

DOI: 10.26693/jmbs05.04.328

УДК 616.98:578.828-053.2

Орфін А. Я.^{1,2}, Мазепа М. А.¹

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ МЕШКАНЦІВ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

¹Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського,
Україна

²КНП ЛОР «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня, Україна

aorf87@gmail.com

mrmazepa@ukr.net

Актуальність теми дослідження полягала у тому, що Україна є країною, яка демонструє приріст нових випадків ВІЛ-інфекції та продовжує утримувати лідируючі позиції по епідемії СНІД на Європейському континенті.

Вивчення рівня якості життя людей, що живуть з ВІЛ у Львівській області полягає у можливості оцінити дієвість державних та деяких міжнародних програм по боротьбі з ВІЛ/СНІДом, забезпечення антиретровірусної терапії та прихильність пацієнтів до неї, а також вплив культурних, релігійних та етнічних особливостей Західного регіону.

Метою дослідження було встановити основні показники, що визначають якість життя ВІЛ-інфікованих мешканців Львівської області, які перебувають під медичним спостереженням у «Громадському центрі здоров'я» і на стаціонарному лікуванні у «Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні».

Опитано 100 пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом та 100 здорових жителів Львівської області. Пацієнти були розділені на три дослідні групи: I-а група – всі 100 обстежених людей, що живуть з ВІЛ, II-а група – 73 пацієнти з ВІЛ-позитивним статусом, які знаходилися на спостереженні та отримували амбулаторну медичну допомогу у «ГЦЗ». До III-ьої групи включено 27 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у «ЛОІКЛ». Контрольну групу склали 100 дорослих умовно здорових жителів Львівської області у віці від 19 до 65 років. Для оцінки якості життя використали загальний опитувальник якості життя SF 36.

Виявлено, що загальний показник якості життя за опитувальником SF 36 були достовірно нижчими у людей, що живуть з ВІЛ, ніж у контрольній групі – $53,5 \pm 8,13$ проти $84,5 \pm 3,25$, $p < 0,05$. Встановлено також суттєву різницю як за показником фізичного компоненту здоров'я ($54,3 \pm 1,23$ проти $83,5 \pm 2,73$ $p < 0,05$) так і за показником психічного компоненту здоров'я ($52,5 \pm 2,15$ проти $79,4 \pm 2,45$, $p < 0,05$), що свідчить про вплив на якість життя як патологічного

процесу зумовленого ВІЛ/СНІДом, так і стигм дискримінації. Найбільш суттєве зниження показників якості життя встановлено у пацієнтів що знаходились на стаціонарному лікуванні. Такі результати показують значний вплив на показники якості життя патологічного процесу у гострому періоді чи на стадії загострення. У пацієнтів, що вживали психоактивні речовини, показники за всіма шкалами опитувальника були дещо кращими ніж такі ж у ВІЛ-інфікованих які не вживали таких речовин. Перспектива подальших досліджень вбачається у проведенні мультицентрових досліджень в Україні оцінки якості життя у людей, що живуть з ВІЛ та встановленні ступеня зв'язків між чинниками які можуть впливати на якість життя ВІЛ-інфікованих – соціальних, економічних, медико-біологічних та психологічних. Відкритою залишається проблема розробки реабілітаційних програм та заходів спрямованих на покращення якості життя людей, що живуть з ВІЛ.

Ключові слова: ВІЛ/СНІД, якість життя, опитувальник SF 36, пацієнт, показник.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Стаття є фрагментом НДР "Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації неповносправних з порушеннями діяльності опорно-рухового апарату та дихальної системи" (затверджена на засіданні Вченої ради Львівського державного університету фізичної культури протокол №8 від 19.04.2016р.).

Вступ. Якість життя (ЯЖ) людини стала новою дослідницькою областю охорони здоров'я. На даному етапі відбувається осмислення медикamentозних та немедикamentозних втручань у людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом (ЛЖВ) для встановлення пріоритетів допомоги. ЯЖ використовується як критерій оцінки державних програм по боротьбі з ВІЛ, проводиться глобальне картографування ЯЖ ЛЖВ [1]. Україна на даний час утримує лідируючі позиції по епідемії СНІД на Європейському

континенті [2, 3]. Раннє призначення антиретровірусної терапії (АРТ) значно збільшило тривалість життя пацієнтів з ЛЖВ і перетворило ВІЛ/СНІД із смертельної хвороби на хронічну [4]. Однак, незважаючи на позитивні ефекти АРТ, існують негативні впливи при її застосуванні, які суттєво погіршують ЯЖ ЛЖВ. Це лактатний ацидоз, дисліпідемія та ліподистрофія, ментально-когнітивні дисфункції, токсичні впливи на печінку, харчова непереносимість, підвищення рівня кіназоїнкінази та серцево-легенева дисфункція [5, 6, 7]. Таким чином, гостро постала проблема покращення ЯЖ ЛЖВ, це стало актуальною метою охорони здоров'я загалом у світі і у окремих регіонах зокрема [8].

