

ІНТЕГРАЦІЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У РОБОТУ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ВІЛ

А. Я. Орфін^{1,2}, М. А. Мазепа¹

¹ – Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського, м. Львів, Україна

² – Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Львів, Україна

Резюме

Вступ. Люди, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), мають велику потребу у фізичній терапії (ФТ), однак існує багато перешкод у доступі до неї. Конкретних рекомендацій щодо того, як інтегрувати ФТ в мультидисциплінарні команди та амбулаторні програми допомоги ЛЖВ, в даний час не вистачає.

Мета дослідження. Визначити фактори, які слід враховувати при інтеграції ФТ у роботу мультидисциплінарної команди при наданні допомоги ЛЖВ.

Матеріал і методи. Проведено описове соціологічне дослідження, що складалося зі співбесіди з медичними працівниками (n=12) та з дорослими, які живуть з ВІЛ (n=13).

Результати дослідження та їх обговорення. Керуючись принципами біопсихосоціальної моделі при вивченні бар'єрів і факторів, які потрібно враховувати під час інтеграції ФТ у мультидисциплінарну команду ведення ЛЖВ, виділено 8 контекстуальних факторів, які можуть вплинути на інтеграцію ФТ у догляді за ЛЖВ.

Висновок. Роль ФТ у догляді ЛЖВ є багатофакторна та орієнтована на пацієнта, особлива роль належить контекстуальним факторам.

Перспективи подальших досліджень. Структурування режиму ФТ з орієнтацією на конкретного пацієнта; розробка методів оцінювання ФТ як складової міжпрофесійної допомоги.

Ключові слова: Люди, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), мультидисциплінарна команда, фізична терапія, контекстуальні фактори.

ВСТУП

Завдяки досягненням охорони здоров'я у поєднанні з антиретровірусною терапією (АРТ) збільшилась тривалість життя людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ) [3, 10]. Однак у цих осіб розвивається мультиморбідність, приєднуються геронтологічні проблеми, інвалідизація, фіксуються психічні та когнітивні розлади, страждає мобільність та соціальне залучення [3, 4]. В літературі накопичено багато доказових даних стосовно ефективності фізичної терапії (ФТ) у ЛЖВ [4-6, 9]. Незважаючи на докази користі ФТ, пацієнти з ВІЛ не мають повноцінного доступу до ФТ і за кордоном, і в Україні [10]. Перешкодами для доступу до ФТ серед ЛЖВ є відсутність доступних послуг на стаціонарному і амбулаторному етапі лікування, стигми, фінансові бар'єри, брак

знань як серед медичних працівників та і ЛЖВ про роль ФТ у догляді за ЛЖВ [11, 15]. За даними літератури у США, Великій Британії фізичні терапевти мають достатній досвід роботи з ЛЖВ на амбулаторному етапі у складі мультидисциплінарних команд у медичних та соціальних моделях догляду за пацієнтами цього профілю [4, 12]. Однак конкретних рекомендацій щодо того, як інтегрувати ФТ в мультидисциплінарні команди та амбулаторні програми допомоги ЛЖВ, в даний час не вистачає.

За останні два десятиліття медична спільнота перейшла від біомедичної моделі хвороби до біопсихосоціальної, що визначає здоров'я і хворобу як результат взаємодії фізіологічних, психологічних та соціальних процесів. Система реабілітації ґрунтується на біопсихосоціальній моделі обмеження

життєдіяльності, реабілітаційній стратегії охорони здоров'я та Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Нами була створена описова гіпотеза щодо структурно-функціональних зв'язків та соціальних характеристик ЛЖВ. Передбачалось одержати емпіричні відомості, які б давали відносно цілісне уявлення про систему фізичної реабілітації ЛЖВ, її структурні елементи і за допомогою яких можна було б перевірити описову гіпотезу.

Мета дослідження. Визначити фактори, які слід враховувати при інтеграції ФТ у роботу мультидисциплінарної команди при наданні допомоги пацієнтам з ВІЛ з точки зору пацієнтоцентристської концепції.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для досягнення мети проведено описове соціологічне дослідження, що складалося зі співбесіди з медичними працівниками та з дорослими, які живуть з ВІЛ.

