'язку з ув'язненням/засудженням	
	Кількість	%
Страх отримати позитивний результат	0	0,00%
Впевненість у тому, що я не можу бути ВІЛ-позитивним/ою	0	0,00%
Недовіра людині, яка пропонувала пройти тестування	0	0,00%
Необхідність тривалого очікування результату	0	0,00%
Необхідність ще кудись іти для здачі крові	0	0,00%
Нерозуміння навіщо мені знати мій ВІЛ-статус	0	0,00%
Інше, вкажіть, що саме	0	0,00%
Не вживаю наркототики	0	0,00%
Не був/ла засуджений/на	9	69,23%
Не був/ла донором	0	0,00%
Не виїжджав/ла за кордон	0	0,00%
Не працював у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад тощо)	0	0,00%
Немає відповіді	4	30,77%
ВСЬОГО	13	100,00%

7.3. У зв'язку з чим Ви не погодилися тоді на тестування?Оберіть усі слушні відповіді	7.3.5. При здачі крові або інших біологічних рідин як донора	
	Кількість	%
Страх отримати позитивний результат	0	0,00%
Впевненість у тому, що я не можу бути ВІЛ-позитивним/ою	0	0,00%
Недовіра людині, яка пропонувала пройти тестування	0	0,00%
Необхідність тривалого очікування результату	0	0,00%
Необхідність ще кудись їти для здачі крові	0	0,00%
Нерозуміння навіщо мені знати мій ВІЛ-статус	0	0,00%
Інше, вкажіть, що саме	0	0,00%
Не вживаю наркотики	0	0,00%
Не був/ла засуджений/на	0	0,00%
Не був/ла донором	9	75,00%
Не виїжджав/ла за кордон	0	0,00%
Не працював у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад тощо)	0	0,00%
Немає відповіді	3	25,00%
ВСЬОГО	12	100,00%

7.3. У зв'язку з чим Ви не погодилися тоді на тестування?Оберіть усі слушні відповіді	7.3.6. У зв'язку зі статусом призвника або абітурієнта військового закладу (для чоловіків)	
	Кількість	%
Страх отримати позитивний результат	0	0,00%
Впевненість у тому, що я не можу бути ВІЛ-позитивним/ою	0	0,00%
Недовіра людині, яка пропонувала пройти тестування	0	0,00%
Необхідність тривалого очікування результату	0	0,00%
Необхідність ще кудись їти для здачі крові	0	0,00%
Нерозуміння навіщо мені знати мій ВІЛ-статус	0	0,00%
Інше, вкажіть, що саме	2	20,00%
Не вживаю наркотики	0	0,00%
Не був/ла засуджений/на	0	0,00%
Не був/ла донором	0	0,00%
Не виїжджав/ла за кордон	0	0,00%
Не працював у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад тощо)	0	0,00%
Немає відповіді	8	80,00%
ВСЬОГО	10	100,00%

7.3. У зв'язку з чим Ви не погодилися тоді на тестування?Оберіть усі слушні відповіді	7.3.7. При оформленні на роботу	
	Кількість	%
Страх отримати позитивний результат	0	0,00%
Впевненість у тому, що я не можу бути ВІЛ-позитивним/ою	3	42,86%
Недовіра людині, яка пропонувала пройти тестування	0	0,00%
Необхідність тривалого очікування результату	0	0,00%
Необхідність ще кудись іти для здачі крові	0	0,00%
Нерозуміння навіщо мені знати мій ВІЛ-статус	1	14,29%
Інше, вкажіть, що саме	1	14,29%
Не вживаю наркототики	0	0,00%
Не був/ла засуджений/на	0	0,00%
Не був/ла донором	0	0,00%
Не виїжджав/ла за кордон	1	14,29%
Не працював у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад тощо)	0	0,00%
Немає відповіді	2	28,57%
ВСЬОГО	7	100,00%

7.3. У зв'язку з чим Ви не погодилися тоді на тестування?Оберіть усі слушні відповіді	7.3.8. При виїзді за кордон	
	Кількість	%
Страх отримати позитивний результат	0	0,00%
Впевненість у тому, що я не можу бути ВІЛ-позитивним/ою	1	9,09%
Недовіра людині, яка пропонувала пройти тестування	0	0,00%
Необхідність тривалого очікування результату	0	0,00%
Необхідність ще кудись іти для здачі крові	0	0,00%
Нерозуміння навіщо мені знати мій ВІЛ-статус	2	18,18%
Інше, вкажіть, що саме	7	63,64%
Не вживаю наркототики	0	0,00%
Не був/ла засуджений/на	0	0,00%
Не був/ла донором	0	0,00%
Не виїжджав/ла за кордон	7	63,64%
Не працював у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад тощо)	0	0,00%
Немає відповіді	1	9,09%
ВСЬОГО	11	100,00%