Вивчення літератури з цієї проблеми показало тенденцію до суттєвого зростання обсягу публікацій за останнє десятиліття щодо рівня ЯЖ серед ЛЖВ [8, 9, 10]. Найбільша кількість публікацій фіксується в роботах стосовно ЯЖ ЛЖВ в країнах Африки, особливо на південь від Сахари, в країнах Карибського басейну, Центральної Азії, Південної Америки а також Європи [8, 9, 11, 12]. В цих публікаціях висвітлюються питання впливу на ЯЖ ЛЖВ соціально-економічних умов та доступ до медичних послуг, етнічні, релігійні та культурні особливості [13]. Досліджень даної проблеми вітчизняними вченими обмаль [14].

За поширеністю і захворюваністю на ВІЛ/СНІД, за даними Громадського центру здоров'я (березень 2020), Львівська область займає 12 місце серед областей України (захворюваність на ВІЛ 149,5 на 100 тис, з них хворих на СНІД 57,0 на 100 тис.) [3]. Актуальність вивчення рівня якості життя ЛЖВ у Львівській області полягає у можливості оцінити дієвість держаних та деяких міжнародних програм по боротьбі з ВІЛ/СНІДом, забезпечення АРТ та прихильність до неї, а також вплив культурних, релігійних та етнічних особливостей Західного регіону.

Мета дослідження – встановити основні показники, що визначають якість життя ВІЛ-інфікованих мешканців Львівської області та перебувають під медичним спостереженням у «Громадському центрі здоров'я» і на стаціонарному лікуванні у «Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні».

Матеріал та методи дослідження. У дослідження було включено 100 пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом на різних стадіях ВІЛ-інфекції та 100 здорових мешканців Львівської області. Критеріями включення пацієнтів до дослідження були: вік >18 років, добровільна усвідомлена згода на участь у дослідженні, здатність і вміння читати та писати, відсутність грубих когнітивних порушень чи будь-яких психічних захворювань.

Дослідження виконані з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів проведення

наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964-2013 рр.), ICH GCP (1996 р.), Директиви ЄЕС № 609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Кожен пацієнт підписував інформовану згоду на участь у дослідженні, і вжиті всі заходи для забезпечення анонімності пацієнтів.

Для проведення дослідження ми використовуємо загальний опитувальник якості життя SF 36, який вважається «золотим стандартом» для подібних досліджень [15]. Було використано україномовний опитувальник, що валідизований в Україні [16]. Опитувальник SF-36 має 3 рівні: 1) питання; 2) 8 шкал; 3) 2 сумарних виміри, які об'єднують шкали. Всього в анкеті 36 питань, із яких 35 використовують для обробки балів за 8 шкалами, що групуються у два загальні показники: "Фізичний компонент здоров'я", який включає шкали: Загальне здоров'я (General health – GH); Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF); Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP); Інтенсивність болю (Bodilypain – BP); та "Психологічний компонент здоров'я", який включає шкали: Психічне здоров'я (Mental Health – MH); Життєва активність (Vitality – VT); Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE); Соціальне функціонування (Social Functioning – SF) [15].

Кожній шкалі відповідає різна кількість питань. Показники кожної шкали коливаються між 0 і 100 балами (умовними одиницями), де 100 презентує повне здоров'я. Одне запитання анкети (під номером 2), яке стосується порівняння стану здоров'я в даний момент часу з минулим роком, не відноситься до жодної шкали і оцінюється окремо. Опитувальник SF-36 дозволяє кількісно оцінити ЯЖ за вказаними шкалами [15, 16].

Обробка результатів анкетування проводилась за спеціальним алгоритмом, розробленим для оцінки якості життя за SF-36 [15, 16]. Для розрахунку статистичних показників (порівняння середніх значень вибірок застосовано t-критерій Стьюдента) використали програмне забезпечення Microsoft Excel 2016.

Результати дослідження. Для досягнення поставленої мети пацієнти були поділені на три дослідні групи. Першу групу склали всі 100 обстежених ЛЖВ. І до другої групи увійшло 73 пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом, які знаходилися на спостереженні та отримували амбулаторну медичну допомогу у «Громадському центрі здоров'я» («ГЦЗ»). До третьої групи включено 27 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у «Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні» («ЛОІКЛ»).

Контрольну групу склали 100 дорослих умовно здорових жителів Львівської області у віці від 19 до 65 років. Характеристика дослідних груп подана у таблиці 1.