У дослідження було включено 25 учасників, які були розділені на дві групи. До першої групи увійшло 13 дорослих, які живуть з ВІЛ, віком від 18 років, до другої залучили 12 медичних працівників. Серед залучених працівників Львівського центру громадського здоров'я (ГЦЗ) були терапевт, лікар-інфекціоніст, фтизіатр, медичні сестри, психолог та соціальні працівники. Для збору даних нами було розроблено напівструктуроване інтерв'ю для медичних працівників і настанови для ЛЖВ. Для досягнення мети ми використали два блоки питань. У першому учасники розповідали про свої нинішні знання з ФТ, включно з їхнім досвідом роботи з фізичним терапевтом. Під час роботи з другим блоком учасник висловлював своє ставлення до ролі ФТ в міждисциплінарній допомозі ЛЖВ. Опитування провели або за допомогою анкетування учасників (дорослі, що живуть з ВІЛ) або під час короткої бесіди (медичні працівники). Дослідження проводилося у вигляді інтерв'ю віч-на-віч чи співбесіди через засоби зв'язку Zoom, Skype, за допомогою розміщення інформаційних повідомлень у спільнотах соціальних мереж та методом «з уст в уста» серед пацієнтів та працівників ЦГЗ. Інтерв'ю були зафіксовані в аудіо записах та переписані дослівно, після чого перевірені на точність. Після групування даних проведено їх аналіз.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У Львівському ЦГЗ надається спектр міждисциплінарних медичних послуг, що включають амбулаторну медичну допомогу та соціально-просвітницькі послуги (інформаційна підтримка) ЛЖВ. У структурі амбулаторної допомоги ЛЖВ відсутній сегмент для

забезпечення ФТ, однак впродовж останніх трьох років розпочалась робота серед ЛЖВ як по наданню інформаційної підтримки так і наданню послуг з ФТ. Згідно із Законом України «Про систему реабілітації в Україні» Національна служба здоров'я України розробила кілька пакетів послуг для реабілітаційної медицини, але на даному етапі ГЦЗ цих пакетів не використовує [2]. Це пов'язано з тим, що у ГЦЗ посада спеціаліста з ФТ не передбачена.

У групі ЛЖВ більшу частку склали пацієнти чоловічої статі – 8 (73%). Вік пацієнтів у середньому становив 39 років. Щодо сімейного стану, то 8 пацієнтів (73%) були самотніми, 2 вдівці (18%) і 3 одружені (27%). Лише 3 (27%) пацієнти були соціально адаптовані як волонтери. ВІЛ було діагностовано з 2008 по 2019 роки у більшості пацієнтів на стадії СНІДу – 10 (77%). Характеризуючи своє здоров'я, 4 (36%) пацієнти вказали, що почуваються відмінно або добре. Решта 8 (72%) ЛЖВ відзначили рівень здоров'я від середнього до дуже низького. Шестеро пацієнтів повідомляли про наявність супутніх проблем зі здоров'ям: м'язові болі – 7 (64%), стоматологічні проблеми – 6 (55%), синдром виснаження при ВІЛ – 6 (55%), біль у суглобах – 6 (55%) та психічні розлади – 6 (55%). На ці ж проблеми у ЛЖВ вказують інші дослідники [13].

Описуючи свій досвід ФТ у більшості випадків мова йшла про реабілітацію після серцево-судинних захворювань, інсульту та проблем з опорно-руховим апаратом. Проте нечасто досліджувані згадували досвід ФТ в контексті вирішення проблем зі здоров'ям, пов'язаних з ВІЛ або побічними ефектами від лікування ВІЛ. На момент опитування фізичного терапевта відвідувало 3 (27%) пацієнти, впродовж останнього року – 8 (73%) пацієнтів і жодного разу 4 (36%) пацієнтів не відвідували фахівця з фізичної терапії. Пацієнти які мали досвід ФТ отримували послуги приватних реабілітаційних центрів. Після сеансів ФТ ЛЖВ відзначали поліпшення рухливості при виконанні повсякденної роботи, кращий результат був під наглядом фізичного терапевта, який підтримував мотивацію, проводив навчання і допомагав подолати труднощі дотримання режиму. Деякі учасники описували ФТ як життєвий досвід, що позитивно вплинув на їхній погляд на життя з ВІЛ у соціумі. Вони пояснювали це покращенням впевненості у собі, емоційного благополуччя та самооцінки.