7.3. У зв'язку з чим Ви не погодилися тоді на тестування?Оберіть усі слушні відповіді	7.3.9. У зв'язку з місцем роботи (у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад, тощо)	
	Кількість	%
Страх отримати позитивний результат	0	0,00%
Впевненість у тому, що я не можу бути ВІЛ-позитивним/ою	3	27,27%
Недовіра людині, яка пропонувала пройти тестування	0	0,00%
Необхідність тривалого очікування результату	0	0,00%
Необхідність ще кудись іти для здачі крові	0	0,00%
Нерозуміння навіщо мені знати мій ВІЛ-статус	1	9,09%
Інше, вкажіть, що саме	6	54,55%
Не вживаю наркотики	0	0,00%
Не був/ла засуджений/на	0	0,00%
Не був/ла донором	0	0,00%
Не виїжджав/ла за кордон	0	0,00%
Не працював у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад тощо)	6	54,55%
Немає відповіді	1	9,09%
ВСЬОГО	11	100,00%

7.3. У зв'язку з чим Ви не погодилися тоді на тестування?Оберіть усі слушні відповіді	7.3.10. Під час масових інформаційно-просвітницьких кампаній, вуличних акцій тощо	
	Кількість	%
Страх отримати позитивний результат	0	0,00%
Впевненість у тому, що я не можу бути ВІЛ-позитивним/ою	4	30,77%
Недовіра людині, яка пропонувала пройти тестування	0	0,00%
Необхідність тривалого очікування результату	0	0,00%
Необхідність ще кудись іти для здачі крові	0	0,00%
Нерозуміння навіщо мені знати мій ВІЛ-статус	6	46,15%
Інше, вкажіть, що саме	2	15,39%
Не вживаю наркотики	0	0,00%
Не був/ла засуджений/на	0	0,00%
Не був/ла донором	0	0,00%
Не виїжджав/ла за кордон	0	0,00%
Не працював у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад тощо)	0	0,00%
Немає відповіді	1	7,69%
ВСЬОГО	13	100,00%

7.3. У зв'язку з чим Ви не погодилися тоді на тестування? Оберіть усі слушні відповіді	7.3.11. У зв'язку із випадками незахищених сексуальних контактів	
	Кількість	%
Страх отримати позитивний результат	0	0,00%
Впевненість у тому, що я не можу бути ВІЛ-позитивним/ою	8	57,14%
Недовіра людині, яка пропонувала пройти тестування	0	0,00%
Необхідність тривалого очікування результату	0	0,00%
Необхідність ще кудись іти для здачі крові	0	0,00%
Нерозуміння навіщо мені знати мій ВІЛ-статус	4	28,57%
Інше, вкажіть, що саме	0	0,00%
Не вживаю наркототики	0	0,00%
Не був/ла засуджений/на	0	0,00%
Не був/ла донором	0	0,00%
Не виїжджав/ла за кордон	0	0,00%
Не працював у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад тощо)	0	0,00%
Немає відповіді	2	14,29%
ВСЬОГО	14	100,00%

7.3. У зв'язку з чим Ви не погодилися тоді на тестування? Оберіть усі слушні відповіді	7.3.12. Інше, вкажіть, що саме	
	Кількість	%
Страх отримати позитивний результат	3	75,00%
Впевненість у тому, що я не можу бути ВІЛ-позитивним/ою	1	25,00%
Недовіра людині, яка пропонувала пройти тестування	0	0,00%
Необхідність тривалого очікування результату	0	0,00%
Необхідність ще кудись іти для здачі крові	0	0,00%
Нерозуміння навіщо мені знати мій ВІЛ-статус	0	0,00%
Інше, вкажіть, що саме	0	0,00%
Не вживаю наркототики	0	0,00%
Не був/ла засуджений/на	0	0,00%
Не був/ла донором	0	0,00%
Не виїжджав/ла за кордон	0	0,00%
Не працював у закладі охорони здоров'я, харчова промисловість, дитячий шкільний або дошкільний заклад тощо)	0	0,00%
Немає відповіді	0	0,00%
ВСЬОГО	4	100,00%

о1. Місяць Згадайте, будь ласка, коли вперше у Вас діагностували туберкульоз?		
	Кількість	%
1	45	7,49%
2	54	8,99%
3	34	5,66%
4	18	3,00%
5	27	4,49%
6	28	4,66%
7	16	2,66%
8	23	3,83%
9	43	7,16%
10	83	13,81%
11	73	12,15%
12	101	16,81%
Немає відповіді	56	9,32%
ВСЬОГО	601	100,00%