Як видно з даних таблиці 1, за віком, статтю та місцем проживання група ЛЖВ та група відносно здорових мешканців Львівської області практично не відрізнялись. Вік ВІЛ-інфікованих пацієнтів коли-

вався від 18 років до 62 років, у середньому складаючи $35,7 \pm 10,03$ років. Найбільше ВІЛ-інфікованих було у вікових межах 32-37 років. У другій групі переважали пацієнти жіночої статі – 42 (57,5%), кількість пацієнтів чоловічої статі у цій групі була 31 (42,5%). Проте у третій групі переважали чоловіки – 17 (62,9%) проти 10 (37,1%) осіб жіночої статі.

Таблиця 1 – Характеристика груп досліджуваних пацієнтів

Групи	Вік	Стать		Місце		СІН*	АРТ	Вперше виявлено ВІЛ
		ж	ч	місто	село			
Контрольна – здорові без ВІЛ n=100	19-65	54	46	72	28	-	-	-
Хворі з ВІЛ (n=100)	I група	18-62	52	48	78	22	30	80
	II група амбулаторні n=73	18-62	42	31	59	14	22	73
	III група стаціонарні n=27	18-62	10	17	19	8	8	7

Примітка: * СІН – споживач ін'єкційних наркотиків.

Жителів міста було більше ніж жителів сільської місцевості, і така тенденція простежувалася в усіх групах – у першій групі жителів міста 78 (78,0%) проти 22 (22,0%) жителів села, 59 (80,8%) та 14 (19,2%) у другій групі, а у третій – 19 (70,3%) і 8 (29,7%) пацієнтів.

Кількість пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом, які є споживачами ін'єкційних наркотиків, або знаходяться на замісній терапії метадонном загалом було 30, у другій групі – 22 (30,1%), а у третій групі – 8 (29,6%) ВІЛ-інфікованих.

З третьої дослідної групи 3 пацієнти (11,1%) госпіталізовані у дуже тяжкому стані, 10 (37,1%) у тяжкому та 14 (51,8%) – у стані середньої тяжкості. У порівнянні з даними, що наводяться у науковій літературі, стан важкості ЛЖВ, які брали участь у дослідженні з ЯЖ, був близьким до задовільного або задовільним [7, 10, 17]. Таку різницю можна пояснити низькою прихильністю до АРТ у окремих

наших пацієнтів. Серед усіх опитаних пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом АРТ отримували 80 (80,0%) пацієнтів, в тому числі всі пацієнти, що знаходились на амбулаторному спостереженні і не отримувало 20 (20,0%) пацієнтів, які зараховані до третьої дослідної групи. У більшості опрацьованих публікацій у пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом синдром набутого дефіциту був відсутній [4, 8, 10, 15]. Вперше діагностований позитивний ВІЛ-статус був у 7 (25,9%) пацієнтів з групи хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у інфекційній лікарні.

Як видно з таблиці 2 середні значення усіх без винятку показників ЯЖ були нижчими у пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом, які зверталися за медичною допомогою до закладів охорони здоров'я, ніж у здорових жителів Львівської області. Зниження показників ЯЖ було встановлено за всіма шкалами. Значення по шкалі, яка характеризує загальне

Таблиця 2 – Показники якості життя контрольної групи (здорові жителі м. Львова) та I-ої дослідної групи (хворі на ВІЛ/СНІД загалом)

Шкали опитувальника SF 36	Хворі на ВІЛ/СНІД (n=100), p<0,05 бали	Здорові особи (n=100), бали
1. Загальний стан здоров'я (Generalhealth – GH)	44,6±2,15	82,5±2,56
2. Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP)	49,2±1,07	79,5±1,74
3. Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF)	63,0±3,23	88,0±2,24
4. Інтенсивність болю (Bodily pain – BP)	60,0±2,56	84,0±5,43
5. Життєва активність (Vitality – VT)	44,8±4,74	83,2±2,16
6. Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE)	52,1±3,25	76,6±1,37
7. Психічне здоров'я (Mental Health – MH)	51,5±3,12	73,0±3,15
8. Соціальне функціонування (Social Functioning – SF)	62,1±1,27	84,5±2,45

Примітка: * – відмінності достовірні з групою порівняння, p<0,05.

здоров'я у ВІЛ-інфікованих, сягало $44,6 \pm 2,15$, а у групі контролю – $82,5 \pm 2,56$ ($p < 0,05$). Найнижчі показники виявлено у шкалі життєва активність (VT) – $44,8 \pm 4,74$ проти $83,2 \pm 2,16$ у контрольній групі, – $p < 0,05$. У шкалі рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP) складав $49,2 \pm 1,07$ проти $79,5 \pm 1,74$ у контрольній групі ($p < 0,05$). Нижчі результати отримали також у шкалах які відповідають психічному компоненту здоров'я. Серед цих шкал психічне здоров'я (MH) $51,5 \pm 3,25$, проти $73,0 \pm 3,15$, $p < 0,05$, рольове функціонування зумовлене емоційним станом (RE) – $52,1 \pm 3,25$ у дослідній групі і $76,6 \pm 1,37$ – у контрольній ($p < 0,05$).

