



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

RESPOND



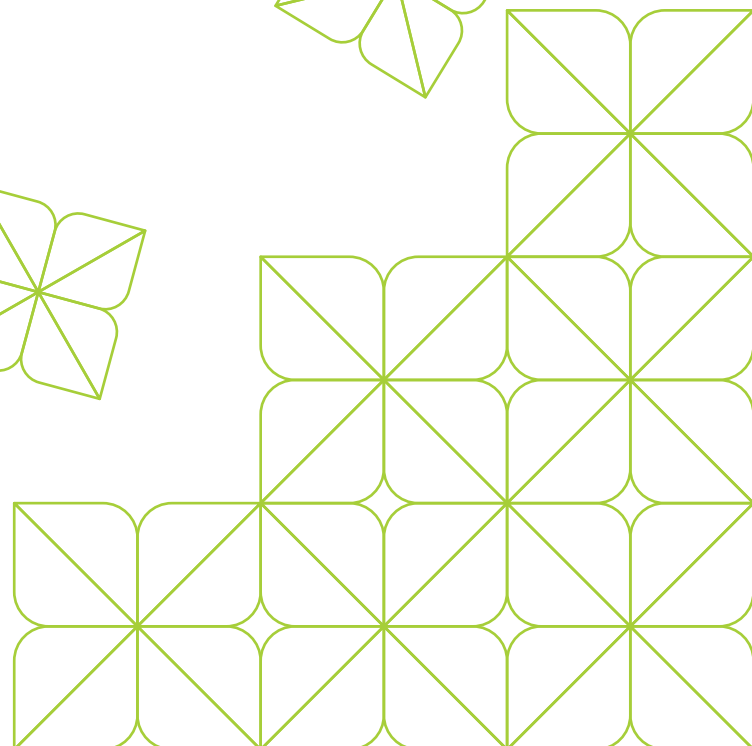
fhi360
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES

ОЦІНКА ПЕРСПЕКТИВНОГО ІНТЕГРОВАНОВОГО ВТРУЧАННЯ СЕРЕД ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ



ЗВІТ ПРО РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

КИЇВ – 2017



РЕЗЮМЕ

Підґрунтя

Україна залишається країною з одним з найвищих рівнів поширеності ВІЛ серед країн Європейського регіону. Високий рівень прихильності до антиретровірусної терапії (АРТ) є однією з трьох цілей UNAIDS у межах стратегії зупинення епідемії ВІЛ «90–90–90». Впровадження поведінкових втручань з формування прихильності до АРТ може допомогти в досягненні цієї цілі.

Метою цього дослідження було оцінити сумлінність, можливість впровадження та ефективність двох втручань з формування прихильності до АРТ: втручання «Школа пацієнта» (ШП) та інтегрованого втручання з підвищення прихильності до АРТ через розвиток економічної самостійності «Школа пацієнта» і «Майстерня можливостей» (далі – Інтегроване втручання).

Методи

Для оцінки «Школи пацієнта» було проведено рандомізоване контрольоване дослідження на п'яти сайтах (у містах Дніпрі, Полтаві, Кременчуці, Чернігові та Черкасах) з загальною вибіркою 402 учасники. Для оцінки Інтегрованого втручання проведено нерандомізоване кластерне контрольоване дослідження на восьми сайтах (у Дніпрі, Полтаві, Чернігові, Черкасах, Сумах, Запоріжжі, Миколаєві й Харкові) з загальною вибіркою 399 учасників.

Результати

77% учасників «Школи пацієнта» і 85,7% учасниць Інтегрованого втручання з числа тих, які брали участь у дослідженні, успішно їх завершили. Рівні утримання в дослідженні також були високими і склали понад 85% на кожному зрізі. Всі компоненти втручань були впроваджені на достатньому або високому рівнях.

Після врахування основних соціально-демографічних і медичних характеристик учасників було зроблено висновок про те, що учасники обох груп втручання мали вищу прихильність до АРТ, ніж учасники відповідних груп контролю. При цьому для учасників «Школи пацієнта» скориговані відношення шансів (СВШ) були статистично незначущими через змішування груп на одному сайті і внаслідок цього – зменшення розміру ефекту. Учасниці Інтегрованого втручання мали статистично значущо вищі шанси (СВШ=4,6; 95% ДІ 2,5–8,5 на 9-місячному зрізі). Також учасники групи втручання «Школа пацієнта» мали статистично значущо вищу якість життя (СВШ=1,3; 95% ДІ 1,1–1,6 на 9-місячному зрізі). Учасниці групи контролю Інтегрованого втручання навіть під час набору мали статистично значущо вищу самоефективність (СВШ=0,8; 95% ДІ 0,7–0,9) після врахування решти факторів. Це пов'язано з неоднорідністю груп, які набиралися на різних сайтах, і кращими характеристиками (медичними, психологічними та поведінковими) учасниць групи контролю Інтегрованого втручання.

Обмеження дослідження

Проаналізувати об'єктивну прихильність – зміну рівня вірусного навантаження – не вдалося через брак тест-систем у регіонах і, відповідно, – даних для дослідження. Через брак АРВ-препаратів терапію призначали обмеженій кількості нових пацієнтів, і більшість людей, які потрапили до вибірки, були неприхильними, а не тими, хто готувався до прийому АРТ. Це означає, що ефект, встановлений у дослідженні, може бути меншим за реальний.

Висновки

Втручання «Школа пацієнта» та інтегроване з ним втручання «Майстерня можливостей» може бути рекомендовано для впровадження.

¹ Див. <http://www.pactworld.org/our-integrated-approach>; <https://www.fhi360.org/integrated-development>.

Скорочення

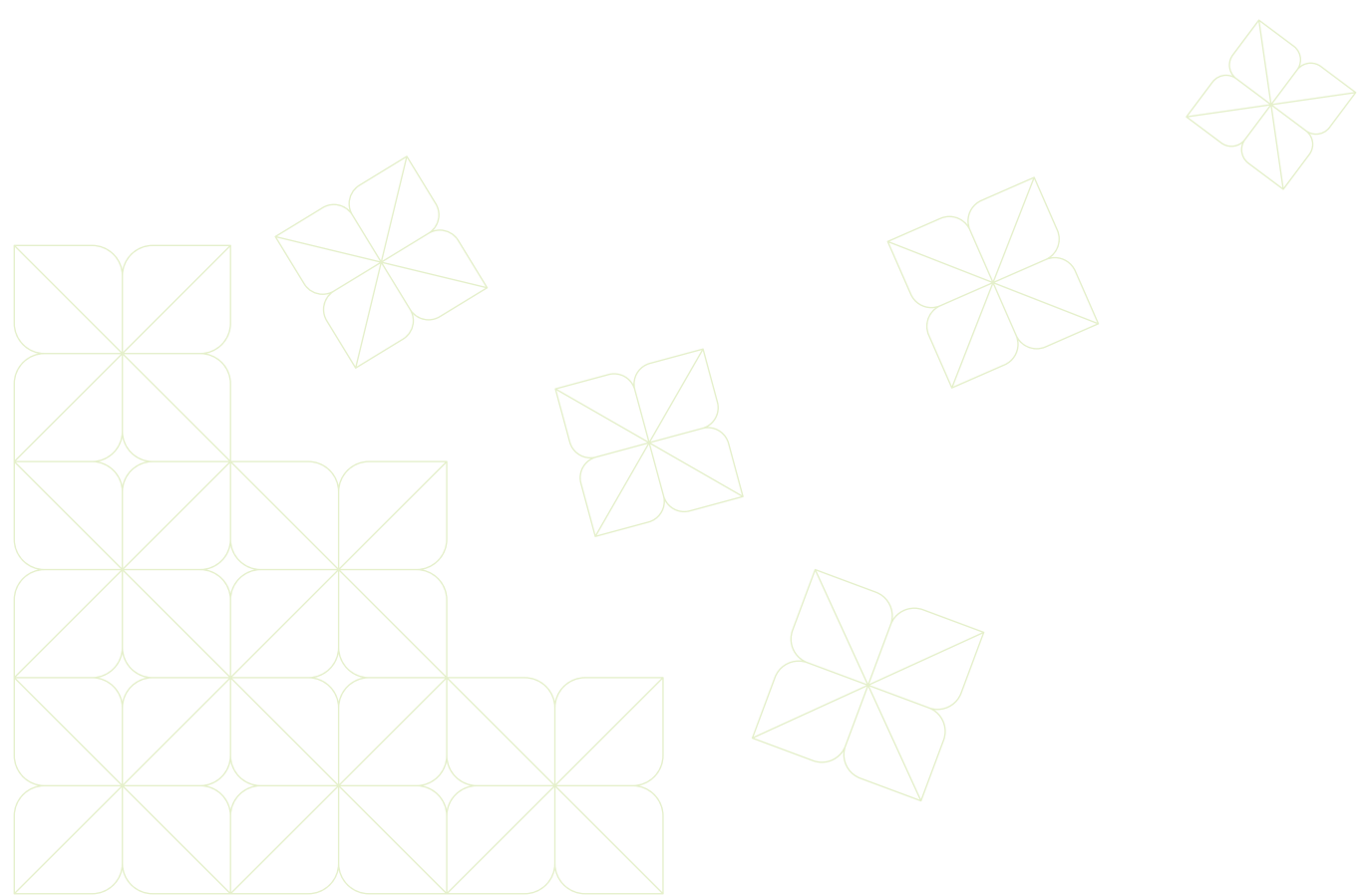
ns	Non-significant (статистично незначущий)
UNAIDS	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу
USAID	Агентство США з міжнародного розвитку
АРТ	Антиретровірусна терапія
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВМ	Верхня межа
ВН	Вірусне навантаження
Всеукраїнська мережа ЛЖВ, Мережа	БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»
ГВ	Група втручання
ГК	Група контролю
Глобальний фонд, ГФ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДІ	Довірчий інтервал
Інтегроване втручання	Втручання, яке поєднує два втручання «Школа пацієнта» і «Майстерня можливостей» та спрямоване на покращення якості життя через поліпшення стану здоров'я в результаті сформованої прихильності до АРТ та розвитку економічної самостійності
ЛВІН	Люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
НМ	Нижня межа
НУО	Неурядова організація
СВШ	Скориговане відношення шансів
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ТБ	Туберкульоз
Центр(и) СНІДу	Центр(и) з профілактики та боротьби зі СНІДом
ШП	«Школа пацієнта»

Перелік графіків і таблиць

Таблиця 1.	Обсяги набору в дослідження, за групами та містами, осіб.	8
Рисунок 1.	Схема залучення респондентів до дослідження та втручань	10
Таблиця 2.	Розподіл сайтів за проведеними фокус-груповими дискусіями з клієнтами, осіб.	12
Таблиця 3.	Індикатори сумлінності й точності впровадження втручань та джерела інформації для них.	13
Рисунок 2.	Рівні набору та утримання в дослідженні, за зрізами та групами	15
Таблиця 4.	Загальні рівні набору та утримання в дослідженні, за зрізами та групами.	15
Таблиця 5.	Рівні набору та утримання в дослідженні, за групами і сайтами	16
Таблиця 6.	Характеристики учасників, які не брали участі у повторних опитуваннях.	18
Таблиця 7А.	Соціально-демографічні характеристики залучених учасників, за групами дослідження	20
Таблиця 7Б.	Поведінкові характеристики залучених учасників, за групами дослідження.	21
Таблиця 8.	Деякі медичні характеристики залучених учасників, за групами дослідження.	22
Таблиця 9А.	Індикатори точності й сумлінності впровадження втручання «Школа пацієнта»	24
Таблиця 9Б.	Індикатори точності й сумлінності впровадження втручання «Майстерня можливостей»	24
Таблиця 10А.	Отримання телефонних нагадувань під час підтримувальної фази учасниками груп втручання, середня кількість.	25
Таблиця 10Б.	Отримання консультацій соціального працівника (індивідуального супроводу кейс-менеджера) учасницями втручання «Майстерня можливостей» (N=187), середня кількість.	25
Таблиця 11.	Отримання стандартних послуг для ЛЖВ та послуг у рамках втручань, за даними опитування учасників дослідження.	30
Рисунок 3.	Розподіл відповідей на запитання «Чи порадили б Ви своїм друзям/знайомим, які живуть з ВІЛ, взяти участь у цій програмі?», %	33
Таблиця 12.	Розподіл відповідей на запитання «Чому б Ви порадили своїм друзям/знайомим брати участь у цій програмі/користуватися послугами цієї організації?», за частотою згадування різних причин і за групами	36
Рисунок 4.	Розподіл відповідей на запитання «Чому б Ви порадили своїм друзям/знайомим взяти участь у цій програмі/скористатися послугами цієї організації?», %	38
Таблиця 13.	Частка учасників з вірусним навантаженням <40 на момент початку і на момент завершення дослідження, за групами.	40
Рисунок 5.	Відношення шансів учасників групи втручання мати вищі порівняно з групою контролю значення основних вторинних індикаторів результату, скориговані на базові соціально-демографічні та медичні характеристики.	44
Таблиця 14.	Відношення шансів учасників групи втручання мати вищі порівняно з групою контролю значення основних вторинних індикаторів результату, скориговані на базові соціально-демографічні та медичні характеристики.	45
Рисунок 6А.	Зміна суб'єктивної прихильності до АРТ, якості життя щодо ВІЛ та самоефективності, за зрізами та групами.	47
Таблиця 15.	Зміна суб'єктивної прихильності до АРТ, якості життя щодо ВІЛ та самоефективності, за зрізами та групами.	48



Рисунок 6Б.	Частка учасників, які не приймали АРТ, за зрізами та групами, %	51
Рисунок 7.	Зміна поведінки учасників щодо вживання деяких психоактивних речовин, за зрізами та групами, %	57
Таблиця 16.	Зміна поведінки учасників щодо вживання деяких психоактивних речовин, за зрізами та групами, %	58
Рисунок 8.	Зміна статевої поведінки учасників, за зрізами та групами: наявність контактів з різними категоріями статевих партнерів, %	59
Таблиця 17А.	Зміна статевої поведінки учасників, за зрізами та групами: наявність контактів з різними категоріями статевих партнерів, %	59
Таблиця 17Б.	Зміна статевої поведінки учасників, за зрізами та групами: використання презерватива	60
Таблиця 17В.	Зміна статевої поведінки учасників, за зрізами та групами: розкриття свого ВІЛ-статусу партнерові, %	61
Рисунок 9.	Зміна рівня знань учасників про шляхи передачі ВІЛ і про АРТ, за зрізами та групами, балів	62
Таблиця 18.	Зміна рівня знань учасників про шляхи передачі ВІЛ і про АРТ, за зрізами та групами, балів	62
Рисунок 10А.	Частка ЛЖВ, які належали до активної диспансерної групи, за зрізами та групами, %	64
Рисунок 10Б.	Частота відвідання профільних спеціалістів та проходження моніторингових обстежень, за зрізами та групами, %	65
Таблиця 19.	Частота відвідання профільних спеціалістів та проходження моніторингових обстежень, за зрізами та групами, %	66
Рисунок 11.	Зміна рівня деяких активів учасниць груп втручання та контролю Інтегрованого втручання, %	68
Таблиця 20.	Зміна рівня деяких активів учасниць груп втручання та контролю Інтегрованого втручання, за зрізами, %	69



ВСТУП

Підґрунтя

Цей звіт містить обґрунтування, опис методів проведення та результати дослідження оцінки впровадження перспективного інтегрованого втручання серед людей, які живуть з ВІЛ, у восьми містах України.