Не всі учасники, які живуть з ВІЛ, мали можливість отримати доступ до ФТ, якої вони потребували. Причини цього були: фінансові труднощі, відсутність страхування та державних гарантій, епізодична інвалідність (загострення перебігу ВІЛ), брак знань у себе та серед медичних працівників в системі допомоги ЛЖВ.

Таблиця 1.

Характеристика дорослих, що живуть з ВІЛ (n=13)

Показник	Кількість пацієнтів (%)
Стать: Чоловіки Жінки	8 (73) 2 (18)
Вік (роки), медіана (інтервал)	39 (23, 55)
Сімейний стан: Самотній Вдівець Одружений	8 (73) 2 (18) 3 (27)
Поточна робота чи волонтерство: Працює/волонтер	3 (27)
Рік діагностики ВІЛ	2008-2019рр.
В даний час приймаю АРТ	9 (82)
Вірусне навантаження менше 10 тис копій/мл	7 (64)
Самооцінка стану здоров'я: Відмінно Добре Посередньо Погано Дуже погано	2 (18) 2 (18) 5 (45) 2 (18) 1 (9)
Супутні симптоми та синдроми: Біль у м'язах Біль у суглобах Стоматологічні проблеми Синдром виснаження ВІЛ Психічні проблеми	7 (64) 6 (55) 6 (55) 6 (55) 6 (55)
Досвід фізичної терапії: На даний момент відвідую фізичного терапевта Був у фізичного терапевта за останній рік Ніколи не був у фізичного терапевта	3 (27) 6 (55) 4 (36)
Причини відвідування фізичного терапевта: ВІЛ або побічні ефекти лікування Інші стани здоров'я Проблеми з фізичним здоров'ям Проблеми, що стосуються щоденного функціонування Проблеми, що стосуються щоденного само догляду Щоб допомогти повернутися до дозвілля та розваг	8 (73) 7 (64) 6 (55) 6 (55) 6 (55) 5 (45)

Таблиця 2.

Характеристика медичних працівників (n=12)

Критерій (Ознака)	Кількість учасників (%)
Спеціалісти Лікар-інфекціоніст Терапевт Фтизіатр Психолог Інші медичні працівники	3 (25) 1 (8) 1 (8) 1 (8) 1 (8) 6 (50)
Місце роботи та досвід лікарів (n=6) Громадський центр або кабінет здоров'я Лікарня	3 (25) 3 (25)
Досвід роботи з ЛЖВ (роки), медіана (інтервал)	12 (8, 16)
Досвід роботи в спеціалізованих групах (роки), медіана (інтервал)	9 (4, 12)

Медичні працівники мали досвід роботи з ЛЖВ у межах від 8 до 16 років. Вони розглядали ФТ як додатковий метод в догляді і лікуванні ЛЖВ. Стосовно ролі ФТ у догляді за ЛЖВ то йшлося в основному про призначення ФТ хворим із серцево-судинними, неврологічними захворюваннями та проблемами опорно-рухового апарату. Для професійного втручання фізичного терапевта пацієнтів скеровували у приватні реабілітаційні центри. На думку медичних працівників залучення у мультидисциплінарну бригаду фізичного терапевта дозволить значно покращити роботу команди в напрямку «соціальних детермінант здоров'я», включаючи соціальну підтримку та середовище проживання пацієнтів.

На жаль, більшість медичних працівників висловилися про брак «клінічного досвіду» роботи з фізичним терапевтом. Це обумовлено відсутністю ФТ у протоколах та алгоритмах надання медичної допомоги ЛЖВ в Україні. Під час обговорення ролі фізичного терапевта у лікуванні та догляді ЛЖВ медичним працівникам не вистачало впевненості. Найважче було обговорювати сферу практичного застосування ФТ у ЛЖВ через брак доступу до ФТ. Обидві групи опитуваних одноставно вказали на дефіцит знань про ФТ, на що наголошують також зарубіжні дослідники [5, 7]. Учасники від охорони здоров'я підтримали концепцію ФТ, в якій фізичний терапевт виступає в ролі «дуже цінного союзника» для виявлення і максимального задоволення потреб пацієнта, підтримати важливість залучення ЛЖВ до участі у реабілітаційних програмах з ФТ, навчання і зміні способу життя. Вони охарактеризували ФТ як реабілітаційний процес, який може допомогти людям, що живуть з ВІЛ, досягти функціональної незалежності та повернутися до життя у громаді.