о1. Рік Згадайте, будь ласка, коли вперше у Вас діагностували туберкульоз?		
	Кількість	%
Немає відповіді	10	1,66%
1970	1	0,17%
1973	1	0,17%
1980	1	0,17%
1984	2	0,33%
1988	1	0,17%
1990	1	0,17%
1992	1	0,17%
1993	1	0,17%
1994	1	0,17%
1995	1	0,17%
1996	1	0,17%
1997	2	0,33%
1998	3	0,50%
1999	2	0,33%
2000	4	0,67%
2001	2	0,33%
2002	9	1,50%
2003	6	1,00%
2004	1	0,17%
2005	8	1,33%
2006	9	1,50%
2007	11	1,83%
2008	17	2,83%
2009	25	4,16%
2010	36	5,99%
2011	44	7,32%
2012	337	56,07%
2013	63	10,48%
ВСЬОГО	601	100,00%

2. Чи знали Ви свій ВІЛ-статус, коли Вам поставили діагноз «туберкульоз»?

	Кількість	%
Так	332	55,24%
Ні	250	41,60%
Немає відповіді	19	3,16%
ВСЬОГО	601	100,00%

3. Чи перебували Ви до цього часу на амбулаторному лікуванні у зв'язку з ТБ?

	Кількість	%
Так	189	31,45%
Ні	398	66,22%
Немає відповіді	14	2,33%
ВСЬОГО	601	100,00%

3.1. Чи проходили Ви тоді обстеження на ВІЛ?

	Кількість	%
Так	165	87,30%
Ні	24	12,70%
ВСЬОГО	189	100,00%

4. Під час перебування на стаціонарі у цьому лікувальному закладі чи пропонували Вам пройти тестування на ВІЛ?

	Кількість	%
Так	556	92,51%
Ні	26	4,33%
Тест зробили без мого відома – про факт його проведення я дізнався(лась) згодом	2	0,33%
Немає відповіді	17	2,83%
ВСЬОГО	601	100,00%

5. Чи проводили Вам перед забором крові на ВІЛ передтестове консультування? Тобто чи пояснювали Вам причини та наслідки такого тестування?

	Кількість	%
Так	542	90,18%
Ні, направили на забір крові на ВІЛ, нічого не пояснюючи	59	9,82%
Немає відповіді	0	0,00%
ВСЬОГО	601	100,00%

6. Пригадайте, хто саме проводив Вам передтестове консультування?

	Кількість	%
Лікуючий лікар	433	79,89%
Співробітник кабінету Довіри/кабінету інфекційних захворювань	21	3,88%
Інший лікар	15	2,77%
Медична сестра	37	6,83%
Психолог	12	2,21%
Соціальний працівник	3	0,55%
Працівник громадської організації	0	0,00%
Не пам'ятаю	20	3,69%
Інше, хто саме	1	0,19%
ВСЬОГО	542	100,00%

7. Скільки приблизно хвилин тривало дотестове консультування? _____ хв.		
	Кількість	%
1	2	0,37%
2	1	0,19%
3	2	0,37%
4	1	0,19%
5	36	6,64%
7	4	0,74%
8	2	0,37%
10	75	13,84%
12	3	0,55%
13	1	0,19%
15	139	25,65%
17	2	0,37%
18	3	0,55%
19	1	0,19%
20	119	21,96%
23	1	0,19%
25	22	4,06%
30	72	13,28%
35	2	0,37%
40	9	1,66%
50	1	0,19%
60	1	0,19%
66	1	0,19%
110	1	0,19%
Немає відповіді	41	7,57%
ВСЬОГО	542	100,00%

8. Хто крім Вас і консультуючої особи (лікаря, психолога, соціального працівника...) міг чути зміст Вашої розмови під час передтестового консультанта?		
	Кількість	%
Ніхто. Були тільки я і консультант	503	93%
Крім консультанта була ще медсестра	19	4%
Були інші пацієнти, які чули нашу розмову	7	1%
Були інші медичні працівники, які чули нашу розмову	5	1%
Інше, що саме	10	2%
ВСЬОГО	542	100,00%

9. Де саме проходило дотестове консультування?		
	Кількість	%
В окремому непрохідному кабінеті	521	96%
В палаті	13	2%
Інше, що саме	8	1%
ВСЬОГО	542	100,00%

10. Чи передбачено перед кабінетом місце очікування для пацієнтів?		
	Кількість	%
Так	361	66,61%
Ні	181	33,40%
ВСЬОГО	542	100,00%

11. Чим з перерахованих нижче предметів облаштоване місце очікування для пацієнтів?		
	Кількість	%
Стільці	309	85,60%
Столик з інформаційною літературою з питань профілактики ВІЛ/СНІДу	207	57,34%
Інформаційні стенди на стінах	172	47,65%
Нічого з перерахованого	1	0,28%
Інше, що саме	0	0,00%
Не пам'ятаю	16	4,43%
ВСЬОГО	361	100,00%