Дослідження виконано на підставі Договору № 380АО736 «Оцінка впровадження перспективної інтегрованої інтервенції серед людей, які живуть з ВІЛ» від 01 березня 2015 року між Проектом USAID RESPOND і Благодійним фондом «Інтелектуальна перспектива».

Огляд досліджуваної проблеми

Упродовж останніх років Україна досягла певних успіхів у реалізації заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Зокрема, сильними сторонами національної відповіді на епідемію стали напрями політики, які регулюють впровадження заходів протидії, мобілізація ресурсів держави, громадянського суспільства та донорських організацій, що розширює доступ до послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також ефективне партнерство і платформи для співпраці між владою та громадянським суспільством з метою децентралізації та надання послуг на рівні громади. Організації громадянського суспільства створили ефективну систему надання профілактичних послуг групам ризику, яка доповнює державну систему охорони здоров'я.

Однак епідемія ВІЛ-інфекції продовжує поширюватися в Україні. За останніми оцінками, у 2012 році близько 230 тисяч осіб віком 15 років і старших жили з ВІЛ. При цьому на обліку в центрах з профілактики та боротьби зі СНІДом (далі – центри СНІДу) перебували лише дві третини від оціночної кількості ЛЖВ, лікування отримували близько чверті ЛЖВ, з них три чверті мали успішне лікування. Ситуація щодо безперервності ВІЛ-послуг для ВІЛ-позитивних людей, які вживають наркотики (ЛВІН), була ще гіршою: ЛВІН, які отримували АРТ, становили тільки 5% від оціночної кількості ЛВІН-ЛЖВ.

Згідно зі стратегією UNAIDS «90–90–90», до 2020 року 90% ЛЖВ повинні знати свій ВІЛ-позитивний статус, 90% з них мають отримувати АРТ, і 90% з тих, хто отримує АРТ, повинні мати незначальне вірусне навантаження. Досягненню цих цілей, зокрема, сприятиме впровадження ефективних поведінкових втручань, метою яких є забезпечення соціального супроводу ЛЖВ для формування їхньої прихильності до прийому АРТ та отримання медичних послуг.

Зараз у різних країнах світу накопичується досвід так званих «інтегрованих втручань»¹. Їхня теорія полягає в синергії ефектів декількох втручань, коли вони одночасно спрямовані на добробут у різних сферах однієї людини або спільноти: здоров'я, освіті, фінансовому благополуччю тощо. Наприклад, одночасні освіта, покращення здоров'я дитини та фінансового достатку сім'ї мають кращий вплив на освіту дитини, ніж окремі просвітницькі проекти. Усвідомлюючи все це, Проект RESPOND за фінансової підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) на замовлення та у співпраці з БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» розробив та здійснив спробу інтегрувати втручання, спрямоване на формування прихильності до АРТ, і втручання, метою якого є розвиток економічної самостійності людини. Перше втручання отримало назву «Школа пацієнта», а друге – «Майстерня можливостей». Метою цього інтегрованого втручання було підвищити ефективність лікування ВІЛ-інфекції через покращення фінансового стану найбільш уразливих клієнтів – жінок з дітьми раннього віку. «Майстерня можливостей» впроваджується лише для ЛЖВ, які пройшли «Школу пацієнта», і таким чином є інтегрованою з нею. Клієнти неурядових організацій отримали змогу фактично одночасно впливати на дві важливі сфери свого життя: здоров'я та економічну самостійність, які під час участі у втручанні посилювали одна одну.

Результати пілотування обох втручань та оцінки їхньої ефективності порівняно зі стандартним пакетом послуг буде використано для прийняття рішення щодо доцільності їх поширення на інші регіони України та внесення до Реєстру ефективних поведінкових втручань.

¹ Див.: <http://www.pactworld.org/our-integrated-approach>; <https://www.fhi360.org/integrated-development>.

МЕТОДОЛОГІЯ

Мета дослідження

Метою дослідження було оцінити сумлінність, можливість впровадження та ефективність перспективного інтегрованого втручання з формування прихильності до АРТ серед ЛЖВ в Україні у двох форматах: втручання «Школа пацієнта» окремо та інтегроване втручання, яке поєднує «Школу пацієнта» і «Майстерню можливостей» (далі – Інтегроване втручання).

Дизайн дослідження

Оцінка «Школи пацієнта» мала експериментальний контрольований рандомізований дизайн. Оцінка Інтегрованого втручання мала експериментальний контрольований кластерний нерандомізований дизайн.

Місця проведення дослідження

Обидва втручання впроваджували чотири організації-субгрантери БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» (Всеукраїнська мережа ЛЖВ), а саме:

- Дніпропетровське обласне відділення Всеукраїнської мережі ЛЖВ (м. Дніпро);
- БФ «Світло надії» (мм. Полтава та Кременчук);
- Черкаське обласне відділення Всеукраїнської мережі ЛЖВ (м. Черкаси);
- Чернігівське обласне відділення Всеукраїнської мережі ЛЖВ (м. Чернігів).

«Школу пацієнта» впроваджували у всіх перерахованих містах, Інтегроване втручання – тільки в обласних центрах.

Відповідно, групи втручання та контролю «Школи пацієнта» залучали у п'яти містах (у Чернігові, Черкасах, Дніпрі, Полтаві та Кременчуці); групи втручання Інтегрованого втручання – у чотирьох містах (у Чернігові, Черкасах, Дніпрі й Полтаві).

Групу контролю Інтегрованого втручання залучали за допомогою інших чотирьох організацій-субгрантерів Всеукраїнської мережі ЛЖВ, а саме:

- Запорізького обласного відділення Всеукраїнської мережі ЛЖВ (м. Запоріжжя);
- Миколаївського обласного відділення Всеукраїнської мережі ЛЖВ (м. Миколаїв);

- Сумського обласного відділення Всеукраїнської мережі ЛЖВ (м. Суми);
- Харківського обласного відділення Всеукраїнської мережі ЛЖВ (м. Харків).

Причиною вибору інших сайтів для залучення групи контролю була неможливість реалізувати вибірку мінімально необхідного розміру на основних сайтах через брак АРТ для такої кількості ЛЖВ на період дослідження.

Критеріями відбору контрольних сайтів були такі:

- наявність програм для жінок з дітьми (наявність дитячої кімнати);
- наявність препаратів АРТ для забезпечення ними відповідної кількості пацієнтів протягом часу дослідження.

Таким чином, групу контролю Інтегрованого втручання було набрано в Запоріжжі, Миколаєві, Сумах і Харкові.

Терміни проведення дослідження

Залучення учасників до дослідження відбувалося протягом квітня 2015 – лютого 2016 років. Надалі кожен учасник проходив опитування через 3, 6, 9 і 12 місяців від дати свого залучення (допустиме «вікно» становило +10 днів).

Збір даних завершився у вересні 2016 року, тому всі учасники мали можливість пройти 3- і 6-місячні зрізи, проте 9- і 12-місячні зрізи пройшли тільки учасники, залучені протягом квітня-грудня та квітня-вересня 2015 року відповідно.

Розмір вибірки

До кожної з чотирьох досліджуваних груп було залучено 200 учасників, по 50 у кожному місті проведення дослідження, таким чином, розмір загальної вибірки становив 801 особу (див. Табл. 1).

Розмір вибірки було визначено з огляду на доступність препаратів АРТ протягом періоду проведення дослідження в містах його проведення, мінімальний розмір групи, на якому можна проводити статистичний аналіз, та очікувані рівні випадіння з дослідження у 13%, 25% і 33% на 3-, 6- та 9- і 12-місячному зрізах. Доступність препаратів АРТ визначалася кількістю закуплених схем терапії на поточний рік і, відповідно, – кількістю ЛЖВ, яким могли призначити АРТ або утримувати на лікуванні.

Таблиця 1. Обсяги набору в дослідження, за групами та містами, осіб

Місто	Групи втручання		Групи контролю	
	«Школа пацієнта»	Інтегроване втручання	«Школа пацієнта»	Інтегроване втручання
Дніпро	50	50	50	-
Полтава	30	51	25	-
Кременчук	22	-	23	-
Черкаси	51	49	50	-
Чернігів	51	49	50	-
Запоріжжя	-	-	-	50
Миколаїв	-	-	-	50
Суми	-	-	-	50
Харків	-	-	-	50
РАЗОМ	204	199	198	200

Фактичні рівні утримання в дослідженні наведено в розділі «Результати та їх обговорення».

Критерії включення у дослідження

Критеріями включення до груп втручання та контролю «Школи пацієнта» були такі:

- вік – 18 і більше років;
- перебування на диспансерному обліку в центрі СНІДу;
- початок прийому АРТ вперше у житті або низька прихильність до АРТ.

Прихильність учасника до АРТ вважалася низькою, якщо він відповідав хоча б одному з трьох критеріїв:

- має більше трьох епізодів пропуску доз препаратів протягом 30 днів;
- не з'явився на запланований візит і не отримав препаратів АРТ у період від 7 до 30 днів від дати запланованого візиту;
- в динаміці спостерігається зниження рівня CD4 та підвищення рівня вірусного навантаження (ВН), або ВН не знижується.

Люди, яких залучали до Інтегрованого втручання та групи контролю цього втручання, додатково мали відповідати таким критеріям:

- бути жінками;
- мати хоча б одну дитину віком до шести років або бути вагітною і планувати народжувати;

- не працювати або мати тимчасову роботу;
- перебувати у складних життєвих обставинах;
- мати бажання змінюватися.

Жінку визначали як таку, що перебуває у складних життєвих обставинах, якщо вона відповідала хоча б одному з таких критеріїв:

- була малозабезпеченою;
- була безробітною понад шість місяців (до декретної відпустки);
- зазнавала насильства в сім'ї (в т. ч. економічного);
- мала негативні стосунки в родині;
- мала ризик вилучення дітей.

Додатковими (соціальними) критеріями для участі в дослідженні з оцінки цих втручань були такі:

- проживання в місті, де розташовано сайт дослідження, або приміських населених пунктах;
- згода взяти участь в усіх етапах дослідження;
- надання інформованої згоди на участь у дослідженні;
- надання основного та двох додаткових контактів.

Процедура залучення учасників до дослідження

Залучення до втручання та дослідження відбувалося за таким алгоритмом:

1. Лікар центру СНІДу вибирав серед своїх пацієнтів тих, хто відповідав медичним критеріям участі у втручанні та дослідженні.
2. Під час наступного візиту пацієнта до центру СНІДу лікар перенаправляв його до соціального працівника, який перевіряв відповідність пацієнта соціальним критеріям включення.
3. Проходити подальшу процедуру залучення до дослідження потенційні учасники могли одразу або в інший зручний для них день і час за домовленістю з соціальним працівником.
4. ЛЖВ, які відповідали медичним і соціальним критеріям включення і погоджувалися взяти участь у дослідженні, проходили процедуру інформованої згоди та перше опитування.
5. Після цього потенційних учасників «Школи пацієнта» розподіляли випадковим чином на групи втручання та контролю. Потенційні учасниці Інтегрованого втручання та групи контролю цього втручання проходили додатковий скринінг на відповідність критеріям участі в ньому.
6. Далі учасники груп втручання проходили Сесію 0 (Вступну сесію), а учасники груп контролю отримували стандартний пакет послуг.

7. Після цього всі учасники отримували винагороду за інтерв'ю і таблетницю – контейнер для зберігання таблеток з таймером.

Алгоритм залучення до дослідження та втручання наведено на Рис. 1.