Нашими попередніми дослідження показано, що за даними анкетування SF-36 загальний показник здоров'я був 53,5, фізичний компонент – 54,3 і психічний компонент – 52,6 і ці показники були значно нижчі від аналогічних у здорових [1].

ЛЖВ відзначали збільшення впевненості в собі, покращення настрою та полегшення депресивних проявів після виконання комплексу вправ з фізичним терапевтом. Усвідомлення того, що вони мають доступ до ФТ дає їм надію та оптимізм на подолання довгострокових викликів пов'язаних з ВІЛ. Аналогічно медичні працівники позитивно оцінювали вплив ФТ на психічне здоров'я, зокрема, покращення когнітивних функцій. Проте частина медичних працівників вважали, що ФТ може погіршити психічне здоров'я і це вони пов'язували з необхідністю активного вивчення ЛЖВ нової інформації, що призводить до надмірного навантаження на ЦНС. ЛЖВ визначили також соціальні проблеми: стигми дискримінації, соціальна ізоляція, нестабільні умови

життя. Завдяки ФТ можна нівелювати соціальну ізоляцію під час групових занять, програма ФТ дозволить їм зустрічатися і виконувати вправи разом, створюючи нові соціальні комунікації, та за допомогою однорангової підтримки.

На основі аналізу результатів опитування ЛЖВ і медичних працівників, а також основних положень МКФ, ми окреслили основні ролі ФТ у догляді за ЛЖВ – багатомірна роль ФТ та врахування контекстуальних факторів при догляді за ЛЖВ. Роль ФТ для ЛЖВ за МКФ визначається взаємозалежними доменами і орієнтована на вирішення питань фізичного, соціального та психічно здоров'я ЛЖВ. Нами виділено 8 основних контекстуальних факторів, які домінують у житті ЛЖВ і мають бути враховані під час визначення ролі ФТ в їх житті: старіння, періодичні загострення ВІЛ, мультиморбідність, конкуренція пріоритетів, безперервність допомоги, стигми дискримінації, безпека ресурсів та соціальна ізоляція. Старіння в розумінні ЛЖВ означає збільшення тривалості життя, що призводить до збільшення проблем зі здоров'ям (хвороби серцево-судинної системи, опорно-рухового апарату) та до потреби у тривалому догляді. Інші автори також вказують, що супутні захворювання, що значно впливають на роль та цілі ФТ у ЛЖВ [14]. Учасники з групи ЛЖВ повідомили, що загострення ВІЛ значно впливають на усі сфери життя та здоров'я і на можливість брати участь у ФТ. Проблеми зі здоров'ям можуть бути різними кожного наступного загострення і це приводить до постійних змін цілей ФТ без досягнення попередніх. Депресія зокрема та поліморбідність є серйозними чинниками, які можуть перешкоджати виконувати вказівки фізичного терапевта та досягати цілей, визначених програмою ФТ. У літературі йдеться про позитивний вплив ФТ на депресивні розлади у ЛЖВ [5, 15]. Через збільшення тривалості життя та старіння ЛЖВ прояви поліморбідності та наслідки тривалого лікування на думку більшості дослідників ФТ набуває особливо важливого значення [3, 5, 7, 8]. Конкуруючі пріоритети стосуються усього періоду життя ЛЖВ. Використавши засоби ФТ можна «правильно» розставити пріоритети та мотивувати ЛЖВ до роботи з фізичним терапевтом. Аналіз опитування ЛЖВ показав, що джерелом стигм дискримінації є суспільство, суворі релігійні догмати, члени сім'ї та самі ж ЛЖВ. ЛЖВ часто вагаються звертатися за медичною допомогою чи соціальною підтримкою через страх розкрити свій статус. Учасники з групи ЛЖВ висловлювали потребу у забезпеченні фізичним терапевтом дружнього ставлення, без осуду, де вони матимуть соціальну підтримку під час отримання необхідних послуг. Появу соціальної ізоляції можна пояснити відсутністю значної соціальної взаємодії через

епізодичні загострення ВІЛ, проблеми з психічним здоров'ям та стигматизацію і ФТ може пом'якшити соціальну ізоляцію серед ЛЖВ шляхом роботи у однорідних групах. У зв'язку з цим варто розглянути надання ЦГЗ пакету реабілітаційних послуг для ведення ЛЖВ. У дослідженні 2013-2014 років серед опитаних ЛЖВ лише 17% мали доступ до ФТ [16]. 82% учасників нашого дослідження мали доступ до ФТ та мали розуміння потреби ФТ у догляді ЛЖВ, проте вони проявляли бар'єри по відношенню до ФТ, серед яких були стигматизація та соціальна ізоляція.