Деякі кращі показники отримані у шкалах: інтенсивності болю (BP) у дослідній групі $60,0 \pm 2,56$, а у групі контролю – $84,0 \pm 5,43$ ($p < 0,05$); соціального функціонування (SF) – $62,1 \pm 1,27$ проти $84,5 \pm 2,45$ ($p < 0,05$) і фізичного функціонування (PF) $63,0 \pm 3,23$ проти $88,0 \pm 2,24$ відповідно ($p < 0,05$).

Отримані нами результати стосовно показників ЯЖ у ЛЖВ суттєво не відрізняються від результатів аналогічних досліджень у таких країнах Африки та Азії [5, 11, 12] і нижчі від таких показників у країнах Європи [9, 18].

На **рисунку 1** наводимо результати порівняння загального показника здоров'я, фізичного та психічного компонентів пацієнтів першої групи та контрольної групи.

Рисунок 1 ілюструє, що загальний стан здоров'я у ВІЛ-інфікованих пацієнтів у середньому сягав $53,5 \pm 8,13$, проти $84,5 \pm 3,25$ у здорових людей, $p < 0,05$. Фізичний компонент здоров'я у ВІЛ-інфікованих був на рівні $54,3 \pm 1,23$ проти $83,5 \pm 2,73$ $p < 0,05$, психічний компонент був значно нижчим ніж у дослідній групі – $52,5 \pm 2,15$ проти $79,4 \pm 2,45$, $p < 0,05$. Такий результат свідчить, що ВІЛ/СНІД негативно впливає на фізичне здоров'я, очевидно, за рахунок розвитку опортуністичних інфекцій, а пригнічення психічного компоненту вірогідно зумовлене стигмами дискримінації, внутрішнім когнітивним дисонансом та соціальним несприйняттям.

ЯЖ ЛЖВ є важливим мультипроблемним питанням, яке має не лише медичні, а й психологічні та соціальні складові. Триває гостра дискусія про фактори які мають вагомий вплив на ЯЖ: провідну роль займають проблеми з фізичним здоров'ям, чи психологічні проблем, пов'язані з несприйняттям у суспільстві. Наша думка співпадає з думкою

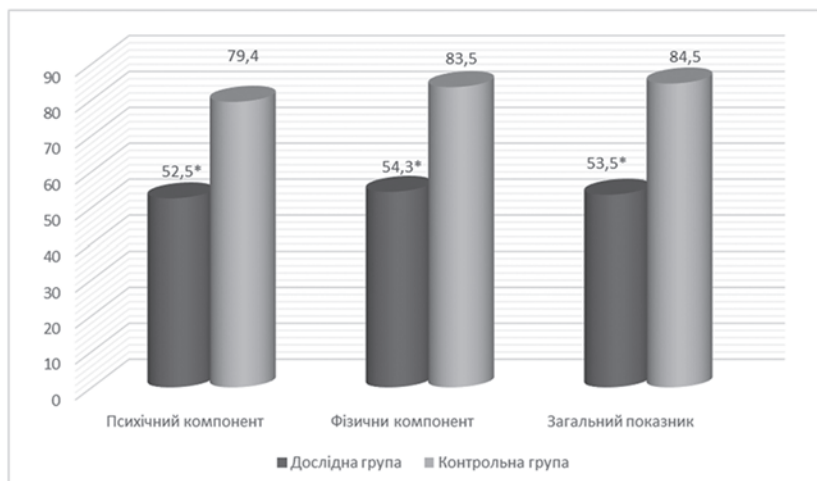


Рис. 1. Порівняння загального показника здоров'я, фізичного та психічного компонентів

Примітка: * – відмінності достовірні з групою порівняння, ($p < 0,05$).

дослідників, що особливо значим є негативний вплив стигм дискримінації на якість життя пацієнтів з позитивним ВІЛ-статусом [15].

Вивчаючи якість життя у пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом в залежності від місця надання медичної допомоги ми виявили відмінності у значеннях більшості шкал опитувальника (**табл. 3**).

Найбільша різниця була у шкалах, які характеризують фізичний компонент здоров'я. А саме, загальний стан здоров'я у пацієнтів, що були на стаціонарному лікуванні – $39,8 \pm 4,74$ проти $49,4 \pm 1,07$ ($p < 0,05$) у амбулаторних пацієнтів. Але значення цього показника дещо відрізнялося у різних дослідних групах. Серед пацієнтів, які зверталися за амбулаторною медичною допомогою, цей показник був на рівні $49,4 \pm 1,07$ ($p < 0,05$) а у пацієнтів які знаходилися у стаціонарі – $39,8 \pm 4,74$ ($p < 0,05$). Також порівнюючи пацієнтів жіночої та чоловічої статі, виявлено що у двох дослідних групах загальний показник ЯЖ був нижчим у жінок, а саме у першій групі $42,7 \pm 4,23$ ($p < 0,05$) у жінок і $49,7 \pm 2,54$ ($p < 0,05$) у чоловіків, а у другій групі – $38,5 \pm 1,43$ та $40,3 \pm 1,74$ відповідно ($p < 0,05$). Аналогічні результати були у іноземних дослідників [8, 9, 10, 17].

