



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

RESPOND



fhi360
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES

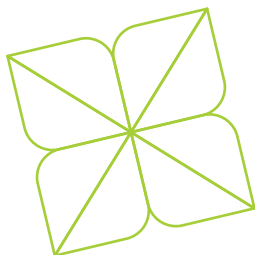


ОЦІНКА ВПРОВАДЖЕННЯ ПОВЕДІНКОВОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ ТА ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИКИ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ

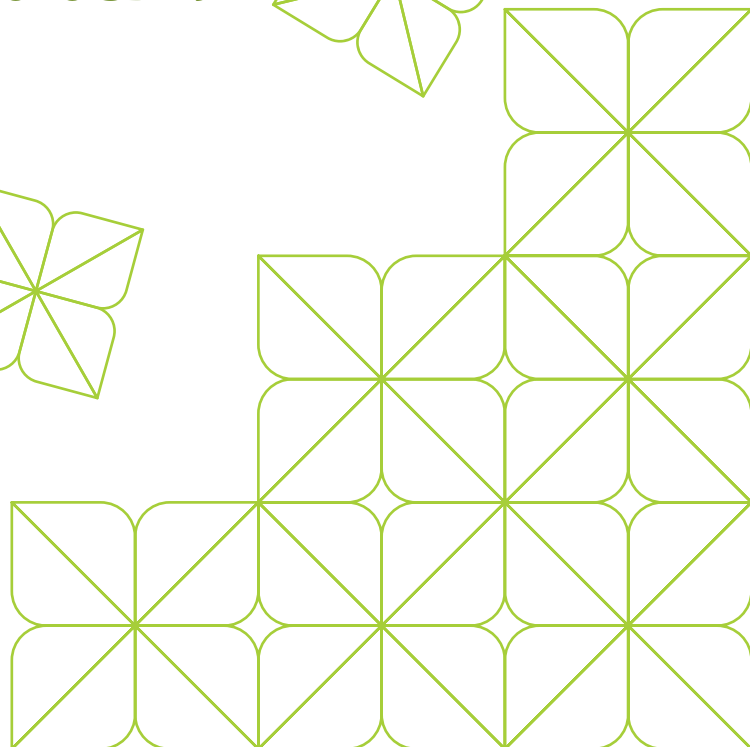


«КРОКИ ДО ЗДОРОВ'Я»

РЕЗЮМЕ АНАЛІТИЧНОГО ЗВІТУ



КИЇВ – 2016



КОНТЕКСТ

Люди, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом (ЛВІН), мають найвищі показники поширеності та захворюваності на ВІЛ-інфекцію в країні порівняно з рештою ключових груп. У 2015 р. показник поширеності ВІЛ серед ЛВІН збільшився до 21,9% проти 19,7% у 2013 р., всупереч тенденції останніх років до зниження¹. ВІЛ-інфіковані ЛВІН стикаються з безліччю проблем, які унеможливають ефективне лікування. Ця група має значні втрати впродовж усього каскаду ВІЛ-послуг через низьку прихильність до послуг². Дані рутинного моніторингу в Україні свідчать, що від третини до половини ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторних досліджень, залишаються поза медичним спостереженням³.

Це дослідження мало на меті оцінку впровадження та ефективності поведінкового втручання для людей, які живуть з ВІЛ та вживають наркотики ін'єкційним шляхом (ЛЖВС-ЛВІН), – «Кроки до здоров'я».

ВТРУЧАННЯ

«Кроки до здоров'я» – це когнітивно-поведінкове втручання, яке має на меті сформува-ти у ЛЖВ, котрі вживають ін'єкційні наркотики, прихильність до системи медичних послуг. Втручання спрямоване на профілактику ВІЛ/ПСПШ/вірусних гепатитів серед активних споживачів ін'єкційних наркотиків. Воно поєднує залучення представників цільової групи, індивідуальне консультування та комплексний супровід клієнтів. Метою втручання «Кроки до

здоров'я», крім профілактики передачі ВІЛ у середовищі ЛЖВ-ЛВІН, є формування прихильності до системи медичних послуг, у тому числі до активної диспансеризації з приводу лікування ВІЛ-інфекції. До цільової групи втручання належать ВІЛ-позитивні люди, які вживають ін'єкційні наркотики і при цьому не відвідують центру СНІДу/сайту АРТ.