ВИСНОВКИ

В результаті проведення першого в Україні описового дослідження по вивченню бар'єрів і факторів, які потрібно враховувати під час інтеграції ФТ у мультидисциплінарну команду у догляді за ЛЖВ, виділено 8 контекстуальних факторів, які важливо враховувати під час роботи з ЛЖВ.

Перспективи подальшого розвитку в даному напрямку. Структурування режиму ФТ з орієнтацією на конкретного пацієнта; розробка методів оцінювання ФТ як складової міжпрофесійної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Орфін А. Я., Мазепа М. А. Оцінка показників якості життя ВІЛ-інфікованих мешканців Львівської області. Український журнал медицини, біології та спорту. 2020. № 4. С. 328-335.
2. Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності: Закону України № 3668 від 16.06.2020. URL: https://w1.l.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=69161
3. Research priorities for rehabilitation and aging with HIV: a framework from the Canada-International HIV and Rehabilitation Research Collaborative (CIHRRRC) / К. О'Бrien, F. Ibanez-Carrasco, P. Solomon та ін. AIDS Res Ther. 2020. № 17. С. 1-13.
4. О'Бrien K., Ibanez-Carrasco F., Solomon P. Evolution of an International Research Collaborative in HIV and Rehabilitation: Community Engaged Process, Lessons Learned, and Recommendations. 2018. № 12. С. 395-408.
5. Where and how does physical therapy fit? Integrating physical therapy into interprofessional HIV care / H. DeBoer, M. Andrews, S. Cudd та ін. Disabil Rehabil. 2019. № 41. С. 1768-1777.
6. Pullen S., Del Rio C., Brandon D. та ін. Associations between chronic pain, analgesic use and physical therapy among adults living with HIV in Atlanta, Georgia: a retrospective cohort study. AIDS Care. 2020. № 32. С. 65-71.
7. Pullen S. Physical therapy as non-pharmacological chronic pain management of adults living with HIV: self-reported pain scores and analgesic use. HIV AIDS (Auckl). 2017. № 18. С. 177-182.
8. Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. Lancet HIV. 2017. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28501495/>.
9. Johs N., Wu K., Tassiopoulos K. Disability Among Middle-Aged and Older Persons With Human Immunodeficiency Virus Infection. Clin Infect Dis. 2017. № 65. С. 83-91.
10. Worthington C., O'Brien K., Myers T. Rehabilitation professionals and human immunodeficiency virus care: results of a national Canadian survey. Arch Phys Med Rehabil. 2008. № 89. С. 105-13.
11. Worthington C., O'Brien K., Myers T. Expanding the lens of HIV services provision in Canada: results of a national survey of HIV health professionals. AIDS Care. 2009. № 21. – С. 1371-80.
12. Brown D., Claffey A., Harding R. Evaluation of a physiotherapy-led group rehabilitation intervention for adults living with HIV: referrals, adherence and outcomes. AIDS Care. 2016. № 28. С. 1495-1505.
13. Li A., McCabe T., Silverstein E. Community-Based Exercise in the Context of HIV: Factors to Consider when Developing and Implementing Community-Based Exercise Programs for People Living with HIV. J Int Assoc Provid AIDS Care. 2017. № 16. С. 267-275.
14. Boscart V. M., Heckman G., Huson K. Implementation of an interprofessional communication and collaboration intervention to improve care capacity for heart failure management in long-term care. J Interprof Care. 2017. № 31. С. 583-92.
15. Solomon P., Salbach N., O'Brien K. Increasing capacity of rehabilitation providers in the management of HIV: a knowledge translation intervention. Physiotherapy. 2015. № 101. С. 1421-1422.
16. Chambers L., Rueda S., Baker D. Stigma. HIV and health: a qualitative synthesis. BMC Public Health. 2015. № 3. С. 848.
17. Hansen K., McDonald C., O'Hara S. A formative evaluation of a nurse practitioner-led interprofessional geriatric outpatient clinic. J Interprof Care. 2017. № 31. С. 546-549.