Низький показник у шкалі рольове функціонування зумовлене фізичним станом – $48,2 \pm 3,68$, ймовірно можна пояснити наявністю опортуністичних інфекційних хвороб у пацієнтів з ВІЛ/СНІДом, які лікувалися у стаціонарі. Натомість, у пацієнтів, які перебували на амбулаторному лікуванні у «Громадському центрі здоров'я», цей показник був дещо вищим – $50,3 \pm 2,45$ ($p < 0,05$).

Що стосується психічного компоненту здоров'я, то тут звертає на себе увагу шкала психічного здоров'я та шкала рольове функціонування, що

Таблиця 3 – Показники якості життя пацієнтів дослідних групи в залежності від місця надання медичної допомоги

Шкали опитувальника SF 36	Амбулаторні пацієнти «ГЦЗ» з ВІЛ/СНІД (n=73)	Стаціонарні пацієнти «ЛОІКЛ» з ВІЛ/СНІД (n=27)	Здорові особи (n=100)
Загальний стан здоров'я (Generalhealth – GH)	49,4±1,07*/**	39,8±4,74*	82,5±2,56
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP)	50,3±2,45*	48,2±3,68*	79,5±1,74
Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF)	68,7±2,15*/**	57,3±4,12*	88,0±2,24
Інтенсивність болю (Bodilypain – BP)	63,8±4,25*	56,2±7,18*	84,0±5,43
Життєва активність (Vitality – VT)	47,2±1,73*	42,4±3,38*	83,2±2,16
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE)	53,8±2,73*	50,1±2,86*	76,6±1,37
Психічне здоров'я (Mental Health – MH)	52,6±1,08*	50,4±3,72*	73,0±3,15
Соціальне функціонування (Social Functioning – SF)	63,2±1,52*	60,7±2,87*	84,5±2,45

Примітки: * – відмінності достовірні з групою порівняння, $p < 0,05$; ** – відмінності достовірні порівняно з групою «ЛОІКЛ», $p < 0,05$.

зумовлене емоційним станом. Ці показники були нижчими у хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні ніж у амбулаторних хворих (50,4±3,72 проти 52,6±1,08 та 50,1±2,86 проти 53,8±2,73 відповідно ($p < 0,05$)).

Вищі показники ЯЖ встановлені нами у пацієнтів, що знаходились на амбулаторному лікуванні, можуть свідчити про вагомий вплив АРТ на ЯЖ. Отримані нами дані співпадають з результатами інших авторів [9, 10, 11, 18].

Ефективне лікування опортуністичних інфекцій, на стаціонарному етапі, і продовження АРТ на амбулаторному, покращують показники фізичного здоров'я. Проте психічний компонент здоров'я покращується незначно, що може свідчити про значний тягар стигм дискримінації з боку соціуму.

Окрему увагу приділили порівнянню результатів опитування пацієнтів хворих на ВІЛ/СНІД, які є споживачами ін'єкційних наркотиків або отримують метадон із замісною метою та групи і ВІЛ-інфікованих які не є споживачами наркотиків (табл. 4).

У пацієнтів, що вживали психоактивні речовини, показники за всіма шкалами опитувальника були дещо кращими ніж такі ж у ВІЛ-інфікованих які не вживали цих речовин. Подібні результати наведено у авторів Ghiasvand, Rubtsova, Fei Xie [11, 18, 19]. Кращі результати можуть бути пов'язані з вживанням наркотичних середників, оскільки опитувальник SF 36 відображає суб'єктивне відчуття індивідуум свого стану фізичного і психічного здоров'я, проте це питання потребує додаткового прицільного вивчення.