Втручання «Кроки до здоров'я» створено на основі втручання «Сім кроків»⁴, воно також базується на результатах досліджень, проведених Центральним Карибським університетом, Школою медицини, Центром наркологічних досліджень Пуерто-Рико за підтримки Національного інституту зловживання наркотиками (НІЗН)⁵. Унікальність та ефективність «Кроків до здоров'я» відображено в підході, що передбачає безперервну взаємодію між клієнтом та членами команди: консультантом/соціальним працівником та керівником проекту.

Втручання «Кроки до здоров'я» було розроблено Проектом USAID RESPOND (у березні 2015 року) на замовлення ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ» та в партнерстві з нею. Втручання пройшло півторарічне пілотування (березень 2015 – вересень 2016 рр.) на базі двох організацій: Благодійного фонду «Все можливо» (м. Мелітополь, Запорізька область) та Криворізького відділення ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» (м. Кривий Ріг, Дніпропетровська область). Результати пілотування знайшли своє відображення в посібнику «Кроки до здоров'я. Соціальний супровід ЛЖВ, які вживають ін'єкційні наркотики»⁶.

Учасники втручання проходили протягом 3 місяців вступну сесію і п'ять сесій індивідуального консультування зі зміни поведінки з компонентом кейс-менеджменту. Сесії проводили фасилітатори (координатори проекту, соціальні пра-

¹ Барська Ю., Сазонова Я. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016. – С. 130.

² Mann, B, et al. Improved adherence to modern antiretroviral therapy among HIV-infected injecting drug users. *HIV medicine*, 2012. 13(10): p. 596–601.

³ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень / Держ. установа «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», Держ. установа «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України». – № 45. – К., 2016.

⁴ Сім кроків. Когнітивно-поведінкове втручання для зниження інфікування ВІЛ, ПСПШ та вірусними гепатитами серед споживачів ін'єкційних наркотиків з використанням індивідуального консультування та кейс-менеджменту. Посібник із впровадження. – К., 2015. – 216 с.

⁵ Rafaela R. Robles, (Ed.D.), Juan C/Reyes, (Ed.D.), Hector M.Colon, (Ph.D.), Hardeo Sahai, (Ph.D.), C. Amalia Marrero, (M.P.H), Tomas D. Matos, (M.S.), Jose M. Calderon, (M.S.), Elizabeth W. Shepard, (M.P.H). Effects of combined counseling and case management to reduce HIV risk behaviours among Hispanic drug injectors in Puerto Rico: A randomized controlled study // *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2004): p. 145–152.

⁶ Кроки до здоров'я: Соціальний супровід ЛЖВ, які вживають ін'єкційні наркотики. Посібник із впровадження / За ред.: А. Бойко, Н. Дмитришина, Н. Тюленева. – К.: «Поліграф плюс», 2016. – 364 с.

цівники), які працювали на базі громадських організацій та пройшли спеціальне навчання щодо впровадження втручання «Кроки до здоров'я». Між сесіями фасилітатори контактували з учасниками по телефону, щоб бути впевненими, що вони дотримуються всіх рекомендацій та отримують соціально-медичні послуги, до яких їх було переадресовано.

Загалом втручанням було охоплено 390 осіб, 301 особа пройшла всі п'ять консультаційних сесій.

МЕТОДИ

Дослідження має рандомізований експериментальний лонгітюдний дизайн. Група втручання порівнювалася з групою контролю. Група втручання отримувала стандартний пакет послуг на базі громадських організацій (обмін шприців, безкоштовні презервативи та лубриканти, консультації спеціалістів та переадресації). Учасники цієї групи не отримували консультацій зі зміни поведінки, проте мали доступ до звичайного консультування соціальним працівником чи психологом без певної програми. Стандартний пакет послуг не включав кейс-менеджменту, а також фізичного супроводу до центру СНІДу.

Дослідження включало проведення трьох інтерв'ю: базового, а потім – через 3 і через 6 місяців. Вибірка дослідження – 300 учасників, по 150 ЛЖВС-ЛВІН у групі втручання та групі контролю. Критерії включення учасників дослідження: вік – 18 років і старші; підтверджений діагноз ВІЛ-інфекції (перебувають на обліку в центрі СНІДу); вживають ін'єкційні наркотики впродовж останніх 6 місяців; на час залучення до дослідження не отримують АРТ; не відвідували центру СНІДу впродовж останніх 6 місяців; мають змогу та погоджуються надати 2 контакти, через які можна зв'язуватися з ними; погоджуються надати письмову згоду на участь у дослідженні.

Період збору даних – з березня 2015 по листопад 2016 років.

У дослідженні поєднано кількісні та якісні методи. Якісний компонент включав проведення фокус-груп з координаторами втручання та соціальними працівниками (фасилітаторами консультаційних сесій) щодо перешкод впровадження втручання в Україні.

Аналіз даних включає оцінку сумлінності (fidelity), можливості впровадження (feasibility) та ефективності (efficacy) втручання. Індикатори ефективності втручання включають повернення до статусу активної диспансерної групи, успішність переадресацій до соціальних та медичних послуг, зростання рівня знань щодо ВІЛ, зменшення ризикованої поведінки. Для оцінки ефектів втручання використовувався множинний регресійний аналіз: логістичні регресії та регресії Пуассона. Відповідність дослідження етичним стандартам було підтверджено Етичним комітетом Українського інституту політики щодо громадського здоров'я (IRB).

РЕЗУЛЬТАТИ

Соціально-демографічний профіль учасників

Середній вік ЛЖВС-ЛВІН – 39 років. Частка жінок у вибірці – понад третину (37%). Більшість учасників (55%) мають середню спеціальну освіту; частка осіб з неповною або повною вищою освітою становить лише 7%. Більше ніж половина ЛЖВС-ЛВІН (51%) має постійного партнера або чоловіка/дружину. Учасники дослідження переважно мешкали у власному постійному житлі (58%) або з батьками чи друзями без сплати оренди (28%). Рівень доходу є досить низьким: 27% повідомили, що взагалі не мають особистих доходів, ще 37% заробляли до 1 500 грн на місяць. Більше як половина ЛЖВС-ЛВІН (53%) до початку участі в дослідженні мали досвід перебування в місцях позбавлення волі. За типом основного наркотику, в дослідженні переважно брали участь споживачі опіатів, в основному – екстракту опію («ширки»).

Сумлінність і можливість впровадження втручання⁷

Усі сесії втручання, які підлягали моніторингу та оцінці (5%), містили 5 основних елементів (Табл. 1). Фасилітаторам здебільшого вдавалося контактувати з учасниками між сесіями: 83% учасників з групи втручання мали таку

практику. Викликом стало забезпечення повної тривалості консультаційних сесій. За результатами аналізу баз внутрішнього моніторингу та оцінки на базі ГО, 68% сесій мали рекомендовану тривалість від 45 до 60 хвилин. 77% учасників втручання пройшли всі 5 обов'язкових сесій.

Таблиця 1

Результати оцінки впровадження втручання: сумлінність і можливість впровадження

Індикатор	Методика розрахунку	Отриманий результат	Цільовий показник
Індекс рекрутингу	Чисельник: кількість учасників, які пройшли нульову сесію та надали інформацію згоду на участь у втручанні. Знаменник: кількість учасників, запрошених до участі у втручанні.	Серед загалу учасників втручання: 390 з 469 осіб (83%)	100%
Індекс утримання	Чисельник: кількість учасників, які пройшли всі 5 сесій втручання. Знаменник: загальна кількість учасників, охоплених втручанням.	Серед загалу учасників втручання: 301 з 390 осіб (77%)	80%
Частка клієнтів, з якими персонал втручання контактував між сесіями*	Чисельник: кількість учасників, охоплених фасилітаторами після кожної сесії шляхом особистого аутріч-контакту. Знаменник: загальна кількість учасників, охоплених втручанням.	Серед учасників втручання, які брали участь у дослідженні: 124 зі 150 осіб (83%)	100%
Частка сесій втручання, в яких були всі 5 основних елементів**	Чисельник: частка сесій, які, за оцінкою моніторингу, включали всі 5 основних елементів. Знаменник: загальна кількість сесій, які оцінювалися в процесі моніторингу.	100%	100%
Середня тривалість сесій	Чисельник: загальна тривалість сесій, які оцінювалися в процесі моніторингу. Знаменник: загальна кількість сесій, які оцінювалися в процесі моніторингу.	Серед загалу учасників втручання: 49,0 хвилин	45 хв.
Частка сесій, які тривали від 45 до 60 хвилин	Чисельник: кількість сесій, які тривали від 45 до 60 хвилин. Знаменник: загальна кількість сесій, які оцінювалися в процесі моніторингу.	Серед загалу учасників втручання: 68%	100%

* Дані за цим індикатором збиралися тільки в межах зовнішнього моніторингу серед учасників втручання, які брали участь у дослідженні (150 осіб).

** Індикатор розраховувався за результатами аналізу 5% сесій, пройдених учасниками втручання, які брали участь у дослідженні (150 осіб).

⁷ Результати оцінки індикаторів щодо групи втручання за двома джерелами даних: зовнішній моніторинг учасників втручання, які брали участь у дослідженні, здійснений Українським інститутом політики щодо громадського здоров'я (150 осіб), а також внутрішній моніторинг усіх учасників втручання (390 осіб).

Ефективність втручання

У порівнянні зі стандартом послуг, втручання є більш ефективним щодо поновлення у статусі активної диспансерної групи (відвідування лікаря-інфекціоніста, проходження обстеження на CD4) і початку або повернення до лікування (Табл. 2). Серед загалу учасників дослідження, 25% учасників з групи втручання та 12% учасників з групи контролю почали АРТ за час участі в дослідженні (Рис. 1).

За результатами дослідження встановлено короткостроковий ефект втручання щодо кількості успішних переадресацій, а також короткостроковий та довгостроковий ефект стосовно зменшення ризикованих сексуальних практик (невикористання презерватива під час останнього статевого контакту та нерегулярне використання презервативів з постійними партнерами) (Табл. 2).

Таблиця 2

Результати оцінки ефективності втручання «Кроки до здоров'я» для ЛЖВС-ЛВІН

	Оцінка через 3 місяці			Оцінка через 6 місяців		
	К	В	СП / СП (95% ДІ)	К	В	СП / СП (95% ДІ)
Відвідали лікаря-інфекціоніста	65/142 (46%)	105/140 (75%)	3,89 (2,24–6,74)	72/141 (51%)	115/141 (82%)	4,76 (2,65–8,56)
Пройшли обстеження на CD4	-	-	-	70/141 (50%)	112/141 (79%)	4,16 (2,36–7,31)
Почали АРТ	-	-	-	18/141 (13%)	38/141 (27%)	2,62 (1,35–5,08)
Отримали хоча б одну з медичних чи соціально-психологічних послуг, до яких були переадресовані за останні 3 місяці	109/111 (98%)	133/136 (98%)	0,82 (0,13–5,15)	109/112 (97%)	126/129 (98%)	1,42 (0,27–7,54)
Медіанна кількість медичних або соціально-психологічних послуг, отриманих за направленням за останні 3 місяці	3	5	1,33 (1,16–1,52)	4	4	1,23 (0,07–1,42)
Правильно визначають шляхи передачі та профілактики ВІЛ-інфекції	96/142 (68%)	98/140 (70%)	1,01 (0,59–1,74)	107/141 (76%)	118/141 (84%)	1,60 (0,83–3,08)
Використовували стерильні голку і шприц під час останнього вживання ін'єкційних наркотиків	108/109 (99%)	88/88 (100%)	-	114/114 (100%)	87/87 (100%)	-
Робили ін'єкцію шприцом, яким до цього зробила ін'єкцію інша людина, за останні 30 днів	7/109 (6%)	4/88 (5%)	0,69 (0,20–2,45)	11/115 (10%)	0/87 (100%)	0,10 (0,01–0,78)
Не використовували презерватив під час останнього статевого контакту	63/129 (49%)	37/116 (32%)	0,51 (0,29–0,90)	61/123 (50%)	34/107 (32%)	0,52 (0,28–0,95)
Нерегулярно використовували презервативи з постійними партнерами впродовж останніх 30 днів	72/129 (56%)	34/116 (29%)	0,29 (0,15–0,56)	70/123 (57%)	31/107 (29%)	0,32 (0,17–0,61)
Нерегулярно використовували презервативи з випадковими або комерційними партнерами впродовж останніх 30 днів	4/129 (3%)	1/115 (1%)	0,27 (0,03–2,47)	5/123 (4%)	2/105 (2%)	0,45 (0,09–2,37)