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування.	12.1. Пояснили, чому хворим на ТБ рекомендують пройти тестування на ВІЛ	
	Кількість	%
Так	518	95,57%
Ні	12	2,21%
Не пам'ятаю	12	2,21%
ВСЬОГО	542	100,00%

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування.	12.2. Розказали про процедуру тестування	
	Кількість	%
Так	513	94,65%
Ні	11	2,03%
Не пам'ятаю	18	3,32%
ВСЬОГО	542	100,00%

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування.	12.3. Розказали про значення періоду «вікна», коли упродовж 6 місяців після інфікування ВІЛ, вірус може не виявлятися у людини	
	Кількість	%
Так	435	80,26%
Ні	44	8,12%
Не пам'ятаю	63	11,62%
ВСЬОГО	542	100,00%

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування.	12.4. Що означає негативний, позитивний і сумнівний результати тесту	
	Кількість	%
Так	486	89,67%
Ні	20	3,69%
Не пам'ятаю	36	6,64%
ВСЬОГО	542	100,00%

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування.	12.5. Розказали про необхідність повторного тесту в окремих випадках	
	Кількість	%
Так	450	83,03%
Ні	45	8,30%
Не пам'ятаю	47	8,67%
ВСЬОГО	542	100,00%

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування	12.6. Розказали, скільки треба буде очікувати результат	
	Кількість	%
Так	484	89,30%
Ні	22	4,06%
Не пам'ятаю	36	6,64%
ВСЬОГО	542	100,00%

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування.	12.7. Пояснили різницю між інфікуванням ВІЛ і захворюванням на СНІД	
	Кількість	%
Так	446	82,29%
Ні	48	8,86%
Не пам'ятаю	48	8,86%
ВСЬОГО	542	100,00%

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування.	12.8. Пояснили шляхи передачі ВІЛ та обговорили Ваш особистий ризик інфікування ВІЛ	
	Кількість	%
Так	476	87,82%
Ні	38	7,01%
Не пам'ятаю	28	5,17%
ВСЬОГО	542	100,00%

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування	12.9. Обговорили можливості більш безпечної поведінки	
	Кількість	%
Так	478	88,19%
Ні	40	7,38%
Не пам'ятаю	24	4,43%
ВСЬОГО	542	100,00%

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування.	12.10. Обговорили значення знання ВІЛ статусу для Вас особисто	
	Кількість	%
Так	477	88,01%
Ні	32	5,90%
Не пам'ятаю	33	6,09%
ВСЬОГО	542	100,00%

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування.	12.11. Запевнили в конфіденційності отриманої інформації про ВІЛ-статус пацієнта	
	Кількість	%
Так	508	93,73%
Ні	12	2,21%
Не пам'ятаю	22	4,06%
ВСЬОГО	542	100,00%

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування.	12.12. Запитали згоду на проведення тестування	
	Кількість	%
Так	521	96,13%
Ні	5	0,92%
Не пам'ятаю	16	2,95%
ВСЬОГО	542	100,00%

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування.	12.13. Розказали, яку допомогу можна буде отримати у разі позитивного результату	
	Кількість	%
Так	459	84,69%
Ні	42	7,75%
Не пам'ятаю	41	7,57%
ВСЬОГО	542	100,00%

12. Згадайте, будь ласка, чи обговорювали з Вами під час передтестового консультування.	12.14. Інше, що саме	
	Кількість	%
Так	18	85,71%
Ні	0	0,00%
Не пам'ятаю	3	14,29%
ВСЬОГО	21	100,00%

13. Оцініть, будь ласка, за 5-бальною шкалою, де 1 – це «дуже погано», а 5 – «дуже добре», проведення дотестового консультування за такими критеріями....	13.1. Навколишнє оточення (можливість усамітнення)	
	Кількість	%
Дуже погано	2	0,37%
Погано	1	0,19%
Задовільно	48	8,86%
Добре	243	44,83%
Дуже добре	248	45,76%
ВСЬОГО	542	100,00%

13. Оцініть, будь ласка, за 5-бальною шкалою, де 1 – це «дуже погано», а 5 – «дуже добре», проведення дотестового консультування за такими критеріями....	13.2. Особистісні риси консультанта (делікатність/розуміння)	
	Кількість	%
Дуже погано	1	0,19%
Погано	0	0,00%
Задовільно	44	8,12%
Добре	207	38,19%
Дуже добре	290	53,51%
ВСЬОГО	542	100,00%