Таблиця 4 – Показники якості життя ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що вживають наркотичні засоби, контрольної групи (жителі м. Львова) та дослідних груп загалом (хворі на ВІЛ/СНІД)

Шкали опитувальника SF 36	Хворі на ВІЛ/СНІД, споживачі наркотиків (n=30), $p < 0,05$ бали	Хворі на ВІЛ/СНІД (n=70), $p < 0,05$ бали	Здорові особи (n=100), бали
Загальний стан здоров'я (General health – GH)	54,6±2,65*/**	44,6±2,15*	82,5±2,56
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP)	51,2±2,34*	49,2±1,07*	79,5±1,74
Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF)	62,0±5,28*/**	63,0±3,23*	88,0±2,24
Інтенсивність болю (Bodily pain – BP)	68,4±3,65*	60,0±2,56*	84,0±5,43
Життєва активність (Vitality – VT)	49,2±2,83*	44,8±4,74*	83,2±2,16
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE)	55,7±4,94*	52,1±3,25*	76,6±1,37
Психічне здоров'я (Mental Health – MH)	60,1±5,28*/**	51,5±3,12*	73,0±3,15
Соціальне функціонування (Social Functioning – SF)	59,3±7,67*	62,1±1,27*	84,5±2,45

Примітки: * – відмінності достовірні з групою порівняння, $p < 0,05$; ** – відмінності достовірні з групою хворих на ВІЛ/СНІД, що не приймають наркотичні засоби $p < 0,05$.

Висновки

1. Загальний показник якості життя у людей, що живуть з ВІЛ за опитувальником SF 36 були достовірно нижчими, ніж у контрольній групі – $53,5 \pm 8,13$ проти $84,5 \pm 3,25$, $p < 0,05$. Встановлено суттєву різницю, між ВІЛ-інфікованими та здоровими мешканцями Львівської області, за показниками фізичного ($54,3 \pm 1,23$ проти $83,5 \pm 2,73$, $p < 0,05$), та психічного ($52,5 \pm 2,15$ проти $79,4 \pm 2,45$, $p < 0,05$) компонентів здоров'я.
2. Низький загальний показник ЯЖ встановлений у пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні – $50,6 \pm 4,06$, проти амбулаторних $p < 0,05$.
3. У пацієнтів, що вживали психоактивні речовини, показники за всіма шкалами опитувальника були дещо кращими ніж такі ж у ВІЛ-інфікованих, які не вживали таких речовин.

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні мультицентрових досліджень в Україні із застосуванні загальних та специфічних опитувальників та шкал оцінки ЯЖ у ЛЖВ, встановленні ступеня зв'язків між чинниками які можуть впливати на якість життя ВІЛ-інфікованих – соціальними, економічними, медико-біологічними та психологічними. Відкритим є питання розробки реабілітаційних програм та заходів спрямованих на покращення якості життя людей, що живуть з ВІЛ.