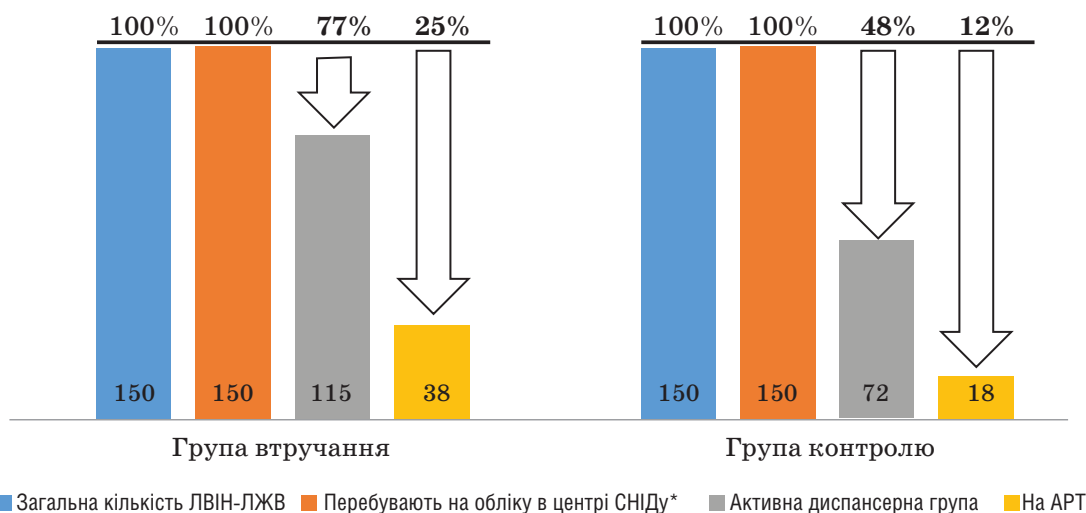
К – група контролю.

В – група втручання.

СПШ – співвідношення шансів. СПШ скориговано за соціально-демографічними характеристиками для всіх індикаторів, крім індикаторів щодо ін'єкційних практик та нерегулярного використання презервативів з випадковими партнерами.

СПІ – співвідношення показників інцидентності результативних переадресацій; розраховувалося тільки для індикатора щодо кількості медичних чи соціально-психологічних послуг, отриманих за направленням.

ДІ – довірчий інтервал.



* Перебування на обліку в центрі СНІДу було критерієм включення у дослідження.

Рисунок 1. Каскад лікування ВІЛ-інфекції серед учасників дослідження: фінальна оцінка через 6 місяців

ВИСНОВКИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Втручання «Кроки до здоров'я» має доведену ефективність щодо відвідування лікаря-інфекціоніста (СШ 4,76; 95% ДІ: 2,65–8,56 – оцінка через 6 місяців); проходження обстеження на CD4 (СШ 4,16; 95% ДІ: 2,36–7,31 – оцінка через 6 місяців); початку або повернення до АРТ (СШ 2,62; 95% ДІ: 1,35–5,08 – оцінка через 6 місяців); зменшення практик сексу без презерватива під час останнього статевих контакту (СШ 0,51; 95% ДІ: 0,29–0,90 – оцінка через 3 місяці; СШ 0,52; 95% ДІ: 0,28–0,95 – оцінка через 6 місяців); та нерегулярного використання презервативів з постійними партнерами впродовж останнього місяця (СШ 0,29; 95% ДІ: 0,15–0,56 – оцінка через 3 місяці; СШ 0,32; 95% ДІ: 0,17–0,61 – оцінка через 6 місяців).

Зафіксовано короткостроковий ефект втручання щодо кількості успішних переадресацій до соціальних та медичних послуг, проте довгостроковий ефект відсутній (СПІ 1,33; 95% ДІ: 1,16–1,52 – оцінка через 3 місяці; СПІ 1,23; 95% ДІ: 0,07–1,42 – оцінка через 6 місяців). Не отримала підтвердження гіпотеза про вищу ефективність втручання (порівняно зі стандартом послуг) у підвищенні рівня знань про ВІЛ-інфекцію (СШ 1,01; 95% ДІ: 0,59–1,74 – оцінка через 3 місяці; СШ 1,60; 95% ДІ: 0,83–3,08 – оцінка через 6 місяців).