13. Оцініть буд ласка, за 5-бальною шкалою, де 1 – це «дуже погано», а 5 – «дуже добре», проведення дотестового консультування за такими критеріями....	13.3. Компетентність консультанта (надання доступної, потрібної інформації)	
	Кількість	%
Дуже погано	1	0,19%
Погано	0	0,00%
Задовільно	45	8,30%
Добре	198	36,53%
Дуже добре	298	54,98%
ВСЬОГО	542	100,00%

13. Оцініть буд ласка, за 5-бальною шкалою, де 1 – це «дуже погано», а 5 – «дуже добре», проведення дотестового консультування за такими критеріями....	13.4. Час очікування в черзі, на консультування	
	Кількість	%
Дуже погано	2	0,37%
Погано	8	1,48%
Задовільно	49	9,04%
Добре	189	34,87%
Дуже добре	294	54,24%
ВСЬОГО	542	100,00%

13. Оцініть буд ласка, за 5-бальною шкалою, де 1 – це «дуже погано», а 5 – «дуже добре», проведення дотестового консультування за такими критеріями....	13.5. Корисність наданої інформації	
	Кількість	%
Дуже погано	1	0,19%
Погано	1	0,19%
Задовільно	37	6,83%
Добре	185	34,13%
Дуже добре	318	58,67%
ВСЬОГО	542	100,00%

13. Оцініть буд ласка, за 5-бальною шкалою, де 1 – це «дуже погано», а 5 – «дуже добре», проведення дотестового консультування за такими критеріями....	13.6. Повнота наданої інформації	
	Кількість	%
Дуже погано	2	0,37%
Погано	0	0,00%
Задовільно	36	6,64%
Добре	188	34,69%
Дуже добре	316	58,30%
ВСЬОГО	542	100,00%

14. Чи підписували Ви лист інформованої згоди на проходження тесту на ВІЛ?		
	Кількість	%
Так	480	88,56%
Ні	15	2,77%
Не пам'ятаю	47	8,67%
ВСЬОГО	542	100,00%

15. Як саме в цьому закладі у Вас проводили обстеження крові на ВІЛ?	15.1. Забір крові та повідомлення результату упродовж години (метод швидкого тесту)	
	Кількість	%
Так	81	14,95%
Ні	461	85,06%
ВСЬОГО	542	100,00%

15. Як саме в цьому закладі у Вас проводили обстеження крові на ВІЛ?	15.2. Забір крові у стаціонарі та повідомлення результату не раніше ніж через кілька днів/тижнів (метод ІФА)	
	Кількість	%
Так	460	84,87%
Ні	82	15,13%
ВСЬОГО	542	100,00%

15. Як саме в цьому закладі у Вас проводили обстеження крові на ВІЛ?	15.3. Направили в СНІД-центр/інший заклад для забору крові та обстеження на ВІЛ	
	Кількість	%
Так	27	4,98%
Ні	515	95,02%
ВСЬОГО	542	100,00%

16. Я не запитую Вас про результат, але запитую, чи дізналися Ви самі про результат цього обстеження на ВІЛ?		
	Кількість	%
Так	506	85,76%
Ні	84	14,24%
ВСЬОГО	590	100,00%

17. Як саме Вам став відомий результат обстеження на ВІЛ?		
	Кількість	%
Мені повідомили упродовж години після забору крові.	46	9,09%
Звернувся/лася сам/сама через кілька тижнів до медпрацівників за результатом.	133	26,29%
Мене запросили до медпрацівника через кілька тижнів, де повідомили про результат.	247	48,81%
Мене проінформував лікар під час чергового обходу пацієнтів в палаті.	60	11,86%
Інше, що саме	8	1,58%
Немає відповіді	12	2,37%
ВСЬОГО	506	100,00%

18. Скільки часу Ви очікували результат?		
	Кількість	%
Отримав (ла) у той же день, коли здав (ла) кров	46	9,09%
Через кілька днів (до тижня)	125	24,70%
Через 1-2 тижні	278	54,94%
Очікував (ла) більше 2 тижнів	50	9,88%
Ще очікую	4	0,79%
Немає відповіді	3	0,59%
ВСЬОГО	506	100,00%

19. Хто повідомив Вам про результат тесту?		
	Кількість	%
Та ж сама особа, яка проводила передтестове консультування.	210	41,50%
Інша особа, хто саме:	4	0,79%
Лікуючий лікар	246	48,62%
Співробітник кабінету Довіра/кабінету інфекційних захворювань:	7	1,38%
Інший лікар	3	0,59%
Медична сестра	17	3,36%
Психолог	2	0,40%
Соціальний працівник	0	0,00%
Працівник громадської організації	0	0,00%
Не пам'ятаю	15	2,96%
Інше, хто саме	2	0,40%
ВСЬОГО	506	100,00%