References

1. Tran BX, Vu GT, Ha GH, Phan HT, Latkin CA, Ho CSH, et al. Global Mapping of Interventions to Improve the Quality of Life of People Living with HIV/AIDS: Implications for Priority Settings. *AIDS Rev.* 2020; 12: 1-15. doi: 10.24875/AIDSRev.20000135
2. VIL-infektsiya v Ukrayini [HIV infection in Ukraine]. Derzhavna ustanova «Instytut epidemiologiyi ta infektsiynykh khvorob im LV Gromashevskogo Natsionalnoyi akademiyi medychnykh nauk Ukrainy». Informatsiynny byuleten № 49 2018. [Ukrainian]. Available from: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/documents/files/40fc8f955d5286e602e5ce1e8fac0fe2.pdf>
3. Sluzhynska MB, Kutynska OM, Bordiyan Yal, Sorokolit A, Masyuk L, Samko M, et al. *Otsinka oblasnoyi tsilovoyi sotsialnoyi programy z protydyiyi VIL-infektsiyi/SNIDu na 2009–2016 roky u Lvivskiy oblasti* [Evaluation of the oblast target social program on combating HIV / AIDS for 2009–2016 in Lviv region]. Kyiv: MBF «Alyans gromadskogo zdorov'ya»; 2018. 96 s. [Ukrainian]
4. Brooke G Rogers, Jasper S Lee, Sierra A Bainter et al. A multilevel examination of sleep, depression, and quality of life in people living with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology.* 2018; 19: 83.
5. Yaya I, Djalogue L, Patassi AA, Landoh DE, Assindo A, Nambiema A, et al. Health-related quality of life among people living with HIV/AIDS in Togo: individuals and contextual effects. *BMC Research Notes.* 2019; 12: 140.
6. Ferreira AC, Teixeira AL, Silveira FM, Carneiro M. Quality of life predictors for people living with HIV/AIDS in an impoverished region of Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.* 2018; 51: 743-51.
7. Ghisvand H, Higgs P, Noroozi M, Ghaedamini Harouni G, Hemmat M, Ahounbar E, et al. Social and demographical determinants of quality of life in people who live with HIV/AIDS infection: evidence from a meta-analysis. *Biodemography Soc Biol.* 2020 Jan-Mar; 65(1): 57-72. doi: 10.1080/19485565.2019.1587287
8. Bello Abdullahi Suleiman, Mohammed Yahaya, Olaniyan FA, Sule AG, Sufiyan MB. Determinants of health-related quality of life among human immunodeficiency virus positive (HIV-positive) patients at Ahmadu Bello University teaching hospital, Zaria, Nigeria- 2015. *BMC Public Health.* 2020; 20: 531. doi: 10.1186/s12889-020-08659-9
9. Hewko SJ, Cummings GG, Pietrosanu M, Edwards N. The Impact of Quality Assurance Initiatives and Workplace Policies and Procedures on HIV/AIDS-Related Stigma Experienced by Patients and Nurses in Regions with High Prevalence of HIV/AIDS. *AIDS and Behavior.* 2018; 22: 3836–46.
10. Zhu M, Guo Y, Li Y, Zeng C, Qiao J, Xu Z, et al. HIV-related stigma and quality of life in people living with HIV and depressive symptoms: indirect effects of positive coping and perceived stress. *AIDS Care.* 2020; 14: 1-6. doi: 10.1080/09540121.2020.1752890
11. Xie F, Zheng H, Huang L, Yuan Z, Lu Y. Social Capital Associated with Quality of Life among People Living with HIV/AIDS in Nanchang, China. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Jan 18; 16(2): 276. doi: 10.3390/ijerph16020276
12. Sineke T, Evans D, Schnippel K, van Aswegen H, Berhanu R, Musakwa N, et al. The impact of adverse events on health-related quality of life among patients receiving treatment for drug-resistant tuberculosis in Johannesburg, South Africa. *Health Qual Life Outcomes.* 2019 May 31; 17(1): 94. doi: 10.1186/s12955-019-1155-4
13. Medeiros RCSC, Medeiros JA, Silva TAL, Andrade RD, Medeiros DC, Araujo JS, et al. Quality of life, socioeconomic and clinical factors, and physical exercise in persons living with HIV/AIDS. *Rev Saude Publica.* 2017; 51: 66.
14. Piddubna AI, Denysenko OV, Zlydenny TV, Korniyev SM. Yakist zhyttya osib z VIL, infikovanykh statevym shlyakhom [Quality of life of people living with HIV who are sexually infected]. *Vseukrayinska naukovo-praktychna konferentsiya «Infektsiyni khvoroby v praktytsi likarya-internista: suchasni aspekty».* SumDU; 2016 Jun 15-16. [Ukrainian]
15. Karkashadze E, Gates M, Chkhartishvili N, DeHovitz J, Tsertsvadze T. Assessment of quality of life in people living with HIV in Georgia. *International Journal of STD & AIDS.* 2016; 28(7): 672-8. doi: 10.1177/0956462416662379
16. Feshchenko Yul, Mostovoy YuM, Babiychuk YuV. Protsedura adaptatsiyi mizhnarodnogo opytuvalnyka otsinky yakosti zhyttya MOS SF-36 v Ukrayini. Dosvid zastosuvannya u khvorykh bronkhialnoyu astmoyu [Procedure for adaptation of

- the MOS SF-36 international quality of life assessment questionnaire in Ukraine. Experience in patients with bronchial asthma]. *Ukrayinskyy pulmonologichnyy zhurnal*. 2002; 3: 9–11. [Ukrainian]
17. Ghodrati S, Habibi AM, Sadeghi FV, Ebrahim BF, Shahabi NZ. Quality of Life, Everyday Functioning, and Prospective memory Impairments in Patients Infected with HIV. *Research in Psychological Health*. 2018; 10(3): 58-69.
 18. Ghiasvand H, Waye KM, Noroozi M, Harouni GG, Armoon B, Bayani A. Clinical determinants associated with quality of life for people who live with HIV/AIDS: a Meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2019 Oct 29;19(1):768. doi: 10.1186/s12913-019-4659-z
 19. Rubtsova AA, Sabbag S, Sundermann E, Nguyen AL, Ellis RJ, Moore DJ, et al. Neurocognitive Impairment. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2020; 31(3): 290-300 doi: 10.1097/JNC.000000000000142

УДК 616.98:578.828-053.2

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЛЬВОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Орфин А. Я., Мазепа М. А.

Резюме. Актуальность темы исследования заключалась в том, что Украина является страной, которая демонстрирует прирост новых случаев ВИЧ-инфекции и продолжает удерживать лидирующие позиции по эпидемии СПИДа на Европейском континенте.

Изучение уровня качества жизни людей, живущих с ВИЧ во Львовской области заключается в возможности оценить действенность государственных и некоторых международных программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, обеспечения антиретровирусной терапии и приверженность пациентов к ней, а также влияние культурных, религиозных и этнических особенностей Западного региона.

Целью исследования было установить основные показатели, определяющие качество жизни ВИЧ-инфицированных жителей Львовской области, которые находятся под наблюдением в «Общественном центре здоровья» и на стационарном лечении в «Львовской областной инфекционной клинической больницы».