Через низьку поширеність практик використання нестерильного ін'єкційного інструментарію, а також малу частку учасників, які мали непостійних статевих партнерів, не вдалося отримати надійні докази результативності поведінкового втручання стосовно таких ризиків, як використання нестерильних голів та шприців і нерегулярне використання презервативів з випадковими та комерційними партнерами.

Попри вищу ефективність втручання порівняно зі стандартом послуг за низкою індикаторів, суттєві втрати в каскаді послуг з ВІЛ-інфекції було зафіксовано в обох групах, але розмір таких втрат є меншим серед учасників групи втручання. Четверть рекрутованих ЛЖВС-ЛВІН (25%) серед осіб, які брали участь у поведінковому втручанні, та 12% ЛЖВС-ЛВІН, які отримували стандарт допомоги, почали лікування за час дослідження.

За результатами якісного дослідження, основні перешкоди для успішного впровадження втручання, озвучені учасниками під час фокус-групових інтерв'ю, можна поділити на дві категорії: організаційні проблеми (стигма і дискримінація в медичних закладах, висока вартість медичних послуг, обмеження пакету послуг для ЛЖВС-ЛВІН, зокрема відсутність допомоги з працевлаштуванням) та індивідуальні проблеми (погане самопочуття, вживання наркотиків, зайнятість на роботі, брак часу). Серед факторів, що вплинули на успішність втручання, учас-

ники називали позитивне ставлення консультантів до клієнтів («як до рівних»), простоту викладу інформації та супровід клієнтів до послуг. На думку персоналу втручання, основною перешкодою у формуванні прихильності до отримання послуг на базі центру СНІДу стала нестача тестів для обстежень на CD4 та вірусне навантаження, а також дефіцит АРВ-препаратів. ЛЖВС-ЛВІН, які поверталися до центру СНІДу, не могли отримати необхідні послуги, і це послаблювало їхню мотивацію щодо подальших візитів. У другій половині 2015 року (втручання почалося у липні 2015 р.) у містах дослідження була нестача тестів на CD4 та ВІН, які були передумовою для призначення терапії, якщо відсутні клінічні показання, відповідно до чинного у 2015 році клінічного протоколу АРТ⁸.

Обмеження дослідження включають відсутність збору клінічної інформації про дати відвідування центру СНІДу, проходження обстежень, встановлення призначень для АРТ та отримання терапії безпосередньо з карток пацієнтів у центрі СНІДу; систематичні помилки, пов'язані зі згадуванням, які могли проявлятися в самооцінках поведінкових практик; відносно короткий період відстеження ефекту втручання (6 місяців).

Незважаючи на обмеження дослідження, слід окреслити його *преваги*. Це одне з перших в Україні рандомізованих експериментальних досліджень серед ЛЖВС-ЛВІН, яких було втрачено з активної диспансерної групи. Сильною стороною є оцінка значної кількості результуючих змінних, зокрема дослідження поведінкового втручання не тільки щодо повернення до активної диспансеризації, а й щодо ризикованої поведінки, рівня знань та успішності отриманих переадресацій. Крім того, дослідження надає можливість оцінки та порівняння каскаду лікування ВІЛ-інфекції серед ЛЖВС-ЛВІН; у рамках рутинного моніторингу на базі центрів СНІДу каскад лікування серед цієї ключової групи не оцінюється.

Зважаючи на отримані докази сумнівності, можливості впровадження та ефективності, поведінкове втручання «Кроки до здоров'я» може бути рекомендовано до впровадження в Україні. Подальші зусилля повинні спрямовуватися на оцінку ефектів втручання у більш тривалій часовій перспективі, поєднання інтерв'ю учасників зі збором клінічної інформації з карток пацієнтів, а також визначення ефективності втручання щодо ризикованої ін'єкційної поведінки та ризикованої статевої поведінки з непостійними партнерами.

⁸ 22 грудня 2015 року було затверджено зміни до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, відповідно до яких рекомендується ранній початок АРТ для груп ризику незалежно від результатів обстежень на CD4 та ВІН (наказ МОЗ України від 22.12.2015 № 887 «Про затвердження змін до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20151222_0887dod.pdf).