20. Чи проводили Вам післятестову консультацію?		
	Кількість	%
Так	330	65,22%
Ні	176	34,78%
ВСЬОГО	506	100,00%

21. Хто крім Вас і консультуючої особи (лікаря, психолога, соціального працівника...) міг чути зміст Вашої розмови під час післятестового консультування?		
	Кількість	%
Ніхто. Були тільки я і консультант	312	94,55%
Крім консультанта була ще медсестра	9	2,73%
Були інші пацієнти, які чули нашу розмову	4	1,21%
Були інші медичні працівники, які чули нашу розмову	0	0,00%
Інше, що саме	0	0,00%
Важко відповісти	5	1,52%
ВСЬОГО	330	100,00%

22. Скільки приблизно тривало післятестове консультування?		
	Кількість	%
_____ хв.	288	87,27%
Не пам'ятаю	32	9,70%
Не знаю що таке «післятестове консультування»	0	0,00%
Важко сказати (не зачитувати)	10	3,03%
ВСЬОГО	330	100,00%

new o1 1. _____ хв.		
	Кількість	%
_____ хв.	0	0,00%
Не пам'ятаю.	32	9,70%
Не знаю що таке «післятестове консультування»	0	0,00%
Важко сказати (не зачитувати)	10	3,03%
5 хвилин	16	4,85%
10 хвилин	87	26,36%
15 хвилин	76	23,03%
20 хвилин	59	17,88%
25 хвилин	9	2,73%
30 хвилин	35	10,61%
більше 30 хвилин	6	1,82%
ВСЬОГО	330	100,00%

23. Чи обговорювали з Вами такі питання на післятестовій консультації:	23.1. Повідомили результати тестування	
	Кількість	%
Так	320	96,97%
Ні	1	0,30%
Не пам'ятаю	9	2,73%
ВСЬОГО	330	100,00%

23. Чи обговорювали з Вами такі питання на післятестовій консультації:	23.2. Ще раз пояснили, що вони означають	
	Кількість	%
Так	303	91,82%
Ні	11	3,33%
Не пам'ятаю	16	4,85%
ВСЬОГО	330	100,00%

23. Чи обговорювали з Вами такі питання на післятестовій консультації:	23.3. Обговорили шляхи зараження ВІЛ- інфекцією та Ваш особистий ризик інфікування	
	Кількість	%
Так	301	91,21%
Ні	14	4,24%
Не пам'ятаю	15	4,55%
ВСЬОГО	330	100,00%

23. Чи обговорювали з Вами такі питання на післятестовій консультації:	23.4. Обговорили наслідки ризикованої поведінки	
	Кількість	%
Так	295	89,39%
Ні	15	4,55%
Не пам'ятаю	20	6,06%
ВСЬОГО	330	100,00%

23. Чи обговорювали з Вами такі питання на післятестовій консультації:	23.5. Обговорили методи профілактики ВІЛ та правила поведінки для зниження ризику інфікування ВІЛ-інфекцією	
	Кількість	%
Так	298	90,30%
Ні	12	3,64%
Не пам'ятаю	20	6,06%
ВСЬОГО	330	100,00%

23. Чи обговорювали з Вами такі питання на післятестовій консультації:	23.6. Відповіді на Ваші запитання	
	Кількість	%
Так	301	91,21%
Ні	7	2,12%
Не пам'ятаю	22	6,67%
ВСЬОГО	330	100,00%

23. Чи обговорювали з Вами такі питання на післятестовій консультації:	23.7. Надали інформацію про НПО в які можна звернутись у разі потреби, та про інші можливості отримання допомоги (наявність лікування, необхідність та важливість диспансерного нагляду, можливості профілактики захворювання на СНІД, тощо)	
	Кількість	%
Так	262	79,39%
Ні	24	7,27%
Не пам'ятаю	44	13,33%
ВСЬОГО	330	100,00%

23. Чи обговорювали з Вами такі питання на післятестовій консультації:	23.8. Пояснили особливості законодавства України у сфері ВІЛ/СНІДу	
	Кількість	%
Так	271	82,12%
Ні	23	6,97%
Не пам'ятаю	36	10,91%
ВСЬОГО	330	100,00%

24. Вас направили на підтверджувальне тестування на ВІЛ		
	Кількість	%
Так	66	20,00%
Ні	252	76,36%
Відмова від відповіді	12	3,64%
ВСЬОГО	330	100,00%

24.1. Чи пройшли Ви повторне тестування на ВІЛ		
	Кількість	%
Так	55	83,33%
Ні, не планую	9	13,64%
Ні, але планую	2	3,03%
ВСЬОГО	66	100,00%

24.2. Скільки часу пройшло між першим та повторним тестуванням?