Опрошено 100 пациентов с ВИЧ-позитивным статусом и 100 здоровых жителей Львовской области. Пациенты были разделены на три исследовательские группы: I-я группа – все 100 обследованных людей, живущих с ВИЧ, II-я группа – 73 пациентов с ВИЧ-позитивным статусом, которые находились на наблюдении и получали амбулаторную медицинскую помощь в «ГЦЗ». В III-ю группу включены 27 пациентов, находившихся на стационарном лечении в «ЛОИКЛ». Контрольную группу составили 100 взрослых условно здоровых жителей области в возрасте от 19 до 65 лет. Для оценки качества жизни использовали общий опросник качества жизни SF 36.

Выявлено, что общий показатель качества жизни по опроснику SF 36 были достоверно ниже в людей, живущих с ВИЧ, чем в контрольной группе – $53,5 \pm 8,13$ против $84,5 \pm 3,25$, $p < 0,05$. Установлено также существенную разницу как по показателю физического компонента здоровья ($54,3 \pm 1,23$ против $83,5 \pm 2,73$, $p < 0,05$), так и по показателю психического компонента здоровья ($52,5 \pm 2,15$ против $79,4 \pm 2,45$, $p < 0,05$), что свидетельствует о влиянии на качество жизни как патологического процесса, обусловленного ВИЧ/СПИДом, так и стигм дискриминации. Наиболее существенное снижение показателей качества жизни установлено у пациентов, находящихся на стационарном лечении. Такие результаты показывают значительное влияние на показатели качества жизни патологического процесса в остром периоде или в стадии обострения. У пациентов, употреблявших психоактивные вещества, показатели по всем шкалам опросника были несколько лучше, чем такие же у ВИЧ-инфицированных которые не употребляли таких веществ. Перспектива дальнейших исследований видится в проведении мультицентровых исследований в Украине оценки качества жизни в людей, живущих с ВИЧ, и установлении степени завязок, между факторами, которые могут влиять на качество жизни ВИЧ-инфицированных – социальных, экономических, медико-биологических и психологических. Открытой остается проблема разработки реабилитационных программ и мероприятий, направленных на улучшение качества жизни людей, живущих с ВИЧ.

Ключевые слова: ВИЧ/СПИД, качество жизни, опросник SF 36, пациент, показатель.

UDC 616.98:578.828-053.2

Assessment of Quality Indicators of Life of HIV-Infected Residents of Lviv Region

Orfin A. Ja., Mazepa M. A.

Abstract. Ukraine is a country that is showing an increase in new cases of HIV infection and it continues to hold a leading position on the AIDS epidemic on the European continent. That is the reason for relevance of the research topic.

The study of the quality of life of people living with HIV in Lviv region is an opportunity to assess the effectiveness of state and some international programs to combat HIV / AIDS, ART and patient adherence to it, as well as the impact of cultural, religious and ethnic features of the Western region.

The purpose of the study was to establish the main indicators that determine the quality of life of HIV-infected residents of Lviv region, who were under medical supervision in the "Public Health Center" and inpatient treatment at the "Lviv Regional Infectious Diseases Clinical Hospital".

Materials and methods: 100 patients with HIV-positive status and 100 healthy residents of Lviv region were interviewed. Patients were divided into three study groups: group I included 100 examined people living with HIV, group II had 73 patients with HIV-positive status, who were under observation and received outpatient care at the HCC. Group III included 27 patients who were hospitalized in "LOIKL". The control group consisted of 100 adults and relatively healthy residents of Lviv region aged from 19 to 65 years. The general quality of life questionnaire SF 36 was used to assess the patients' quality of life.

Results and discussion. The study results showed that the overall quality of life index according to the SF 36 questionnaire was significantly lower in people living with HIV (53.5 ± 8.13) than in the control group (84.5 ± 3.25 , $p < 0.05$). There was also a significant difference both in terms of physical health component (54.3 ± 1.23 vs. 83.5 ± 2.73 , $p < 0.05$) and in terms of mental health component (52.5 ± 2.15 vs. 79.4 ± 2.45 , $p < 0.05$), which indicated the impact on quality of life as a pathological process caused by HIV / AIDS and the stigma of discrimination. The most significant decrease in quality of life was found in patients who were hospitalized. Such results showed a significant effect on the indicators of quality of life pathological process in the acute period or at the stage of exacerbation.

Conclusion. The scores on all scales of the questionnaire were slightly better in patients who used psychoactive substances, than those in HIV-infected people who did not use such substances. The prospect of further research is seen in conducting multicenter studies in Ukraine on the assessment of quality of life in people living with HIV and establishing the degree of linkages between the factors that may affect the quality of life of HIV-infected people: social, economic, biomedical, and psychological. The problem of developing rehabilitation programs and measures aimed at improving the quality of life of people living with HIV remains open.

Keywords: HIV / AIDS, quality of life, SF 36 questionnaire, patient, indicator.

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 14.02.2020 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування