

Республиканская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы зависимых форм поведения» Минск, 21 июня 2013 г.//Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. Приложение. –С.30-34.

УДК 615.212.7—032.13—003.96—06:616.98:578.828:613.85

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ

Игумнов С.А.¹, Станько Э.П.²

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет»

² УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Цель исследования – установить факторы, влияющие на приверженность к терапии у ВИПН и предложить базовую концептуальную модель, направленную на повышение приверженности к лечению у ВИПН.

Материал и методы. Проведено проспективное когортное исследование путем анонимного анкетирования ПИН, проживающих в Брестской, Гомельской, Гродненской областях и г. Минске. Критерии отбора участников исследования и основная анкета были идентичны: участники анкетирования имели синдром опиоидной зависимости, инъекционную практику в течение последнего месяца. Все обследованные лица дали информированное согласие перед проведением исследования на участие в анонимном анкетировании.

Анонимное анкетирование респондентов осуществлено на базе лечебных учреждений и местах привычного для ВИПН пребывания. Для проведения социологического опроса использовалась структурированная анкета, разработанная по результатам клинико-психопатологического исследования ВИПН, ВИЧ-негативных ПИН.

Анкета включала ряд блоков: демографическая информация; характер восприятия наркотической зависимости и ВИЧ-инфекции; степень информированности о последствиях длительной наркотизации и ВИЧ-

инфекции, несоблюдения режима лечения; отношения с медицинским персоналом, отношение к лечению наркозависимости и антиретровирусной терапии; организация медицинской помощи ВИПН; распространенность рискованных форм инъекционного и сексуального поведения среди ВИПН; противоправная активность ВИПН. Некоторые вопросы допускали несколько вариантов ответов. Проверка демографических данных среди обследуемой популяции дубликатов не выявила. Оценка факторов, влияющих на приверженность к лечению у ВИПН, осуществлялась на основе частотного анализа с использованием Microsoft Excel и SPSS 17.0 for Windows [1].

Результаты. В рамках исследования опрошено 213 ВИПН, средний возраст которых составил 32,74 года ($SD=5,71$). Из них, 73,7% – лица мужского пола, 26,3% – женского. Средний возраст мужчин составил $33,8\pm 5,69$ лет, женщин – $29,7\pm 4,58$ лет. Среднее значение длительности наркотизации – 11,4 лет ($SD=5,82$); у лиц мужского пола – $11,8\pm 0,49$ лет и женского – $10,4\pm 0,57$ лет. Состояли на учете в системе МВД 54,9% опрошенных, на диспансерном наркологическом учете и у инфекциониста – 60,1% ВИПН.

Высокая противоправная активность среди ПИН негативно влияет на приверженность к лечению. Так, на учете в инспекции по делам несовершеннолетних состояли 27,7% ВИПН; 61,9% респондентов отбывали наказание; 6,6% – имели условный срок; 70,9% – повторную судимость. Причиной судимости, как отметили 64,6% опрошенных, были преступления, связанные незаконным оборотом наркотиков; 14,6% – корыстные и имущественные преступления (кражи магазинные ночные, автомобильные, поджоги); 5,2% – насильственные действия, преступление против личности (ограбление, нападение, изнасилование); 4,2% – другие (мошенничество, подделка документов и др.). В большинстве случаев, преступления совершались многократно, повторно: 2 раза – 3,8% случаев; 3 – 11,7% случаев; 4 – 29,6% случаев; 5 – 22,5% случаев; 6 – 8,9% случаев; 7 – 5,2%

случаев; 8 раз – 2,3% случаев. Средний возраст совершения первого правонарушения составил $15,9 \pm 0,51$ лет.

Следовательно, общественная опасность ВИПН проявлялась криминальной и некриминальной формами общественно опасного поведения, при которых основной направленностью противоправной активности ВИПН является незаконный оборот наркотиков. Совершение преступлений ВИПН в зависимости от состояний, в которых они находились, представлены на рис. 1.