	Кількість	%
декілька днів	3	5,46%
1–2 тижні	18	32,73%
Більше ніж 2 тижні	28	50,91%
інше	2	3,64%
Важко відповісти	4	7,27%
ВСЬОГО	55	100,00%

25. Запропонували консультацію інфекціоніста

	Кількість	%
Так	51	15,46%
Ні	262	79,39%
Не пам'ятаю / відмова від відповіді	17	5,15%
ВСЬОГО	330	100,00%

25.1. Як відбулася консультація з інфекціоністом?

	Кількість	%
Я поїхав/ла до СНІД центру на консультацію інфекціоніста для завершення діагностики	17	33,33%
Консультація інфекціоніста у ТБ диспансері	29	56,86%
Відмовився/лась від консультації	4	7,84%
Інше	0	0,00%
Важко відповісти	1	1,96%
ВСЬОГО	51	100,00%

26. Вас направили звернутися в СНІД-центр?

	Кількість	%
Так	28	8,49%
Ні	284	86,06%
Не пам'ятаю/Відмова від відповіді	18	5,46%
ВСЬОГО	330	100,00%

26.1. Чи звернулися Ви в СНІД-центр?

	Кількість	%
Так	23	82,14%
Ні, не планую	4	14,29%
Ні, але планую	1	3,57%
Немає відповіді	0	0,00%
ВСЬОГО	28	100,00%

27. Вам запропонували звернутися у громадські організації для отримання додаткових послуг?

	Кількість	%
Так	13	3,94%
Ні	297	90,00%
Не пам'ятаю/Відмова від відповіді	20	6,06%
ВСЬОГО	330	100,00%

27.1. Чи звернулися Ви до будь-якої із запропонованих організацій?		
	Кількість	%
Так	7	53,85%
Ні, не планую	1	7,69%
Ні, але планую	5	38,46%
Немає відповіді	0	0,00%
ВСЬОГО	13	100,00%

28. Чи приймаєте Ви зараз АРТ (антиретровірусну терапію)?		
	Кількість	%
Ні	298	90,30%
Так, з ____ місяця ____ року	32	9,70%
ВСЬОГО	330	100,00%

o2 Так, з ____ місяця		
	Кількість	%
1	4	12,50%
2	3	9,38%
3	2	6,25%
4	1	3,13%
6	3	9,38%
8	2	6,25%
9	1	3,13%
10	8	25,00%
11	4	12,50%
12	1	3,13%
Важко відповісти	3	9,38%
ВСЬОГО	32	100,00%

o2 Так, з ____ року		
	Кількість	%
Важко відповісти	1	3,13%
2009	1	3,13%
2010	5	15,63%
2011	4	12,50%
2012	18	56,25%
2013	3	9,38%
ВСЬОГО	32	100,00%

28.1. Хто з лікарів призначив?		
	Кількість	%
Інфекціоніст	17	53,13%
Лікуючий лікар	12	37,50%
Інше, вкажіть що	0	0,00%
Важко відповісти	3	9,38%
ВСЬОГО	32	100,00%

28.2. Хто з лікарів стаціонару стежить за дотриманням режиму прийому цих препаратів?

	Кількість	%
Ніхто, роблю це сам (а)	5	15,63%
Інфекціоніст	8	25,00%
Лікуючий лікар	14	43,75%
Інше, вкажіть що саме	1	3,13%
Важко відповісти	4	12,50%
ВСЬОГО	32	100,00%

28.3. Чи порушувався режим прийому АРТ у зв'язку з відсутністю препаратів на пунктах їх видачі?

	Кількість	%
Так	4	12,50%
Ні	28	87,50%
ВСЬОГО	32	100,00%

29. Чи приймаєте Ви зараз котримаксизол?

	Кількість	%
Ні	316	95,76%
Так, з ____ місяця ____ року	14	4,24%
ВСЬОГО	330	100,00%

o2 Так, з ____ місяця

	Кількість	%
1	2	14,29%
2	1	7,14%
4	1	7,14%
8	1	7,14%
9	1	7,14%
10	4	28,57%
11	2	14,29%
Важко відповісти	2	14,29%
ВСЬОГО	14	100,00%

o2 Так, з ____ року

	Кількість	%
Важко відповісти	2	14,29%
2011	1	7,14%
2012	9	64,29%
2013	2	14,29%
ВСЬОГО	14	100,00%

29.1. Хто з лікарів призначив?

	Кількість	%
Інфекціоніст	5	35,71%
Лікуючий лікар	8	57,14%
Інше, вкажіть хто	0	0,00%
Важко відповісти	1	7,14%
ВСЬОГО	14	100,00%

29.2. Хто з лікарів стаціонару стежить за дотриманням режиму прийому цих препаратів?		
	Кількість	%
Ніхто, роблю це сам (а)	1	7,14%
Інфекціоніст	4	28,57%
Лікуючий лікар	6	42,86%
Інше, вкажіть хто	2	14,29%
Важко відповісти	1	7,14%
ВСЬОГО	14	100,00%

29.3. Чи порушувався режим прийому клотримаксизолу у зв'язку з його відсутністю на пункті видачі?		
	Кількість	%
Так	2	14,29%
Ні	12	85,71%
ВСЬОГО	14	100,00%

30. Чи приймаєте Ви зараз ЗПТ (замісну підтримувальну терапію)?		
	Кількість	%
Ні	316	95,76%
Так, з ____ місяця ____ року	14	4,24%
ВСЬОГО	330	100,00%

o2 так, з ____ місяця		
	Кількість	%
1	1	7,14%
2	2	14,29%
3	1	7,14%
4	1	7,14%
6	1	7,14%
9	1	7,14%
10	3	21,43%
12	1	7,14%
Важко відповісти	3	21,43%
ВСЬОГО	14	100,00%

o2 Так, з ____ року		
	Кількість	%
Важко відповісти	2	14,29%
2009	1	7,14%
2012	9	64,29%
2013	2	14,29%
ВСЬОГО	14	100,00%

30.1. Хто з лікарів призначив?		
	Кількість	%
Інфекціоніст	1	7,14%
Лікуючий лікар	10	71,43%
Інше, вкажіть хто	1	7,14%
Важко відповісти	2	14,29%
ВСЬОГО	14	100,00%

30.2. Хто з лікарів стаціонару стежить за дотриманням режиму прийому цих препаратів

	Кількість	%
Ніхто, роблю це сам (а)	1	7,14%
Інфекціоніст	2	14,29%
Лікуючий лікар	10	71,43%
Інше, вкажіть хто	1	7,14%
Важко відповісти	0	0,00%
ВСЬОГО	14	100,00%

30.3. Чи порушувався режим прийому ЗПТ у зв'язку з його відсутністю на пункті видачі?

	Кількість	%
Так	1	7,14%
Ні	13	92,86%
ВСЬОГО	14	100,00%

31. Як Ви вважаєте, чи розголошується у цій лікарні інформація про ВІЛ-статус пацієнта без дозволу пацієнта? Одна відповідь

	Кількість	%
Впевнений (а), що так. Мені відомо про конкретні факти	2	0,33%
Думаю, що так, але не впевнений (а)	18	3,00%
Думаю, що ні, але не впевнений (а)	175	29,12%
Впевнений (а), що ні	369	61,40%
Мені байдуже (не зачитувати)	30	4,99%
Немає відповіді	7	1,17%
ВСЬОГО	601	100,00%

32. Чи траплялися випадки, що ставлення медперсоналу до Вас або інших пацієнтів змінювалося після тестування в гіршу сторону? Відмітьте все, що підходить

	Кількість	%
Так. Я відчув/ла це на собі	1	0,17%
Так, я бачив/ла, як змінювалося ставлення до інших пацієнтів	4	0,67%
Я чув/ла про такі випадки, але сам/а з таким не стикалася	19	3,16%
Ні, такого не було	372	61,90%
Не знаю, не помічав/ла	205	34,11%
Інше _____	1	0,17%
ВСЬОГО	601	100,00%

33. Чи траплялися випадки, що ставлення сусідів по палаті до Вас або інших пацієнтів змінювалося після тестування в гіршу сторону? Відмітьте все, що підходить

	Кількість	%
Так. Я відчув/ла це на собі	0	0,00%
Так, я бачив/ла, як змінювалося ставлення до інших пацієнтів	2	0,33%
Я чув/ла про такі випадки, але сам/а з таким не стикалася	24	3,99%
Ні, такого не було	356	59,24%
Не знаю, не помічав/ла	218	36,27%
Інше _____	1	0,17%
ВСЬОГО	601	100,00%

Наукове видання

Аналітичний звіт за результатами операційного дослідження

**«Доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз,
до добровільного консультування і
тестування на ВІЛ-інфекцію,
якість його проведення та подальший їх супровід
щодо діагностики та лікування ВІЛ інфекції»**

Редактор:
М.Ілляш

Верстка та дизайн обкладинки:
Н. Тілікіна

Підп. до друку 16 вересня 2013 р. Формат 60х84/8
Папір офсетний. Гарнітура Helios. Друк офсет.
Ум. друк. арк. 8,0. Обл. вид. арк. 8,63.
Наклад 300 прим. Замовл. № _____

Надруковано у друкарні ТОВ «Агентство «Україна»
01054, м. Київ, вул. Гончарова, 55
(Свідоцтво про реєстрацію серії ДК № 265 від 30.11.2000 р.)