REFERENCES

1. Orfin, A. J., Mazepa, M. A. (2020). Assessment of Quality Indicators of Life of HIV-Infected Residents of Lviv Region. *Ukrainian Journal of Medicine, Biology and Sport*, 5(4), 328-335. Retrieved from <https://doi.org/10.26693/jmbs05.04.328>
2. Zakonu ukrainy Pro reabilitatsiiu osib z obmezheniamy zhyttiediialnosti № 3668 vid.[On rehabilitation of persons with disabilities: Law of Ukraine № 3668 of 16.06.2020]. Retrieved from <https://www.rada.gov.ua>
3. O'Brien, K. K., Ibáñez-Carrasco, F., Solomon, P., Harding, R., Brown, D., Ahluwalia, P., Chan Carusone, S., Baxter, L., Emlet, C., Restall, G., Casey, A., Ahluwalia, A., Quigley, A., Terpstra, A. R., & Ononiwu, N. (2020). Research priorities for rehabilitation and aging with HIV: a framework from the Canada-International HIV and Rehabilitation Research Collaborative (CIHRRC). *AIDS research and therapy*, 17(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12981-020-00280-5>
4. O'Brien, K.K., Solomon, P., Ibáñez-Carrasco, F., Chegwiddden, W., McDonnell, E., Brown, D., ... (CIHRRC), C.H.R.R.C. (2018). Evolution of an International Research Collaborative in HIV and Rehabilitation: Community Engaged Process, Lessons Learned, and Recommendations. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action* 12(4), 395-408. Retrieved from <https://www.muse.jhu.edu/article/716648>.
5. deBoer, H., Andrews, M., Cudd, S., Leung, E., Petrie, A., Chan Carusone, S., & O'Brien, K. K. (2019). Where and how does physical therapy fit? Integrating physical therapy into interprofessional HIV care. *Disability and rehabilitation*, 41(15), 1768-1777. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1448469>
6. Pullen, S. D., Del Rio, C., Brandon, D., Colonna, A., Denton, M., Ina, M., Lancaster, G., Schmidtke, A. G., & Marconi, V. C. (2020). Associations between chronic pain, analgesic use and physical therapy among adults living with HIV in Atlanta, Georgia: a retrospective cohort study. *AIDS care*, 32(1), 65-71. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1661950>
7. Pullen S. (2017). Physical therapy as non-pharmacological chronic pain management of adults living with HIV: self-reported pain scores and analgesic use. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, 9, 177-182. <https://doi.org/10.2147/HIV.S141903>
8. Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration (2017). Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. *The lancet. HIV*, 4(8), e349-e356. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30066-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30066-8)
9. Johs, N. A., Wu, K., Tassiopoulos, K., Koletar, S. L., Kalayjian, R. C., Ellis, R. J., Taiwo, B., Palella, F. J., Jr, & Erlandson, K. M. (2017). Disability Among Middle-Aged and Older Persons With Human Immunodeficiency Virus Infection. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 65(1), 83-91. <https://doi.org/10.1093/cid/cix253>
10. Worthington, C., Myers, T., O'Brien, K., Nixon, S., Cockerill, R., & Bereket, T. (2008). Rehabilitation professionals and human immunodeficiency virus care: results of a national Canadian survey. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 89(1), 105-113. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.10.009>
11. Worthington, C., O'Brien, K., Myers, T., Nixon, S., & Cockerill, R. (2009). Expanding the lens of HIV services provision in Canada: results of a national survey of HIV health professionals. *AIDS care*, 21(11), 1371-1380. <https://doi.org/10.1080/09540120902883101>
12. Brown, D., Claffey, A., & Harding, R. (2016). Evaluation of a physiotherapy-led group rehabilitation intervention for adults living with HIV: referrals, adherence and outcomes. *AIDS care*, 28(12), 1495-1505. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1191611>
13. Li, A., McCabe, T., Silverstein, E., Dragan, S., Salbach, N. M., Zobeiry, M., Beldick, S., Godi, C., & O'Brien, K. K. (2017). Community-Based Exercise in the Context of HIV: Factors to Consider when Developing and Implementing Community-Based Exercise Programs for People Living with HIV. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 16(3), 267-275. <https://doi.org/10.1177/2325957416686836>
14. Boscart, V. M., Heckman, G. A., Huson, K., Brohman, L., Harkness, K. I., Hirdes, J., McKelvie, R. S., & Stolee, P. (2017). Implementation of an interprofessional communication and collaboration intervention to improve care capacity for heart failure management in long-term care. *Journal of interprofessional care*, 31(5), 583-592. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1340875>
15. Solomon, P., Salbach, N., O'Brien, K., Worthington, C., Baxter, L., Blanchard, G., Casey, A., Chegwiddden, W., Dolan, L.-A., Eby, S., Gervais, N. (2015). Increasing capacity of rehabilitation providers in the management of HIV: a knowledge translation intervention. *Physiotherapy*, 101, 1421-1422. [10.1016/j.physio.2015.03.1377](https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.03.1377)
16. Chambers, L. A., Rueda, S., Baker, D. N., Wilson, M. G., Deutsch, R., Raeifar, E., Rourke, S. B., & Stigma Review Team (2015). Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC public health*, 15, 848. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2197-0>
17. Hansen, K. T., McDonald, C., O'Hara, S., Post, L., Silcox, S., & Gutmanis, I. A. (2017). A formative evaluation of a nurse practitioner-led interprofessional geriatric outpatient clinic. *Journal of interprofessional care*, 31(4), 546-549.