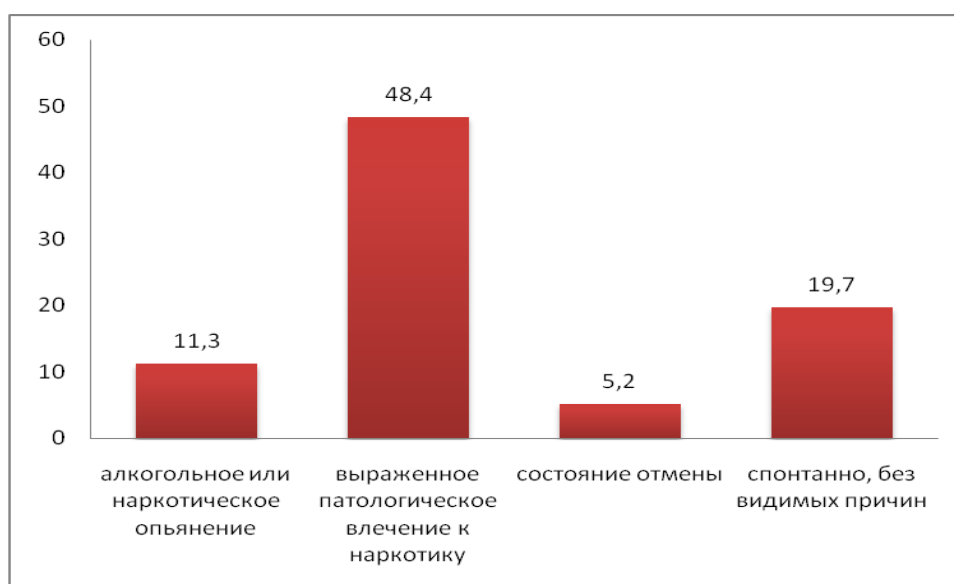


Рис.1 Состояния ВИПН, при которых совершены преступления

Как видно из рис. 1, в большинстве случаев, по мнению ВИПН, преступления совершены ими в состоянии выраженного патологического влечения к наркотику или в состоянии алкогольного (наркотического) опьянения. Таким образом, реализация противоправных действий осуществляется ВИПН в определенных наркологических состояниях, что указывает на необходимость проведения лечебных мероприятий для профилактики повторной противоправной деятельности ВИПН.

Игнорирование общепризнанных норм общежития, оппозиционная манера поведения до 18-летнего возраста наблюдалась у 44,6% ВИПН; в виде пренебрежительного отношения к лицам ближайшего окружения – у 25,4%; внешне обвиняющих форм реагирования в конфликтных ситуациях – 15,5%;

преднамеренного нанесения повреждений непосредственно источнику-раздражителю – 15,0%; brutальных аффективных реакций на конфликтные ситуации с порчей имущества – 7,0%; преднамеренного нанесения повреждений близким, знакомым и незнакомым – 3,3%.

Хаотичный образ жизни многих ПИН, выраженная зависимость от ПАВ с доминированием рискованных форм инъекционного и полового поведения способствуют снижению приверженности к терапии и уменьшают эффективность лечения наркозависимости и ВИЧ-инфекции [2, 3].

Оценка риска инъекционного поведения ВИПН показала, что в течение месяца перед исследованием 26,7% респондентов вводили себе наркотик, приготовленный другим человеком, который сделал себе инъекцию или помогал сделать другому; 23,0% – вводили наркотик, приготовленный в ложке, другой емкости для смешивания, которыми пользовался другой человек; 19,7% – шприцем или иглой другого человека; 19,2% – шприцем или иглой, до которых дотрагивался другой человек, сделавший себе инъекцию; 18,3% – отфильтрованный через фильтр, которым уже пользовался другой; 17,8% – приготовленный на воде, которой уже пользовался другой человек; 16,9% – шприцем или иглой после другого человека, который ввел себе часть наркотика из общей емкости; 14,1% – приготовленный сразу после того, как «помогал» другому человеку сделать инъекцию; 13,6% – контактировавший с иглой/шприцем, которым уже пользовался другой человек.

Оценка половой активности ВИПН свидетельствует о том, что половые отношения с женщинами практиковали 61,9% опрошенных, с мужчинами – 26,3%; с женщинами и мужчинами – 3,8%; с использованием средств защиты – лишь 14,1% опрошенных. Вступали в половые отношения со случайными партнерами 36,6% опрошенных. С целью продажи сексуальных услуг, чтобы заработать деньги на приобретение наркотика – 8,5% респондентов. Кроме того, за последний месяц 28,6% респондентов имели, после инъекции наркотика, незащищенный половой контакт (вагинальный, мануальный,

оральный, анальный) с другим человеком; во время менструации – 9,8%; без использования увлажняющих средств – 20,7%. Контакт с кровью другого человека (драка, ранение, спорт, членовредительство, случайно, делали татуировку, пирсинг вне косметического салона или пользовались чужими предметами личной гигиены – ножницы, щипцы, пинцет, расческа, зубная щетка, лезвия) отметили 11,7% респондентов.

Заключение. Метод анонимного анкетирования для оценки факторов, влияющих на приверженность к терапии у ВИПН, является высокоинформативным и необходимым для разработки концептуальной модели, на которой должна базироваться планируемая деятельность, направленная на повышение приверженности к лечению у ВИПН [4, 5].

Структуру концептуальной модели составляют индивидуально-личностные, медицинские, социальные и организационные факторы. К индивидуально-личностным факторам относятся: потребление наркотиков и алкоголя; отсутствие информации; незнание или низкое восприятия риска последствий наркозависимости и ВИЧ; нехватка знаний о возможностях АРТ; сомнения в эффективности лечения наркозависимости и необходимости лечения ВИЧ; тревожные опасения и страх (побочных эффекты АРТ, потери здоровья и благополучия, потери автономии, смерть, страх отторжения, изоляции, маргинализации и дискриминации; потеря работы, занятости; страх юридических последствий – криминальная ответственность, нелегальное потребление наркотиков, ограничение стиля жизни); отсутствие мотивации, жизненных перспектив; жизненные проблемы и кризисы,

Среди медицинских факторов можно выделить: низкую эффективность лечения наркозависимости и ВИЧ; наличие психических расстройств; прерывание, несоблюдение режима АРТ, неправильное использование лекарств; побочные эффекты АРТ; нежелательные взаимодействия лекарственных препаратов, токсичность, гепатотоксичность, наличие сопутствующих заболеваний; отсутствие мониторинга за приемом АРТ и

эффективностью лечения наркозависимости; отсутствие мониторинга иммунного статуса (CD4+, вирусная нагрузка).

Социальные факторы представлены отсутствием поддержки (психосоциальной, семейной, общественной), психосоциальными проблемами, незанятостью, безработицей, бездомностью, плохим питанием, бедностью, стигматизацией, самостигматизацией, дискриминацией.

К организационным факторам следует отнести отсутствие функционального информационно-образовательного центра по проблемам наркозависимости и ВИЧ-инфекции на базе учреждений здравоохранения, где оказывается специализированная медицинская помощь; низкую осведомленность при оказании медицинской помощи ВИПН врачей психиатров-наркологов в вопросах ВИЧ-инфекции и инфекционистов в вопросах наркозависимости, также среднего и младшего медперсонала в вопросах стигматизации ВИПН; отсутствие должной координации в работе наркологической и инфекционной служб; отсутствие клинического протокола ведения ВИПН, этапности и преемственности при оказании медицинской помощи; низкое качество медицинских услуг и эффективность лечения наркозависимости и ВИЧ-инфекции.

Литература

1. Бююль, А. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей / А. Бююль, П. Цефель. – СПб., 2002. – 608 с.
2. Городнова, М.Ю. Актуальные вопросы психологии приверженности к лечению у наркологических больных и психологии лечебной среды [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2012. – Vol. 5, № 16. – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 08.05.2013).
3. HIV-related knowledge and adherence to HAART / L. Weiss [et al.] // AIDS Care. – 2003. – Vol. 15, № 5. – P. 673-679.

4. Разработка и апробация модели медико-социальной помощи наркологическим пациентам с разными уровнями мотивации к лечению и риску ВИЧ-инфицирования в стационаре / Карпец А.В. [и др.] // Вопросы наркологии. – № 1. – 2011. – с.72-80.

5. Карпец, А.В. Партнерская модель медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, освободившихся из мест лишения свободы: практический опыт реализации на примере Оренбурга и Оренбургской области. / А.В. Карпец, С.В. Пхиденко, О.В. Маринец : под ред. А.В. Карпец. – Оренбург : Союз, 2010. – 126 с.