*Резюме***ИНТЕГРАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РАБОТУ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ****А. Я. Орфин^{1,2}, М. А. Мазепа¹**¹ – Львовский государственный университет физической культуры имени Ивана Боберского, г. Львов, Украина² – Львовская областная инфекционная клиническая больница, г. Львов, Украина

Вступление. Люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), нуждаются в физической терапии (ФТ), однако существует много препятствий для доступа к ней. Конкретных рекомендаций относительно того, как интегрировать ФТ в мультидисциплинарные команды и амбулаторные программы помощи ЛЖВ, в настоящее время не хватает.

Цель исследования. Определить факторы, которые следует учитывать при интеграции ФТ в работу мультидисциплинарной команды при оказании помощи ЛЖВ.

Материал и методы. Проведено описательное социологическое исследование, состоящее из собеседования с медицинскими работниками (n=12) и со взрослыми, которые живут с ВИЧ. (n=13).

Результаты исследования и их обсуждение. Руководствуясь принципами биопсихосоциальной модели при изучении барьеров и факторов, которые нужно учитывать при интеграции ФТ в мультидисциплинарные команды ведения ЛЖВ, выделено 8 контекстуальных факторов, которые могут повлиять на интеграцию ФТ в уходе за ЛЖВ.

Вывод. Роль ФТ в уходе ЛЖВ является многофакторной и ориентирована на пациента, особая роль принадлежит контекстуальным факторам.

Перспективы дальнейших исследований. Структурирование режима ФТ с ориентацией на конкретного пациента; разработка методов оценки ФТ как составляющей межпрофессиональной помощи.

Ключевые слова: Люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), мультидисциплинарная команда, физическая терапия, контекстуальные факторы.

*Summary***INTEGRATION OF PHYSICAL THERAPY INTO THE WORK OF THE INTERDISCIPLINARY TEAM DURING THE TREATMENT OF HIV PATIENTS AND****A. Y. Orfin^{1,2}, M. A. Mazepa¹ (Lviv)**¹ – Lviv State University of Physical Culture named after Ivan Bobersky,² – Lviv Regional Infectious Diseases Clinical Hospital

Introduction. People living with HIV (PLWH) have a great need in physical therapy (PT), but there are many barriers to accessing it. Specific recommendations on how to integrate PT into multidisciplinary teams and outpatient care programs PLWH is currently in short supply.

The aim of the study. Identify factors to consider when integrating PT into the work of a multidisciplinary team in providing assistance to PLWH.

Materials and methods. A descriptive sociological study consisting of interviews with health workers (n=12) and with adults living with HIV (n=13).

Research results and their discussion. Guided by the principles of biopsychosocial models in the study of barriers and factors to be considered when integrating PT in multidisciplinary team for the management of PLWH, identified 8 contextual factors that may affect the integration of PT in the care of PLWH.

Conclusion. The role of PT in the care of PLWH is multifactorial and patient-oriented, a special role belongs to the contextual factors.

Prospects for further research. Structuring the PT mode with orientation on a specific patient; development of methods for assessing PT as an interprofessional component assistance.

Keywords: People living with HIV (PLWH), a multidisciplinary team, physical therapy, contextual factors.

Інформація про авторів знаходиться на сайті <http://www.cp-medical.com>.

Дата надходження до редакції – 4 березня 2021 року