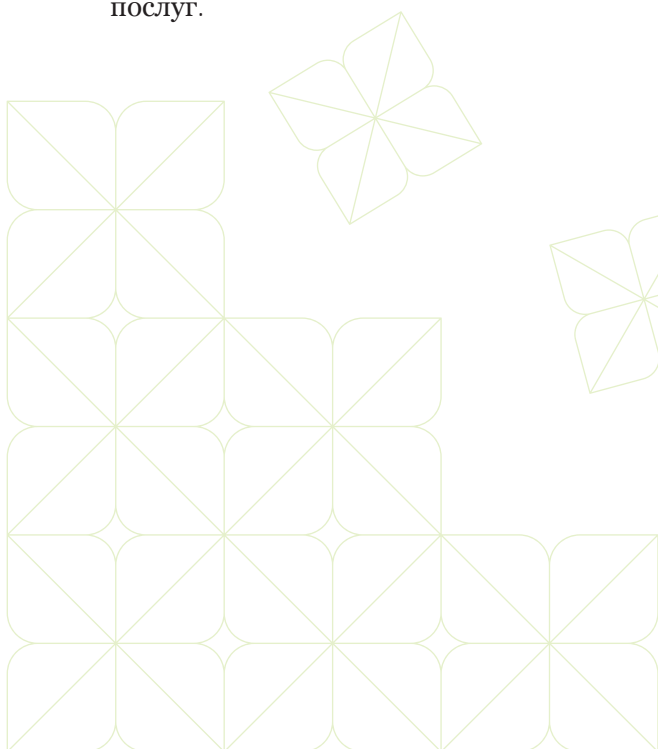
Рандомізація

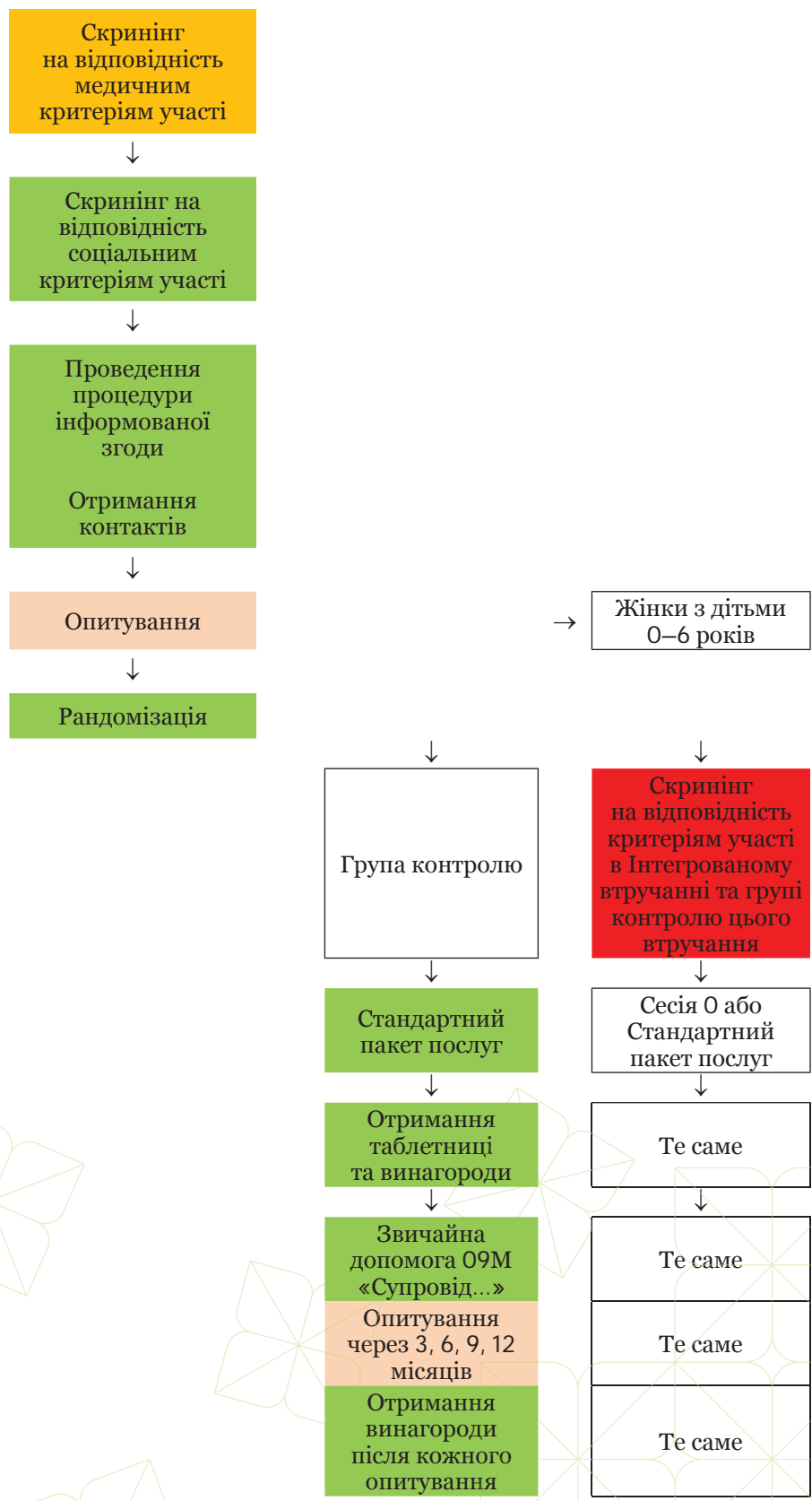
Розподіл респондентів до груп втручання та контролю відбувався випадковим чином. Учасник витягував з конверта папірець, на якому було зазначено, до якої групи він потрапляє. Позначка «а» означала, що учасник потрапив до групи втручання, позначка «b» означала, що учасник потрапив до групи контролю.

Жінки, які відповідали критеріям включення до Інтегрованого втручання, не брали участі в рандомізації, а одразу ставали учасницями групи втручання. У містах, де набиралася група контролю для цього втручання, рандомізація не проводилась.

Участь у дослідженні

Надалі учасники груп втручання брали участь у сесіях за програмою втручання. Учасники груп контролю отримували в НУО тільки стандартний пакет послуг (за бажанням). Учасників обох груп запрошували для проходження інтерв'ю через 3, 6, 9 і 12 місяців. На інтерв'ю учасників дослідження обох груп запрошували соціальні працівники.





Відповідальні за кожен етап:

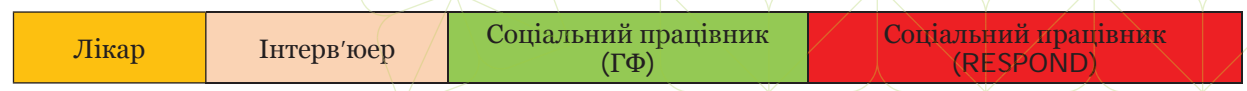


Рисунок 1. Схема залучення респондентів до дослідження та втручань

Втручання «Школа пацієнта»

Метою втручання є формування прихильності у ЛЖВ до АРТ та отримання медичних послуг, що включає своєчасний прийом препаратів та регулярну диспансеризацію.

Втручання ґрунтується на транстеоретичній моделі зміни поведінки, мотиваційному інтерв'юванні, моделі уявлень про здоров'я і теорії планованої поведінки.

Втручання складається з семи індивідуальних сесій (однієї вступної, п'яти повних і шостої – завершальної – через 3 місяці після завершення активної частини); перша сесія триває близько 35 хвилин, а кожна наступна – близько 45 хвилин. Сесії, як правило, прив'язані до відвідання пацієнтом основного лікувального закладу. Проміжок між сесіями становить 2-3 тижні; активна частина втручання триває 2,5-3 місяці, і ще стільки ж часу здійснюються щомісячні підтримувальні телефонні контакти з клієнтом та моніторинг його ситуації. Загальна тривалість втручання – близько шести місяців.

Тематика сесій:

- Сесія 1. Що таке ВІЛ/СНІД: розуміння та сприйняття хвороби.
- Сесія 2. АРВ-терапія та прихильність до неї.
- Сесія 3. Турбота про власне здоров'я.
- Сесія 4. Позитивна профілактика.
- Сесія 5. Активна диспансеризація.

Втручання «Майстерня можливостей»

Метою втручання є покращення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, у ВІЛ-позитивних жінок з дітьми від 0 до 6 років шляхом інтеграції медично та економічно спрямованих програм.

Учасниці потрапляють до «Майстерні можливостей» із втручання «Школа пацієнта»; вони мають пройти принаймні три з п'яти обов'язкових сесій «Школи пацієнта».

«Майстерня можливостей» включає такі компоненти:

- зустріч на початку втручання з мультидисциплінарною командою для визначення рівня активів;
- мінімум шість індивідуальних зустрічей з кейс-менеджером у рамках індивідуального соціального супроводу;
- 12 щотижневих занять групової роботи, побудованої за методикою «90 днів»;
- завершальна зустріч із мультидисциплінарною командою.

Тривалість Інтегрованого втручання становить 6-6,5 місяців.

Тематика занять така:

- Заняття 1. Мої життєві цілі.
- Заняття 2. Мої найближчі кроки.
- Заняття 3. Моє спілкування.
- Заняття 4. Мій бюджет.
- Заняття 5. Моя система підтримки.
- Заняття 6. Моє здоров'я.
- Заняття 7. Моя поведінка в конфлікті.
- Заняття 8. Мої стосунки з дитиною.
- Заняття 9. Мої додаткові ресурси.
- Заняття 10. Мої навички працевлаштування.
- Заняття 11. Мої права.
- Заняття 12. Мої досягнення і плани.

Також під час участі у втручанні учасниця (за рішенням мультидисциплінарної команди) може отримати грант на навчання або відкриття власної справи.

Стандартний набір послуг для ЛЖВ

Стандартний пакет послуг для ЛЖВ, передбачений проектом Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією за напрямом О9М «Соціальний супровід ВІЛ-позитивних осіб», надається на базі відділення Всеукраїнської мережі ЛЖВ.

Цей пакет включає такі компоненти:

- Консультація соціального працівника:
 - оцінка потреб;
 - формування прихильності до АРТ та медичних послуг;
 - інформаційне консультування стосовно ІПСШ, здорового способу життя, інформування про наявні ресурси, надання інформації про місце та умови проходження тестувань/діагностик тощо);
 - консультація з переадресації для отримання додаткових послуг до інших НУО, медичних закладів, реабілітаційних закладів, благодійних організацій та ін.;
 - періодична оцінка прихильності до АРТ і скринінг на туберкульоз.
 - Телефонне нагадування.
 - Індивідуальне представництво інтересів для отримання державних пільг і виплат, оформлення/відновлення документів, (пере)оформлення групи інвалідності тощо.

- ❑ Патронаж соціального працівника (доставка АРТ, медичних препаратів, сприяння у проходженні діагностики, допомога в дотриманні лікувального режиму, самообслуговуванні, веденні домашнього господарства).
- ❑ Транспортування клієнта.
- ❑ Доставка протитуберкульозних препаратів.
- ❑ Надання продуктового набору.

Учасники обох досліджуваних груп втручання і контролю могли отримувати послуги з наведеного вище переліку протягом періоду дослідження.

Збір даних

Було зібрано інформацію з таких джерел даних:

- Структуроване опитування учасників дослідження. Кожні три місяці протягом польового етапу дослідження учасники проходили структуроване опитування віч-на-віч з інтерв'юером. Кожні півроку (під час залучення, через 6 і 12 місяців) у учасників збирали інформацію про їхні соціально-демографічні характеристики; історію встановлення діагнозу, призначення АРТ і диспансеризацію; отримання послуг НУО і задоволеність ними. Кожні три місяці у учасників збирали інформацію про вживання ними психоактивних речовин, знання щодо ВІЛ і АРТ, статеву поведінку і розкриття свого ВІЛ-статусу партнерові, суб'єктивну прихильність до АРТ, самоефективність щодо прийому АРТ, загальну самоефективність і якість життя щодо ВІЛ. Учасників груп втручання та контролю Інтегрованого

втручання також щопівроку відповідали на запитання про рівень деяких їхніх активів.

- Фокус-групи зі співробітниками НУО, які впроваджували втручання.
- Фокус-групи з клієнтами з груп втручання та контролю.
- Аудіозаписи індивідуальних сесій «Школи пацієнта».
- Електронний реєстр обліку участі у втручаннях.
- Витяги з медичних карток учасників з даними про рівень вірусного навантаження під час залучення до дослідження та після його завершення.

Фокус-групові дискусії

У червні–серпні 2016 року було проведено чотири фокус-групові дискусії з соціальними працівниками, які впроваджували обидва втручання (в Чернігові, Черкасах, Дніпрі, а також спільно в Полтаві та Кременчуці). До складу груп увійшли ті, хто впроваджував «Школу пацієнта», «Майстерню можливостей» (працівники, які вели групові заняття, і кейс-менеджер), керівники проектів, а також соціальні працівники, які працювали з групою контролю в ході дослідження.

У листопаді 2016 року відбулися 12 фокус-групових дискусій з ЛЖВ, які брали участь у дослідженні, – по три фокус-групи з кожною групою клієнтів (див. Табл. 2). Учасників фокус-групових дискусій відбирали з різних вікових груп, з різним часом початку участі в дослідженні, різної статі (для «Школи пацієнта» і її групи контролю) і таких, що пройшли всі сесії «Школи пацієнта»/«Майстерні можливостей» (для груп втручання).

Таблиця 2. Розподіл сайтів за проведеними фокус-груповими дискусіями з клієнтами, осіб

Сайт	Групи втручання		Групи контролю	
	«Школа пацієнта»	Інтегроване втручання	«Школа пацієнта»	Інтегроване втручання
Дніпро	1		1	
Полтава	1	1		
Кременчук			1	
Черкаси	1	1		
Чернігів		1	1	
Запоріжжя				1
Миколаїв				
Суми				1
Харків				1
РАЗОМ	3	3	3	3

Індикатори результатів втручань

- Сумлінність і точність впровадження втручань

Сумлінність і точність впровадження втручань було оцінено за низкою індикаторів (Табл. 3).

Таблиця 3. Індикатори сумлінності й точності впровадження втручань та джерела інформації для них

Індикатор	Чисельник/знаменник	Джерело інформації
Сумлінність впровадження втручань		
Середня тривалість сесій ¹	-	Електронний реєстр обліку участі у втручаннях Аудіозаписи сесій (вибірково)
Частка часових проміжків між сесіями, дотриманих відповідно до стандартів втручання	Кількість проміжків між сесіями, які відповідали запланованому	Електронний реєстр обліку участі у втручаннях
	Загальна кількість проміжків між проведеними сесіями	
Точність впровадження втручань		
Частка учасників, які завершили успішно програму	Кількість учасників, які завершили програму Кількість учасників, яких було залучено до втручання	Електронний реєстр обліку участі у втручаннях
Частка учасників, які відвідали не всі заняття, проте завершили успішно програму ²	Кількість учасників, які відвідали не всі заплановані заняття	Електронний реєстр обліку участі у втручаннях
	Кількість учасників, які завершили програму	

¹ Тільки для індивідуальних сесій «Школи пацієнта».

² Тільки для компонента «Майстерня можливостей». Невідвідані заняття учасниці мали відпрацювати індивідуально, щоб завершити програму. Учасники «Школи пацієнта», щоб завершити програму, мали пройти всі індивідуальні сесії.

- Ефективність втручання

Основним індикатором результату втручання є об'єктивна прихильність до АРТ, виміряна як зміна рівня вірусного навантаження у учасників дослідження на момент їх залучення до дослідження і на момент завершення проекту.

Вторинними індикаторами ефективності втручань є такі:

- суб'єктивна прихильність до АРТ, виміряна за допомогою інструменту, розробленого Всеукраїнською мережею ЛЖВ для використання у своїй рутинній діяльності з формування прихильності¹;
- самоефективність щодо прийому АРТ, виміряна за опитувальником HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale²;

- загальна самоефективність, виміряна за опитувальником Jerusalem і Schwarzer³;
- якість життя щодо ВІЛ, виміряна за опитувальником WHO QOL HIV BREF⁴.
- Також ми відстежували зміни знань і поведінки, а саме:
 - зміну поведінки щодо вживання психоактивних речовин (алкоголю, неін'єкційних наркотиків, ін'єкційних наркотиків);
 - зміну статевої поведінки і розкриття свого ВІЛ-статусу партнерові;
 - зміну знань щодо ВІЛ;
 - зміну знань щодо АРТ;
 - диспансеризацію;
 - зміну рівня деяких активів (для жінок з Інтегрованого втручання).

¹ URL: http://projects.msh.org/projects/rpmpplus/Documents/upload/07-157-ART-Adherence-Measurement-Tool_Technical-Report_RPM-Plus-MSH_08_07.pdf.

² URL: <http://www.midss.ie/content/adherence-self-efficacy-scale-ases>.

³ URL: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>.

⁴ URL: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/

Статистичний аналіз даних

Статистичну значущість змін у часі між зрізами для кожної з груп було визначено за тестом Фрідмана для метричних змінних і тестом Кокрана Q – для категоріальних.

Статистичну значущість різниць між групами втручання та контролю було визначено за тестом Манна-Вітні U для метричних змінних і тестом хі-квадрат – для категоріальних.

Для врахування відмінностей між групами (базових і таких, що виникали через нерівномірне випадіння учасників) було проведено багатовимірний аналіз різниці за основними вторинними індикаторами результату на кожному зі зрізів з урахуванням (adjusting) віку, місця проживання, освіти, доходу, вживання алкоголю, ін'єкційних та неін'єкційних наркотиків, тривалості життя з ВІЛ та досвіду прийому АРТ (наївні/неприхильні), а також статі (тільки для «Школи пацієнта») та кількості дітей і віку наймолодшої дитини (тільки для жінок з Інтегрованого втручання). Було побудовано три моделі: 1) порівняння ефектів серед учасників груп втручання і контролю «Школи пацієнта»; 2) порівняння ефектів серед учасників груп втручання і контролю Інтегрованого втручання; 3) порівняння ефектів серед учасників груп втручання «Школи пацієнта» та Інтегрованого втручання. Моделювання було проведено за допомогою генералізованої лінійної моделі. Результати показано у вигляді скоригованого відношення шансів і 95%-их довірчих інтервалів.

Етичні засади проведення дослідження

- *Етична комісія*

Протокол дослідження та інструментарії отримали дозвіл на використання Комітету з питань медичної етики ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України».

- *Інформована згода*

Усі учасники дослідження проходили процедуру інформованої згоди.

- *Захист персональних даних*

Персональні дані учасників дослідження було захищено шляхом використання системи кодування клієнтів. Кожен клієнт ідентифікувався за унікальним кодом, який використовують організації Мережі для ведення обліку своїх клієнтів.

Код складається з 14 символів такого змісту:

- перші три літери прізвища;
 - перші дві літери імені;
 - перші дві літери імені по батькові;
 - по дві цифри числа, місяця і року народження;
 - перша літера статі.
- *Заохочення до участі в дослідженні*

Під час кожного інтерв'ю учасники обох груп отримували однаково винагороду за участь у дослідженні – сертифікат на придбання продуктів або гігієнічних наборів номіналом 150 грн.

Обмеження дослідження

Дослідження має низку обмежень. Загальний розмір вибірки обмежувався кількістю препаратів АРТ в регіонах. Він є достатнім для того, щоб зробити висновок про зміну показника різниці у прихильності до АРТ, проте може не бути достатнім для врахування впливу інших факторів у багатовимірному аналізі. Іншими словами, не дуже великі різниці між групами втручання і контролю могли виявитися статистично незначущими, хоча насправді такі є, тільки через невеликий розмір вибірки.

Групу контролю для Інтегрованого втручання набирали в інших містах, ніж групу втручання, що привело до неоднаковості соціально-демографічних та медичних характеристик учасниць цих груп уже під час набору. За більшістю характеристик учасниці групи контролю мали вищі і кращі показники (менше років жили з ВІЛ, не мали досвіду вживання ін'єкційних наркотиків, мали значно кращі стосунки з родиною, вищий рівень незалежності тощо), ніж учасниці групи втручання.

Групу контролю «Школи пацієнта» залучали в тій самій організації, яка впроваджувала втручання, тому між учасниками цих двох груп могло відбутися змішування.

Дані щодо основного індикатора результату – рівня вірусного навантаження – вдалося отримати в дуже обмеженому вигляді через нестачу тест-систем у регіонах у період проведення дослідження. На тій кількості учасників, щодо яких відома інформація про рівень вірусного навантаження на момент початку і момент завершення дослідження, робити висновки неможливо.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Рівні набору та утримання в дослідженні

- Розмір вибірки та рівень утримання в дослідженні

У кожному з чотирьох груп дослідження: групи втручання та групи контролю «Школи пацієнта», групи втручання та групи контролю Інтегрованого втручання – було набрано приблизно по 200 осіб.

Рівні утримання на 3-, 6-, 9- і 12-місячному зрізах були високими і склали 91%, 89%, 89% і 84% відповідно (Рис. 2, Табл. 4, 5).

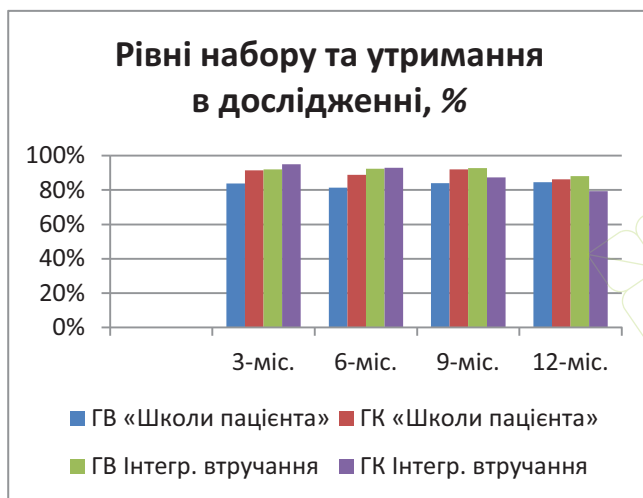
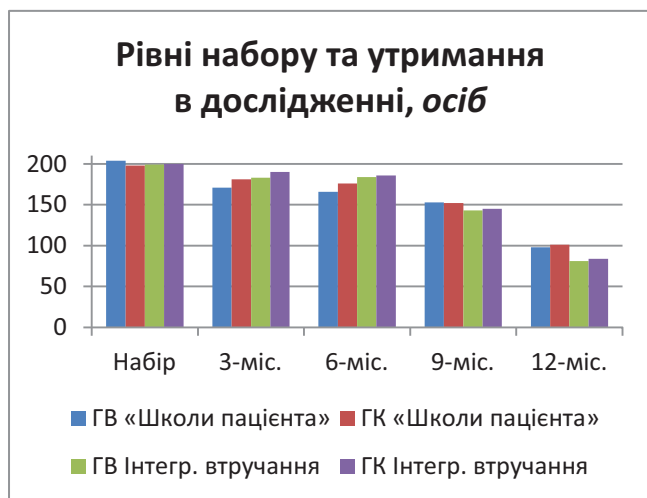


Рисунок 2. Рівні набору та утримання в дослідженні, за зрізами та групами

Таблиця 4. Загальні рівні набору та утримання в дослідженні, за зрізами та групами

Група дослідження	Набір	Зріз							
		3-міс.		6-міс.		9-міс.		12-міс.	
	к-ть осіб	к-ть осіб	%	к-ть осіб	%	к-ть осіб	%*	к-ть осіб	%**
Група втручання «Школи пацієнта»	204	171	84%	166	81%	153	84%	98	84%
Група контролю «Школи пацієнта»	198	181	91%	176	89%	152	92%	101	86%
Група втручання Інтегрованого втручання	199	183	92%	184	92%	143	93%	81	88%
Група контролю Інтегрованого втручання	200	190	95%	186	93%	145	87%	84	79%
Разом	801	725	91%	712	89%	593	89%	364	84%

* Частку пораховано від кількості учасників, залучених до дослідження до грудня 2015 року включно (N=667).

** Частку пораховано від кількості учасників, залучених до дослідження до вересня 2015 року включно (N=431).

Таблиця 5. Рівні набору та утримання в дослідженні, за групами і сайтами

Місто	«Школа пацієнта»				Інтегроване втручання			
	група втручання		група контролю		група втручання		група контролю	
	к-ть осіб	%	к-ть осіб	%	к-ть осіб	%	к-ть осіб	%
Набір								
Дніпро	50	-	50	-	50	-		
Полтава	30	-	25	-	51	-		
Черкаси	51	-	50	-	49	-		
Чернігів	51	-	50	-	49	-		
Кременчук	22	-	23	-				
Суми							50	-
Харків							50	-
Запоріжжя							50	-
Миколаїв							50	-
Разом	204	-	198	-	199	-	200	-
3-місячний зріз								
Дніпро	45	90%	47	94%	48	96%		
Полтава	28	93%	25	100%	46	90%		
Черкаси	38	75%	43	86%	41	84%		
Чернігів	44	86%	44	88%	48	98%		
Кременчук	16	73%	22	96%				
Суми							50	100%
Харків							50	100%
Запоріжжя							42	84%
Миколаїв							48	96%
Разом	171	84%	181	91%	183	92%	190	95%
6-місячний зріз								
Дніпро	43	86%	45	90%	48	96%		
Полтава	28	93%	23	92%	48	94%		
Черкаси	35	69%	39	78%	39	80%		
Чернігів	44	86%	47	94%	49	100%		
Кременчук	16	73%	22	96%				
Суми							50	100%
Харків							50	100%
Запоріжжя							42	84%
Миколаїв							44	88%
Разом	166	81%	176	88%	184	93%	186	93%
9-місячний зріз*								
Дніпро	38	95%	40	95%	46	98%		
Полтава	22	92%	17	100%	25	100%		
Черкаси	41	80%	33	80%	32	78%		
Чернігів	37	79%	45	96%	40	98%		
Кременчук	15	75%	17	94%				
Суми							40	100%
Харків							41	100%
Запоріжжя							35	81%

Місто	«Школа пацієнта»				Інтегроване втручання			
	група втручання		група контролю		група втручання		група контролю	
	к-ть осіб	%	к-ть осіб	%	к-ть осіб	%	к-ть осіб	%
Миколаїв							29	69%
Разом	153	84%	152	92%	143	93%	145	87%
12-місячний зріз**								
Дніпро	26	93%	32	94%	26	93%		
Полтава	10	111%	8	89%	14	117%		
Черкаси	22	79%	18	64%	18	67%		
Чернігів	27	79%	32	94%	23	92%		
Кременчук	13	76%	11	92%				
Суми							25	100%
Харків							26	93%
Запоріжжя							19	70%
Миколаїв							14	54%
Разом	98	84%	101	86%	81	88%	84	79%

* Частку утримання пораховано від кількості учасників, залучених до дослідження до грудня 2015 року включно.

** Частку утримання пораховано від кількості учасників, залучених до дослідження до вересня 2015 року включно.

Рівні утримання у дослідженні були високими і склали понад **84% на всіх зрізах, а саме 91%, 89%, 89% та 84% на 3-, 6-, 9- і 12-місячному зрізах** відповідно. Фінальний розмір вибірки становив **801** особу під час набору. Кількість учасників 3-,6-,9- та 12-місячного зрізів становила відповідно 725, 712, 593 та 364 особи.

На 9- і 12-місячному зрізах було опитано меншу кількість учасників з огляду на графік проведення дослідження: 3- і 6-місячний зрізи (період реалізації втручань та їхні короткотермінові результати) мали можливість пройти всі учасники дослідження, а 9- і 12-місячний зрізи (середньо- і довготермінові результати втручань) могли пройти тільки учасники, залучені протягом відповідно перших дев'яти і шести місяців польового етапу. Така кількість опитаних учасників на 12-місячному зрізі зменшує статистичну силу дослідження, а саме робить менш імовірним знайти статистично значущі різниці в результатах між досліджуваними групами.

- Характеристики тих, хто не брав участі у повторних опитуваннях

У 3- і 6-місячному зрізах не брало участі статистично значущо більше учасників, які ніколи не були одружені, і в 6-місячному зрізі – ті, хто часто вживав алкоголь, і чоловіки. У 9- і 12-місячному зрізах взяло участь значно менше людей, які проживали не в містах проведення дослідження, з вищим доходом, ті, кому давніше призначили АРТ вперше, і жінки з

більшою кількістю дітей. У 6- і 9-місячному зрізах брало участь менше людей з нижчими рівнями освіти.

Упродовж усіх зрізів випадало більше учасників, які щойно починали приймати АРТ під час включення у дослідження, і людей, які вживали наркотики ін'єкційно (див. Табл. 6). Таблиця 6. Характеристики учасників, які не брали участі у повторних опитуваннях.

Таблиця 6. Характеристики учасників, які не брали участі у повторних опитуваннях

	Набір (801)		3-місячний зріз (76 втрачених, 9%)		6-місячний зріз (89 втрачених, 11%)		9-місячний зріз (208 втрачених, 26%)		12-місячний зріз (437 втрачених, 55%)		
	к-ть осіб	%	к-ть осіб	значущість	к-ть осіб	%	к-ть осіб	%	к-ть осіб	значущість	
Стать	Чоловіча	216	25	11,6%	33	15,3%	55	25,5%	115	53,2%	ns
	Жіноча	585	51	8,7%	56	9,6%	153	26,2%	322	55,0%	
Вік, років	801 (35,3 р.)	76	34,3	89	34,5	208	34	437	34,7	ns	
		Місто проведення дослідження	71	9,6%	83	11,2%	182	24,6%	393	53,1%	p<0,01
Місце проживання	Інший населений пункт	61	5	8,2%	6	9,8%	26	42,6%	44	72,1%	
Шлюбний стан	Одружений(а)	482	36	7,5%	43	8,9%	124	25,7%	264	54,8%	ns
	Розлучений(а)	154	11	7,1%	15	9,7%	44	28,6%	88	57,1%	
	Самотній(я)	165	29	17,6%	31	18,8%	40	24,2%	85	51,5%	
Освіта	Неповна середня	82	9	11,0%	16	19,5%	21	25,6%	46	56,1%	ns
	Середня	552	58	10,5%	64	11,6%	155	28,1%	301	54,5%	
	Вища	167	9	5,4%	9	5,4%	32	19,2%	90	53,9%	
Працює	До 2000 грн	264	31	11,7%	37	14,0%	71	26,9%	154	58,3%	ns
	Понад 2000 грн	566	48	8,5%	61	10,8%	133	23,5%	298	52,7%	
Дохід	Кількість дітей (тільки для жінок)	184	21	11,4%	19	10,3%	61	33,2%	115	62,5%	p<0,05
	Кількість дітей (тільки для жінок)	585 (1,5 дит.)	51	1,6	56	1,5	153	1,7	322	1,6	
Вік наймолодшої дитини (тільки для жінок), років	До 5 років	520 (5 р.)	44	5,7	47	5,8	139	4,4	293	4,7	ns
	5-10 років										

Вживання психоактивних речовин

Не вживав/ла	512	47	9,2%		55	10,7%	136	26,6%	286	55,9%	
Вживання алкоголю протягом останніх 30 днів	203	17	8,4%	ns	17	8,4%	58	28,6%	112	55,2%	ns
Принаймні раз на тиждень	83	12	14,5%		16	19,3%	14	16,9%	37	44,6%	
Не вживає	753	73	9,7%		84	11,2%	195	25,9%	415	55,1%	
Не вживав(ла) протягом останніх 30 днів	10	0	0,0%	ns	0	0,0%	2	20,0%	2	20,0%	p<0,1
Вживав(ла) протягом останніх 30 днів	36	2	5,6%		5	13,9%	11	30,6%	20	55,6%	
Ніколи	478	35	7,3%		45	9,4%	122	25,5%	272	56,9%	
Вживання ін'єкційних наркотиків	268	29	10,8%	p<0,01	30	11,2%	64	23,9%	132	49,3%	p<0,1
Протягом останніх 30 днів	51	10	19,6%		13	25,5%	22	43,1%	31	60,8%	

Досвід життя з ВІЛ

Наївні	164	19	11,6%		25	15,2%	51	31,1%	106	64,6%	p<0,1
Неприхильні	637	57	8,9%	ns	64	10,0%	157	24,6%	331	52,0%	p<0,01
Тривалість часу від встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, років	799 (6 р.)	76	5,6	ns	89	5,6	208	6,4	436	6	ns
Тривалість часу від узяття на облік у центрі СНІДу, років	797 (5,1 р.)	75	4,6	ns	88	4,8	207	5,3	434	5,2	ns
Тривалість часу від початку прийому АРТ (для неприхильних), років	630 (3,2 р.)	57	2,9	ns	64	3,1	155	3,8	328	3,4	ns

Частки показано за рядками.

Для метричних змінних у дужках наведено середнє для всіх учасників під час набору.

ns = non-significant (різниця статистично незначуща); дит. = дитини; р. = року.



Участь у повторних опитуваннях залежала від деяких особистих соціально-демографічних та медичних характеристик учасників. Ті, хто проживав не в місті проведення опитування, люди з нижчою освітою, більшим доходом, жінки з більшою кількістю дітей, активні споживачі ін'єкційних наркотиків та ЛЖВ без попереднього досвіду прийому АРТ не брали участі в повторних опитуваннях статистично значущо більше.

Це вплинуло на зміну репрезентативності отриманих даних у бік тих груп ЛЖВ, які було представлено краще. Для врахування неоднорідності характеристик досліджуваних груп на різних зрізах було проведено багатовимірний аналіз з коригуванням на всі базові соціально-демографічні та медичні характеристики учасників.

Базові характеристики учасників

Серед усіх ЛЖВ, які взяли участь у дослідженні, три чверті становили жінки, проте у групах втручання та контролю «Школи пацієнта» співвідношення чоловіків та жінок було однаковим. Середній вік учасників склав 35,3 року; 9 із 10 осіб (92,4%) проживали в місті проведення дослідження.

Більшість учасників дослідження (68,9%) мала повну середню або середню спеціальну освіту, п'ята частина (20,6%) – вищу освіту. Лише третина учасників (33,0%) працювала, і тільки чверть учасників (24,5%) мала особистий дохід понад 2 000 грн на місяць, а решта – менший.

Учасники групи контролю «Школи пацієнта», порівняно з групою втручання, були в середньому на один рік старшими; і не в місті проведення дослідження їх проживало вдвічі менше (5,2% у групі втручання проти 2,6% у групі контролю). За іншими базовими соціально-демографічними характеристиками ці дві групи не відрізнялися.

Серед учасниць групи контролю Інтегрованого втручання частка тих, хто проживав не в місті проведення дослідження, навпаки, була у 7 разів більшою (2,2% у групі втручання проти 14,2% у групі контролю). Також серед учасниць групи контролю частка жінок з неповною середньою або початковою освітою була більшою, ніж у групі втручання. Середній вік наймолодшої дитини у жінок з групи втручання становив 2,6 року, а у жінок з групи контролю – 1,8 року. За рештою соціально-демографічних характеристик групи статистично значущо не відрізнялися (див. Табл. 7А).

Таблиця 7А. Соціально-демографічні характеристики залучених учасників, за групами дослідження

		Усі		«Школа пацієнта»			Інтегр. втручання		
				ГВ	ГК		ГВ	ГК	
Кількість учасників		801		204	199		198	200	
		к-ть осіб	%	%	%	значущість	%	%	значущість
Стать	Чоловіча	216	27,0%	53,4%	50,4%	ns	-	-	
	Жіноча	585	73,0%	46,6%	49,6%		-	-	
Вік, років		801	35,3	38,4	39,5	p<0,1	32,5	30,6	p<0,001
Місце проживання	Місто проведення дослідження	740	92,4%	94,8%	97,4%	p<0,05	97,8%	85,8%	p<0,01
	Інший населений пункт	61	7,6%	5,2%	2,6%		2,2%	14,2%	
Шлюбний стан	Одружений(а)	482	60,2%	46,6%	53,8%	ns	68,5%	72,6%	ns
	Розлучений(а)	154	19,2%	22,4%	26,5%		12,0%	8,5%	
	Самотній(я)	165	20,6%	31,0%	19,7%		19,6%	18,9%	
Освіта	Неповна середня	82	10,2%	12,1%	6,8%	ns	8,7%	14,2%	p<0,1
	Середня	552	68,9%	73,3%	76,9%		68,5%	56,6%	
	Вища	167	20,8%	14,7%	16,2%		22,8%	29,2%	

		Усі		«Школа пацієнта»			Інтегр. втручання		
				ГВ	ГК		ГВ	ГК	
Кількість учасників		801		204	199		198	200	
		к-ть осіб	%	%	%	значущість	%	%	значущість
Працює		264	33,0%	44,8%	44,4%	ns	14,1%	17,0%	ns
Дохід	До 2000 грн	566	75,5%	79,4%	84,9%	ns	78,7%	77,5%	ns
	Понад 2000 грн	184	24,5%	20,6%	15,1%		21,3%	22,5%	
Кількість дітей (тільки для жінок)		585	1,5	1,1	1,0	ns	1,8	1,7	ns
Вік наймолодшої дитини (тільки для жінок), років		520	5	12,9	15,2	ns	2,6	1,8	p<0,001

ns = non-significant (різниця статистично незначуща);

ГВ = група втручання; ГК = група контролю; дит. = дитини; р. = року.

Серед усіх учасників дослідження 40% мали досвід уживання ін'єкційних наркотиків; 5,8% сказали, що практикують уживання неін'єкційних наркотиків; 64,2% повідомили, що не вживали алкоголю протягом останнього місяця. Кожен четвертий учасник (24,6%) мав досвід перебування в місцях позбавлення волі.

Серед учасників «Школи пацієнта» було статистично значущо більше людей, які вживали неін'єкційні наркотики, порівняно з групою контролю цього втручання, і більше людей, які мали

досвід уживання ін'єкційних наркотиків, проте не були активними споживачами в період проведення дослідження.

Серед учасниць Інтегрованого втручання була більшою частка тих, хто мав досвід уживання ін'єкційних наркотиків, і тих, хто мав досвід перебування в місцях позбавлення волі, порівняно з групою контролю цього втручання (див. Табл. 7Б).

Таблиця 7Б. Поведінкові характеристики залучених учасників, за групами дослідження.

Таблиця 7Б. Поведінкові характеристики залучених учасників, за групами дослідження

		Усі		«Школа пацієнта»			Інтегр. втручання		
				ГВ	ГК		ГВ	ГК	
Кількість учасників		801		204	199		198	200	
		к-ть осіб	%	%	%	значущість	%	%	значущість
Вживання алкоголю протягом останніх 30 днів	Не вживав/ла	512	64,2%	51,7%	55,6%	ns	72,2%	73,3%	ns
	Рідше ніж раз на тиждень	203	25,4%	29,3%	29,1%		20,0%	20,0%	
	Принаймні раз на тиждень	83	10,4%	19,0%	15,4%		7,8%	6,7%	
Вживання неін'єкційних наркотиків	Не вживає	753	94,2%	87,3%	94,4%	p<0,05	97,5%	98,0%	ns
	Не вживав(ла) протягом останніх 30 днів	10	1,3%	2,5%	1,5%		0,5%	0,5%	
	Вживав(ла) протягом останніх 30 днів	36	4,5%	10,3%	4,0%		2,0%	1,5%	

		Усі		«Школа пацієнта»			Інтегр. втручання		
				ГВ	ГК		ГВ	ГК	
Кількість учасників		801		204	199		198	200	
		к-ть осіб	%	%	%	значущість	%	%	значущість
Вживання ін'єкційних наркотиків	Ніколи	478	60,0%	35,8%	37,6%	p<0,05	72,4%	94,0%	p<0,001
	Коли-небудь протягом життя	268	33,6%	48,0%	55,2%		26,6%	5,0%	
	Протягом останніх 30 днів	51	6,4%	16,2%	7,2%		1,0%	1,0%	
Досвід перебування в місцях позбавлення волі		197	24,6%	42,2%	45,3%	ns	9,8%	6,6%	p<0,05

ns = non-significant (різниця статистично незначуща); ГВ = група втручання; ГК = група контролю.

Серед залучених учасників тільки п'ята частина (20,5%) готувалася починати прийом АРТ вперше у житті; решта належала до категорії «неприхильні». Серед останніх, чотири п'яті мали понад три епізоди пропуску доз препаратів протягом останніх 30 днів, одна шоста не з'явилася на запланований візит і не отримала препаратів АРТ у період від 7 до 30 днів після дати запланованого візиту; в однієї шостої спостерігалася зниження рівня CD4 та підвищення рівня вірусного навантаження (або вірусне навантаження не знижувалося).

Середній термін від встановлення діагнозу для всієї вибірки склав 6 років, від узяття на облік у центрі СНІДу – 5,1 року, від початку прийому АРТ – 3,2 року (для тих, хто вже мав досвід прийому АРТ).

П'ята частина всіх респондентів (20,1%) мала інвалідність. Двоє з п'яти (38,0%) сказали, що хворіли

або хворіють на гепатит С; один з п'яти (21,6%) – на туберкульоз легень, і кожен шостий (14,7%) повідомив, що хворів або хворіє на гепатит В.

Серед учасників групи втручання «Школи пацієнта» було трохи більше (порівняно з групою контролю) тих, хто ніколи не приймав АРТ до початку дослідження, людей з інвалідністю і тих, хто хворів на туберкульоз.

В Інтегрованому втручанні більша частка учасниць групи втручання (порівняно з групою контролю) були неприхильними до АРТ, мали довший досвід життя з ВІЛ, перебування на обліку в центрі СНІДу та прийому терапії. Також серед них була більша частка жінок з інвалідністю, досвідом захворювання на туберкульоз, гепатит С і гепатит В, ніж серед учасниць групи контролю цього втручання (див. Табл. 8).

Таблиця 8. Деякі медичні характеристики залучених учасників, за групами дослідження

		Усі		«Школа пацієнта»			Інтегр. втручання		
				ГВ	ГК		ГВ	ГК	
Кількість учасників		801		204	199		198	200	
		к-ть осіб	%	%	%	значущість	%	%	значущість
Досвід прийому АРТ	Наївні	164	20,5%	16,4%	14,5%	p<0,05	10,9%	26,4%	p<0,001
	Неприхильні	637	79,5%	83,6%	85,5%		89,1%	73,6%	
Тривалість часу від встановлення діагнозу ВІЛ, років		799	6	6,9	6,8	ns	6,2	4,1	p<0,001
Тривалість часу від узяття на облік у центрі СНІДу, років		797	5,1	5,7	5,4	ns	5,7	3,7	p<0,001

	Усі		«Школа пацієнта»			Інтегр. втручання		
			ГВ	ГК		ГВ	ГК	
Кількість учасників	801		204	199		198	200	
	к-ть осіб	%	%	%	значущість	%	%	значущість
Тривалість часу від початку прийому АРТ (для неприхильних), років	630	3,2	3,1	3,4	ns	3,5	2,8	p<0,05
Мають інвалідність	161	20,1%	31,9%	29,9%	p<0,05	10,9%	7,5%	p<0,1
Хворіють/хворіли на туберкульоз легень	173	21,6%	34,5%	29,9%	p<0,1	15,2%	8,5%	p<0,05
Хворіють/хворіли на гепатит С	304	38,0%	57,8%	59,0%	ns	30,4%	12,3%	p<0,001
Хворіють/хворіли на гепатит В	118	14,7%	20,7%	23,9%	ns	10,9%	2,8%	p<0,1

ns = non-significant (різниця статистично незначуща); ГВ = група втручання; ГК = група контролю; p. = року.

Учасники груп втручання і контролю системно відрізнялися за деякими базовими характеристиками. Причому учасниці груп втручання і контролю Інтегрованого втручання відрізнялися між собою значно більше, ніж учасники груп втручання і контролю «Школи пацієнта», тому що групи втручання і контролю Інтегрованого втручання набирали на різних сайтах.

Зокрема, учасники групи втручання «Школи пацієнта» були молодшими, частіше проживали в інших населених пунктах, ніж місто проведення дослідження, і частіше були активними споживачами ін'єкційних наркотиків, порівняно з учасниками групи контролю. Учасниці групи втручання Інтегрованого втручання були (порівняно з учасницями групи контролю) в середньому старшими, проживали в місті проведення дослідження, мали вищий рівень освіти, старших дітей, мали досвід уживання ін'єкційних наркотиків і довше жили з ВІЛ (відповідно, серед них була більша частка неприхильних та осіб з коінфекціями).

Для врахування різниці у групах за базовими характеристиками учасників було проведено багатовимірний аналіз. Проте за деякими індикаторами ефективності (зокрема за загальною самоефективністю) група контролю Інтегрованого втручання мала кращі результати під час залучення до дослідження навіть після врахування решти факторів.

Впровадження втручань

Індикатори точності й сумлінності впровадження втручань

• Сумлінність впровадження втручань

Середня тривалість індивідуальних сесій «Школи пацієнта» (з першої по п'яту) становила 46 хвилин, що відповідає нормативному значенню 45 хвилин і більше (див. Табл. 9А, 9Б).

69% сесій «Школи пацієнта» і 80,2% групових занять «Майстерні можливостей» для кожного клієнта було проведено з часовими проміжками, які передбачено цими втручаннями (два-три тижні – для «Школи пацієнта» і один тиждень – для «Майстерні можливостей»). Показник у 70% відсотків і вищий є достатнім для констатації сумлінного впровадження втручання.

• Точність впровадження втручань

Серед учасників дослідження успішно завершили втручання 77% учасників «Школи пацієнта» і 85,7% учасниць Інтегрованого втручання. Отже, рівень утримання у втручанні склав майже 80% і більше, тобто був високим.

14,2% всіх учасниць «Майстерні можливостей» відвідали не всі групові заняття разом зі своєю групою, а відпрацьовували їх індивідуально. Такий формат роботи було передбачено втручанням через зайнятість учасниць і наявність у них дітей, з одного боку, та необхідність відвідувати

зустрічі 12 тижнів поспіль – з іншого боку; тому цими компонента «Майстерня можливостей» є певна гнучкість у графіку проходження учасниками компонента «Майстерня можливостей» є необхідною.

Таблиця 9А. Індикатори точності й сумлінності впровадження втручання «Школа пацієнта»

Індикатор	Методика обрахунку	Показник	Цільове значення
Сумлінність впровадження втручання*			
Середня тривалість сесій	-	46 хв.¹	45 хв.
Частка часових проміжків між сесіями, дотриманих відповідно до стандартів втручання	Кількість проміжків між сесіями 1-5 тривалістю 2-3 тижні	1309/1895=69,1%	70%
	Загальна кількість проміжків між проведеними сесіями		
Точність впровадження втручання**			
Частка учасників, які завершили успішно програму	Кількість учасників, які завершили програму	307/397=77,3%	75%
	Кількість учасників, залучених до втручання		

* Пораховано для всіх проведених сесій.

** Пораховано для учасників дослідження.

¹ На основі даних усіх сесій, проведених у Дніпрі, Полтаві та Кременчуці, та 92 і 43 сесій, проведених у Черкасах та Чернігові відповідно.

Таблиця 9Б. Індикатори точності й сумлінності впровадження втручання «Майстерня можливостей»

Індикатор	Методика обрахунку	Показник	Цільове значення
Сумлінність впровадження втручання*			
Частка часових проміжків між заняттями, дотриманих відповідно до стандартів втручання Загальна кількість проміжків між заняттями	Кількість проміжків між заняттями 1-12 тривалістю 1 тиждень для 1 учасниці	1766/2202=80,2%	80%
Точність впровадження втручання**			
Частка учасниць, які завершили успішно програму Кількість учасниць, залучених до втручання	Кількість учасниць, які завершили програму	162/189=85,7%	75%
Частка учасниць, які відвідали не всі заняття, проте завершили успішно програму Кількість учасниць, які завершили програму	Кількість учасниць, які відвідали менше 12 занять 1-12	23/162=14,2%	15%

* Пораховано для всіх проведених занять.

** Пораховано для учасниць дослідження.

- **Сумлінність впровадження інших компонентів втручань**

Крім проходження стандартних сесій «Школи пацієнта» та групових занять «Майстерні можливостей», у рамках «Школи пацієнта» здійснювалося телефонне нагадування під час підтримувальної фази (протягом трьох місяців після завершення основної фази, тобто після Сесії 5). Форматом втручання було передбачено одне телефонне нагадування кожні два тижні (всього шість дзвінків) і

допускався один нездійснений дзвінок до клієнта, який мав бути не першим і не останнім у графіку телефонних нагадувань.

На всіх сайтах дослідження було зроблено шість дзвінків до клієнтів під час підтримувальної фази, крім м. Кременчука, де їх було зроблено в середньому понад п'ять, що також відповідає стандартам впровадження втручання «Школа пацієнта» (див. Табл. 10А).



Таблиця 10А. Отримання телефонних нагадувань під час підтримувальної фази учасниками груп втручання, середня кількість

Місто	Учасники «Школи пацієнта» (N=133) ¹	Учасниці Інтегрованого втручання (N=130) ¹
Запланована кількість	6 телефонних нагадувань; можливий 1 нездійснений дзвінок	
Дніпро	6,0	6,0
Полтава	6,0	6,0
Кременчук	5,1	-*
Черкаси	-**	-**
Чернігів	5,9	5,9
Середнє значення по групі	5,8	6,0

За Базою даних соціальних працівників, які впроваджують втручання.

¹ Пораховано серед учасників дослідження, які завершили п'ять обов'язкових сесій «Школи пацієнта».

* Інтегроване втручання не впроваджувалося в м. Кременчуці.

** Дані не збиралися.

Учасниці Інтегрованого втручання отримували консультації в рамках «Майстерні можливостей» (індивідуальний супровід кейс-менеджера від початку до завершення участі у втручанні). Планом втручання передбачалося мінімум шість індивіду-

альних зустрічей клієнтки з соціальним працівником, з них одна – завершальна.

На всіх сайтах дослідження було проведено потрібну для реалізації втручання кількість зустрічей: від 6 у Дніпрі до 12 – в Чернігові (див. Табл. 10Б).



Таблиця 10Б. Отримання консультацій соціального працівника (індивідуального супроводу кейс-менеджера) учасницями втручання «Майстерня можливостей» (N=187), середня кількість

Місто	Кількість консультацій соціального працівника в рамках втручання «Майстерня можливостей», середнє значення
Запланована кількість	6 і більше
Дніпро	6,4
Полтава	17,8
Черкаси	10,7
Чернігів	12,0
Середнє значення по групі	11,8

За Базою даних соціальних працівників, які впроваджують втручання.

- **Роль матеріального заохочення в мотивації до участі у втручанні та до його завершення**

Що стосується матеріального заохочення і того, наскільки воно сприяло як залученню учасників до втручання, так і їх утриманню у втручанні до його кінця, слід відзначити, що тут учасники розділилися. За результатами фокус-групових дискусій можна виділити декілька груп учасників:

- 1) Учасники, для яких матеріальне заохочення і під час залучення, і для утримання у втручанні не було важливим (у рамках «Школи пацієнта» вони йшли по інформацію щодо свого здоров'я, у рамках «Майстерні можливостей» – для отримання спілкування, можливості вирватися з повсякдення та опанувати нові професійні навички), деякі спочатку навіть не знали про існування заохочень:

«Для меня как-то, может, даже больше не важно, чем важно. Потому что я пришла первый раз, я даже и не знала про эту денежную мотивацию. Это уже потом, когда рассказали на первом занятии. Для меня есть и есть. Мне больше общение нужно» (ГВ Интегрированного втручання, Черкаси).

«Я тоже не знала изначально за это вознаграждение. Потом уже после первого раза узнала. Я шла пообщаться и провести время вне семьи. Потому что 24 часа я нахожусь с семьёй» (ГВ Интегрированного втручання, Черкаси).

«Я не на первый план ставил компенсацию какую-то, я чисто шел за информацией» (ГВ «Школы пациента», Полтава).

«Материальное? Нет, я только за информацией приходил. А это уже только приятный дополнительный доход» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

«Так же. Для меня первоначальной была информация. Для меня изначально была информация и на конечном этапе – тоже. Не повлияло» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

- 2) Учасники, для яких заохочення було важливим лише на початковому етапі (залучення до втручання), а потім не мало значення, тому що учасники вже розуміли, що участь у втручанні – це вже для них великий соціальний стимул і значна перевага (особливо коли мова йшла про «Майстерню можливостей», де учасникам спочатку не було зрозуміло, що, власне, вони там робитимуть):

«Вначале заинтересовало, а потом я даже уже не вникала, дадут эти карточки или нет. Заинтересовало только когда первый раз дали – и все» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

«Я поначалу даже не знала, что будут давать. Хотя я даже не думала, даже не знала, что это будет. Я просто пришла, потому что мне было интересно» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

«Когда ты понимаешь, что в этом заключается твоя жизнь, когда ты узнаешь каждый день и каждый день понимаешь, что надо так, так и так, и тут уже не до компенсации. Да, это конфетка приятная, но она не имеет никакого значения, никакой роли огромной» (ГВ «Школы пациента», Полтава).

«Вот честно сказать, наверное, это вознаграждение было ключевым. Потому что когда мы шли на эти (например, что касается «Мастерской возможностей»), мы не знали, что там будет. Многие пришли, думали: «Приду, посмотрю. Вдруг интересно – останусь. Пойду, посмотрю». И это была мотивация. Это потом, это сейчас многие, мне кажется, скажут... Переоценили и поняли, что может быть, если бы сейчас предложили просто сходить без вознаграждения, мы бы пошли все. Потому что для нас важно это, это нас поддерживает. Но тогда, когда мы не знали, куда мы идём и что там с нами будут делать, для нас это было очень важно. Это, наверное (я про себя скажу), это сыграло какую-то роль. «Ну, схожу. Ну, посмотрю. Не понравится – уйду». А потом мы поняли, что тут происходит» (ГВ Интегрированного втручання, Черкаси).

- 3) Учасники, для яких матеріальна винагорода не була важливою на початковому етапі, але відігравала важливу роль згодом, оскільки слугувала значним матеріальним додатком до замалого бюджету родини (таких учасників меншість):

«Мне помогло материально, у меня маленький ребенок... Для меня значале это не играло роли, но потом были такие ситуации, когда просто это материальное вознаграждение приходилось на ту же кашу или на что-то еще – как раз вовремя» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

4) Учасники, для яких заохочення відіграло роль і на початковому, і на завершальному етапах (кількість таких учасників незначна, переважно вони є серед учасників «Школи пацієнта»):

«У меня в группе были две персоны, которые, как я считала, ходили сугубо из-за финансового вознаграждения. И, по-моему, я даже слышала, что они эти сертификаты меняли потом где-то на деньги, то есть мне показалось, что одной участнице точно участие в программе было вообще не важно: может быть, какие-то проблемы в семье» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

Слід відзначити, що загалом більшість учасників схильна до думки, що матеріальна винагорода як для них, так і для інших учасників втручань відіграла вторинну роль або роль приємного додаткового бонусу, особливо якщо йшлося про утримання учасників у втручанні, і вони впевнені, що якби щось сталося і винагороду за участь у втручанні скасували, то вони б усе одно відвідували сесії:

«Это (вознаграждение за участие) хорошо, но не главное. Оно стимулирует» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

Якщо порівнювати учасників двох втручань, то в матеріальній винагороді менше були зацікавлені учасниці «Майстерні можливостей», але не тому, що їхнє фінансове становище є кращим, а, скоріше, тому, що вони бачили для себе значно більші переваги від участі у втручанні, ніж матеріальна винагорода:

«Сначала меня заинтересовала больше в этой программе мотивация материальная. А потом, когда пришла в программу, – если я начинаю что-то, иду до конца. Уже даже и не было бы никакой поддержки материальной, я бы прошла до конца» (ГВ «Школы пациента», Черкаси).

«Даже если бы мне сказали ходить и в «Школу пациента», и в «Мастерскую возможностей» просто, без сертификатов, я бы ходила с удовольствием» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

Особливості впровадження втручань, ключові передумови досягнення результату і можливі шляхи покращення втручань

- **Досвід соціальних працівників щодо впровадження втручань**

Основною принциповою відмінністю між розробленими втручаннями і стандартним способом консультування є обсяг часу та уваги, приділених кожному клієнтові. Порівняно зі стандартним па-

кетом послуг, який є інформативним (просте надання інформації, переважно за невеликий проміжок часу), розроблені втручання дозволяють також переконатися, що клієнти засвоїли інформацію, поставили запитання та отримали відповіді на них.

З організаційної точки зору втручання є дуже часоємними і за впровадженням, і за адмініструванням. Це пов'язано з тим, що розвиток у ЛЖВ мотивації до отримання АРТ упродовж життя вимагає багато часу.

З огляду на час, який необхідно приділити втручанням, у них складно брати участь тим ЛЖВ, які працюють, а також жінкам з дуже маленькими дітьми. З іншого боку, більшість соціальних працівників говорила про те, що «Майстерню можливостей» можна поширити на всіх жінок, адже в них такі самі потреби, як і в жінок, які мають дітей до шести років.

- **Що вплинуло на досягнення бажаного результату?**

Ми намагалися дізнатися, що саме вплинуло на досягнення бажаного результату в «Школі пацієнта» і в «Майстерні можливостей». За результатами фокус-групових дискусій з клієнтами з'ясувалося, що одну з найважливіших і ключових ролей в обох випадках відігравали соціальні працівники: їхня відданість справі, розуміння, турбота, професійне й толерантне ставлення до учасників, компетентність і доступність викладення ними інформації та досвід спілкування з людьми, які мають таку саму проблему:

«Общение с живым человеком, который знает эти проблемы, который в этой проблеме живет, с такими, как я общается каждый день, говорит: «А вот был пример», – начинает приводить мне примеры. У того так было, у этого так было, сопоставляешь эти вещи. А так самонадеянность была, что я знаю, и так все знаю, не надо мне рассказывать, я все знаю. Оказалось, что о некоторых вещах я неправильно рассуждаю, и вправили мозги, как оно есть» (ГВ «Школы пациента», Черкаси).

«Отношение соцработников. Здесь такая команда подобралась, знаете, они не просто приходят, чтобы выполнить что-то «для галочки». Они действительно посвящают тебе частицу своей души» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

«Я думаю, что компетентность соцработников в этих вопросах. Потому что он своей информацией позволил мне достигнуть желаемого результата, ради

чого я начал ходить, почему я заинтересовался. Я из-за его компетентности получил еще больше ответов» (ГВ «Школы пациента», Полтава).

На отримання бажаного результату у втручанні «Школа пацієнта» вплинули також додаткові чинники, насамперед доступність викладення інформації, формат її подання і власне зміст:

«Доступность информации. Даже не то что доступность информации, а доступно нам донесли эту информацию» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

«На «Школе» что повлияло – это когда нам показали видео, как работает АРТ» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

«Благодаря полученным знаниям. То есть ты получаешь знания и, естественно, понимаешь...» (ГВ «Школы пациента», Полтава).

Що ж стосується «Майстерні можливостей», то тут ключовим був сам формат її впровадження: те, що вона тривала досить довго, містила багато різнопланових занять, які змогли зацікавити кожну окрему учасницю:

«Мне кажется, что это было пошагово. Нам нужно было там выстроить цель, и не одну, а глобальную цель, чуть меньше, чуть меньше, то есть пошаговые цели. Знаете, медведя можно скушать по маленькому кусочку. То, что этот проект длился не неделю (7 дней каждый день), а то, что тогда был такой период, дробленный на части, то каждый раз ты этот маленький кусочек съедал и к концу проекта – оп, тебе еще поощрительный приз – Мезим, чтобы все это переварить. Пошел, отучился, получил» (ГВ Інтегрованого втручання, Чернігів).

«Самое интересное: были такие моменты, как Марина говорила, такой момент, который её перевернул жизнь. У каждого, наверное, из нас был в определённом занятии. Наверное, то, что хотел Боженька каждому из нас сказать, то и сказал. И каждый для себя что-то понял» (ГВ Інтегрованого втручання, Черкаси).

● Бачення учасниками шляхів удосконалення втручань

Ми запропонували учасникам надати свої пропозиції щодо напрямів удосконалення втручань. Учасники «Школи пацієнта» запропонували таке:

- Ретельно підходити до вибору приміщення, в якому будуть проводитися сесії, щоб, по-перше, воно було зручно розташовано, по-друге, щоб уникнути випадків, коли в той самий час у приміщенні присутні інші люди:

«Ближе к дому. Вот так, как «Парус», – на каждом углу... Допустим, если бы при каждой больнице был хотя бы один кабинет, где бы тебе могли объяснить, предоставит информацию, что это за программа, что тебе помогут финансово доехать» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

«Помещение...Чтобы не было такого, что рядышком кто-то еще общается» (ГВ «Школы пациента», Полтава).

- Видавати дотичні до теми сесій роздаткові матеріали:

«Сделать какие-то наглядные пособия» (ГВ «Школы пациента», Полтава).

- Зробити ранжування суми винагороди залежно від сесії: для початкових сесій передбачити меншу суму заохочення, для завершальних – більшу; на думку опитаних, це б додатково стимулювало учасників втручання проходити сесії до кінця:

«Можно было бы компенсацию разделить на количество вот этих сеансов. И причем от минимальной суммы, и последние компенсации – больше. То есть, например, тех клиентов, которых знаю я, которые находятся в бытовых проблемах каких-то конкретных, то это бы мотивировало... Ну, например, первая – 20, 40, 60, к примеру. Или 20, 30, 40, 50» (ГВ «Школы пациента», Полтава).

- Зменшити навантаження на соціальних працівників:

«Скорректировать время как-то социальных работников. Они же тоже не железные...» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

- Видавати таблетниці кращої якості:

«Качество коробочки» (ГВ «Школы пациента», Черкаси).

- Збільшити кількість сесій та, відповідно, частоту їх проведення:

«Более можно было бы часто встречаться, уже какой-то коллектив сплоченный...» (ГВ «Школы пациента», Черкаси).

«Чаще встречаются, хотя бы раз в месяц» (ГВ «Школы пациента», Черкаси).

«Я считаю, что можно не пять сессий и шестая заключительная, а больше» (ГВ «Школи пацієнта», Черкаси).

- Передбачити можливість проходження МРТ як стимул для участі у втручанні (альтернативний до видачі сертифікатів):

«Саня говорил за МРТ» (ГВ ШП, Черкаси).

«Медицинское обследование более расширенное в плане УЗИ, КТ, МРТ. Все-таки для нас это важно. Я же говорю, компьютер какой-нибудь, МРТ.

Для меня, например, было очень важно, потому что туберкулез у меня обнаружили благодаря КТ. У меня не было даже никаких симптомов. И первый раз мне его оплатила организация. Потом, когда мне надо было сдать повторно, то мне уже пришлось делать за свой счет. Например, я считаю, что когда человек только становится на учет, ему необходимо сделать МРТ.

Или убрать сертификаты, а как бонус – проходить больше обследований» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

- Як варіант зробити одну або кілька сесій групами:

«И плюс еще можно попробовать сделать школу пациента именно групповой какой-то.

- Хотя бы один раз. Один какой-то урок.
- Может, по два, по три человека.
- Возможно, это было бы интересно, все познается в сравнении.
- Чтобы мы потом не обговаривали это на какой-то другой теме.
- Кто-то сталкивался с чем-то, делится.
- Вот я, например, до сих пор не знала, что в больнице могут ставить «галочки» на карту. Хотя бы несколько человек, хотя бы три» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

Що ж стосується «Майстерні можливостей», то учасниці втручання запропонували таке бачення напрямів її вдосконалення:

- Розширити критерії включення учасниць до втручання, особливо щодо віку дітей:

«Я бы хотела, чтобы не было действительно каких-то определённых критериев и ставили какие-то рамки на людей (возрастные категории или какие-то там статусы, возраст детей). То есть чтоб не было абсолютно никаких ограничений для этих людей. Абсолютно. То

есть это самое главное пожелание и желание, скажем так. А в принципе, во всём остальном они молодцы. Они умеют правильно организовать, правильно подойти, найти нужные слова, делают всё красиво» (ГВ Интегрованого втручання, Черкаси).

- Збільшити кількість сесій, їхню тривалість і, відповідно, частоту їх проведення:

«Я думаю, время увеличить. И в течение самой сессии, и в общем количестве» (ГВ Интегрованого втручання, Черкаси).

- Узгодити графік сесій таким чином, щоб він влаштовував усіх (особливо важливо для мам немовлят):

«Только по времени возможны улучшения» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

- Як частину втручання зробити можливість залучення до нього партнерів учасниць і проведення для них декількох сесій:

«И для мужчин организовать. Научить их чуть-чуть уважать женщин и т. п.» (ГВ Интегрованого втручання, Черкаси).

- Збільшити кількість учасниць, охоплених втручанням:

«Чтобы побольше проводили этих программ. Чтоб мог каждый человек обратиться. И получить поддержку» (ГВ Интегрованого втручання, Черкаси).

- Ретельно підходити до вибору приміщення, в якому будуть проводитися сесії (насамперед в аспекті зручності розташування):

«Чтобы помещение было ближе к центру, было удобнее добираться... Да, или транспорт если бы был какой-то» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

- Надавати учасницям можливість вибору теми сесій, як варіант – проводити одну сесію на вільну (обрану та узгоджену учасницями) тему:

«Еще чтобы мы могли свою тему поставить» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

Отримання клієнтами послуг для ЛЖВ у рамках втручання та поза ним протягом періоду дослідження

На момент залучення до дослідження та втручань від 80% до 90% усіх учасників були клієнтами відповідних НУО (див. Табл. 11). При цьому половина учасників обох груп втручання і групи контролю «Школи пацієнта» були клієнтами цих організа-

цій два-три роки, а учасниці групи контролю Інтегрованого втручання – півроку.

На момент 6- і 12-місячного зрізів опитані учасники обох груп втручання пройшли майже шість сесій «Школи пацієнта» кожен, а учасниці Інтегрованого втручання – також у середньому 10 групових занять «Майстерні можливостей». Ця інформація збігається з інформацією з Баз даних соціальних працівників, зважаючи на рівень випадіння із втручання учасників дослідження.

У той же час, клієнти з групи контролю отримували послуги цих НУО зі стандартного пакету переважно від кількох разів за півроку до кількох разів на місяць. При цьому учасниці групи контролю Інтегрованого втручання відвідували НУО в середньому частіше, ніж учасники групи контролю «Школи пацієнта».

Таблетницю вважали зручною у використанні від трьох п'ятих до трьох четвертих опитаних учасників дослідження.

Таблиця 11. Отримання стандартних послуг для ЛЖВ та послуг у рамках втручання, за даними опитування учасників дослідження

	«Школа пацієнта»		Інтегроване втручання	
	група втручання	група контролю	група втручання	група контролю
Набір				
Учасник є клієнтом цієї НУО на момент початку участі	84%	86%	82%	89%
Медіанна тривалість отримання послуг, років	2,7	2,1	3,0	0,5
6-місячний зріз				
Середня кількість пройдених сесій «Школи пацієнта»	5,6	-	6	-
Середня кількість пройдених групових занять «Майстерні можливостей»	-	-	10	-
Частота користування послугами НУО протягом останніх півроку:				
Не користувався/лася	-	1%	-	5%
Рідше ніж раз на місяць	-	60%	-	34%
Рідше ніж раз на тиждень	-	32%	-	48%
Раз на тиждень і частіше	-	2%	-	2%
Невідомо	-	6%	-	11%
Зручно користуватися виданою таблетницею	73%	73%	82%	57%
12-місячний зріз				
Середня кількість пройдених сесій «Школи пацієнта»	5,8	-	5,7	-
Середня кількість пройдених групових занять «Майстерні можливостей»	-	-	9,7	-
Частота відвідання НУО протягом останніх півроку:				
Не відвідував/ла	-	-	-	1%
Рідше ніж раз на місяць	-	65%	-	45%
Рідше ніж раз на тиждень	-	27%	-	52%
Раз на тиждень і частіше	-	3%	-	1%
Невідомо	-	5%	-	-
Зручно користуватися виданою таблетницею	66%	72%	65%	74%

● Частота відвідання НУО

Різницю між частотою отримання послуг жінками з групи контролю Інтегрованого втручання та учасниками групи контролю «Школи пацієнта» можна пояснити двома причинами. По-перше, жінки з групи контролю Інтегрованого втручання менший час були клієнтами НУО, тому частіше відвідували її. З фокус-групових дискусій з клієнтами видно, що на самому початку отримання послуг для ЛЖВ люди активно і часто відвідують НУО; пізніше, коли опановують життя зі своїм статусом та отримують необхідну інформацію, починають відвідувати організацію тільки з окремими питаннями. Іншим поясненням може бути те, що жінки з малими дітьми мають більшу потребу у спілкуванні зі співробітниками таких НУО, ніж решта ЛЖВ. Це підтверджується фокус-груповими дискусіями: жінки з групи контролю говорили про те, що відвідують НУО за будь-якої нагоди («була поруч, зазирнула»), а не тільки тоді, коли мають конкретні питання.

Можливо, ми також бачимо тут типовий патерн користування послугами для ЛЖВ: середньостатистичний клієнт, який почав користуватися послугами відповідної НУО близько двох років тому, відвідує її рідше ніж раз на тиждень. **Тобто ЛЖВ найчастіше бувають у НУО і найбільше потребують інформації про ВІЛ і життя з ВІЛ у той момент, коли щойно дізналися свій статус і щойно дізналися про наявність НУО, що працює з ЛЖВ.** Потім потреба у відвіданні НУО і частота її відвідання зменшуються.

● Використання таблетниці

Щодо використання таблетниці в повсякденному житті учасники фокус-групових дискусій зазначали, що вона як допоміжний засіб для прийому АРТ корисна більше для тих, хто тільки розпочинає приймати терапію, тоді як учасники, котрі приймають терапію тривалий час, вже набули усталених звичок, які досить важко змінити. Так, наприклад, у кожній з 12 проведених фокус-груп з учасниками дослідження (незалежно від того, була це група втручання чи група контролю), серед усіх було лише декілька учасників, які використовували таблетницю, отриману під час дослідження, решта надавала перевагу таким засобам нагадування про прийом АРТ та/або зберігання/транспортування терапії, як:

- мобільний телефон;
- будильник;
- нагадування членами сім'ї;
- прийом терапії без нагадування, «по пам'яті»;
- баночка з-під вітамінів «Вітрум»;
- пакетик із застіркою;
- маленький гаманець;

- кишень;
- зберігання препаратів в оригінальній упаковці (вдома);
- папірець із табличкою для відмічання хрестиками прийому терапії;
- інша таблетниця, якою користувалися раніше;
- видана таблетниця, але без активізації режиму нагадування (без батарейки).

Причини невикористання виданої таблетниці різноманітні. Головні з них:

- Видана таблетниця була неякісною (швидко зламалася) або виявилася бракованою/неробочою (на думку учасників):

«А мне с замочком бракованным дали. Мне так она понравилась» (ГВ Інтегрованого втручання, Черкаси).

«С будильником она (таблетница) оказалась нерабочая» (ГВ Інтегрованого втручання, Чернівці).

- Кришка таблетниці погано закривається/постійно відкривається, відповідно, є побоювання, що таблетки можуть випасти:

«Она постоянно открывается. Я все время думаю, что эти таблетки выпадут. И с другими я общалась, тоже такое случается» (ГВ «Школи пацієнта», Дніпро).

«Крышка отпадает сама по себе, ей чуть-чуть пальцем нагрузку дал, когда открываешь – она вообще у меня отпала, с первого раза. Ото я положил ее в шухлядку и ни разу не пользовался» (ГВ «Школи пацієнта», Черкаси).

- Таблетниця торохтить, чим, на думку учасників, привертає зайву увагу:

«Нет, не пользуюсь: в них таблетки тархтят и привлекают внимание. Чье? Всех. Вот где-то наклонился на работе – тархтят. Зачем оно надо?!» (ГВ «Школи пацієнта», Полтава)

- Таблетниця не передбачає можливості витягти відповідну таблетку з кожної окремої секції, і учасники побоюються, що якщо вони почнуть перебирати таблетки в таблетниці, особливо коли перебувають на роботі або в іншому людному місці, це може привернути до себе зайву увагу:

«Такая неудобная, потому что надо выбирать эти таблетки. А такая вот удобная: ты открыл одну ячейку, например, утром я пью три. Высытала – положила – закрыла. Все. А вот такая – надо еще стоять, выбирать, какие таблетки» (ГВ «Школи пацієнта», Дніпро).

«Удобнее нам как-то давали вот эти семь дней по четыре... Намного удобней контейнерами. Берешь одну, вытаскиваешь. Намного удобней» (ГК «Школи пацієнта», Дніпро).

- Таблетницю не вдалося налаштувати на потрібний час (особливо характерно для жінок); крім того, оскільки формат часу в таблетниці не 24 години, то доводилося знову виставляти його після першого прийому, і якщо це робити на роботі/чи в іншому людному місці, то це також може привернути до себе зайву увагу:

«...Это выставление того времени – тут, бывает, выпиваешь пулей, чтобы не видели, и лишних вопросов не задавали, заходишь где-то на умывальник, закинул, запил. Я еще буду сидеть там время выставляют?» (ГВ «Школи пацієнта», Полтава).

«Вот мне не нравится, что там отсчет. И время наперед как-то там. Допустим, ты должна поставить время наперед – через 12 часов, и оно начинает отсчитывать: 11:59, 11:58, и в 10:00 оно пропикает. Почему это нельзя было сделать часами? То есть каждый раз тебе надо переключать его» (ГВ Интегрированного втручання, Полтава).

- Таблетниця вміщує мало препаратів, при цьому сама вона досить велика:

«Во-первых, там два отделения вот этих, места очень мало. Или вот, как многие девочки знают, пьем Алувию. Во-первых, вот эти здоровые кирпичи, мы их пьем по два раза в день – утром и вечером. Четыре таблетки, они влазят вот сюда, и больше ты ничего туда не положишь. Вот только четыре этих кирпича» (ГВ «Школи пацієнта», Полтава).

«Она большая, громоздкая. А таблетки две-три влазит» (ГК «Школи пацієнта», Дніпро).

- У таблетниці ослабкий сигнал, якого не чути:

«Сигнал слабенький, ее не слышно практически» (ГВ «Школи пацієнта», Черкаси).

«Если бы у таблетницы сигнал был, как на телефоне, намного громче, чем пи-пи, пи-пи» (ГВ Интегрированного втручання, Харьков).

- Таблетниця не потрібна взагалі, тому що прийом препаратів припадає на ранковий і вечірній час, коли учасники дослідження

перебувають удома (особливо характерно для жінок з маленькими дітьми, які перебувають у декретній відпустці):

«Я просто уже автоматически, я просто знаю, что надо утром и вечером. Мне она не надо» (ГК Интегрированного втручання, Суми).

«У меня график. Я в девять вечера и в девять утра пью. Редко когда забываю» (ГК «Школи пацієнта», Дніпро).

«А зачем, если утро и вечером я по-любому дома?» (ГВ Интегрированного втручання, Черкаси)

- У таблетниці відсутня можливість подачі сигналу в декілька етапів до моменту прийому АРТ:

«Вот у меня хорошего такого качества, они вроде бы как американские, такие зеленые. Она за десять минут начинает пиликать, потом еще за пять минут пиликает, и потом уже, когда время, она целую минуту пиликает так, что слышно из другой комнаты. Очень такой звук пронизывающий, что нельзя ее не услышать» (ГВ «Школи пацієнта», Черкаси).

- Налаштування таймера в таблетниці збиваються:

«Положил в карман или сумочку, придавил – таймер сбивается» (ГК «Школи пацієнта», Дніпро).

«Часики не работают. Останавливаются» (ГВ Интегрированного втручання, Полтава).

При цьому учасники фокус-груп добре усвідомлюють важливість використання таблетниці для прийому препаратів. Вони особливо відмічають, що таблетниця потрібна на першому етапі, коли ЛЖВ розпочинають прийом препаратів, і в тих випадках, коли доводиться кудись їхати з дому на тривалий час (більше ніж на один день). Учасники демонструють розуміння того, що таблетниця допомагає:

- чітко дотримуватися режиму прийому препаратів;
- відстежувати, чи було прийнято препарати, якщо людина не пам'ятає;
- ізолювати препарати від впливу на них сторонніх предметів, які можуть знаходитися поруч з препаратом, рідини тощо;
- у тому числі сприяти зберіганню препаратів у сухому місці, захищеному від прямих сонячних променів тощо.

Втім, серед усіх «свідомих» щодо до таблетниці учасників знайшлися двоє, які зазначали, що не бачать потреби в таблетниці як такій:

«У мене нормально с пам'яттю. На даний момент я не пользуюсь. Больших пропусков не было. Если и были пропуски, то они и будут. Будут у каждого. Пропустить раз в неделю – ничего страшного» (ГК «Школи пацієнта», Дніпро).

«Я просто не пью таблетки. На будущее пусть полежит (таблетница)» (ГК Інтегрованого втручання, Суми).

Досвід отримання послуг у рамках втручання і стандартного пакету послуг для ЛЖВ

- Чи порадили б Ви своїм друзям/знайомим брати участь у втручанні/отримувати стандартну допомогу?

Більшість учасників усіх досліджуваних груп сказали, що вони порадили б своїм знайомим або друзям взяти участь у втручаннях/скористатися послугами НУО (див. Рис. 3).

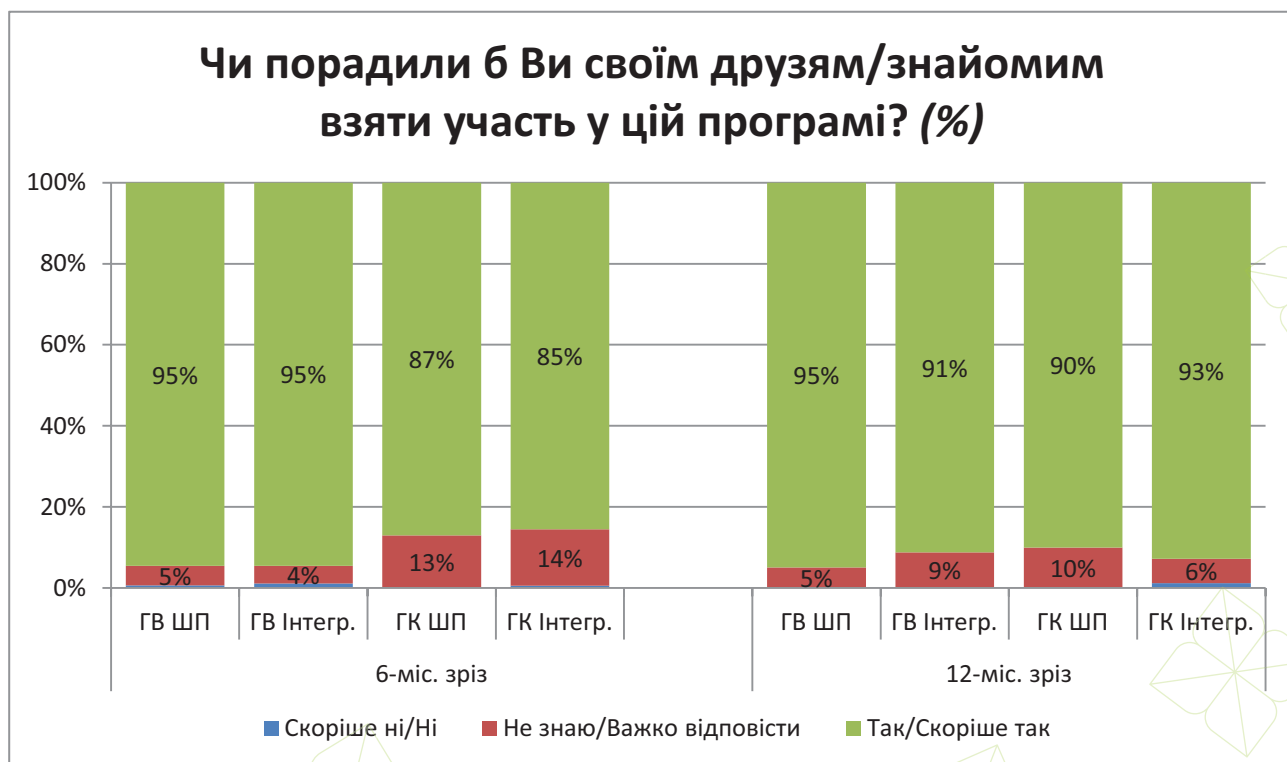


Рисунок 3. Розподіл відповідей на запитання «Чи порадили б Ви своїм друзям/знайомим, які живуть з ВІЛ, взяти участь у цій програмі?», % (Для груп втручання – взяти участь у «Школі пацієнта»/«Майстерні можливостей»; для груп контролю – користуватися стандартними послугами цієї організації).

Учасники фокус-групових дискусій як «Школи пацієнта», так і «Майстерні можливостей» були єдині стосовно того, що вони б однозначно порадили участь у втручаннях своїм ВІЛ-позитивним знайомим, якби такі втручання знову впроваджувалися, тому що вони багато чого позитивного внесли в життя самих учасників. Більше того, самі учасники, беручи участь у втручаннях, вже розповідали своїм знайомим про ці програми й радили їм також взяти в них участь:

«Я уже советовала. Моя кума уже прошла. Я просто объяснила, насколько это важно, что лично я получила от этого. И она на моем примере пошла и

тоже прошла. Вот я говорю на примере своей кумы, на что я делала акцент. Что я начала вовремя принимать терапию, чего ей тоже очень не хватало. Она послушала одно, другое, третье – и тоже пошла» (ГВ «Школи пацієнта», Дніпро).

«Лично своим я всем рассказал. Кто хотел, тот пришел» (ГВ «Школи пацієнта», Дніпро).

Причини, з яких учасники порадили б своїм знайомим участь у втручанні «Школа пацієнта», пов'язані насамперед з головною метою втручання – формуванням прихильності до АРТ:

«Преодолеть барьеры, которые тебе мешали вовремя принимать лекарство» (ГВ «Школы пациента», Черкаси).

Інші причини, які називали учасники, пов'язані з можливістю:

- поліпшити своє здоров'я:

«Посоветую, потому что это жизненно необходимо. Потому что для меня это жизнь, и здоровье моих детей, в первую очередь – моего мужа, всей моей семьи. Это моя жизнь. Без приема, допустим, этих препаратов – всё, я не смогу, я не выдержу. Если болячки обрушатся, всё на свете и всё. Эти препараты являются всем в жизни на данный момент» (ГВ «Школы пациента», Полтава);

- отримати допомогу від небайдужих до тебе людей:

«Есть люди, которые хотят помочь. Это – в первую очередь» (ГВ «Школы пациента», Дніпро);

- дізнатися більше правдивої та професійної інформації:

«У нас у всех, у большинства, есть одна-единственная отмазка: «Не пойду, есть Интернет, он все скажет». В Интернете очень много написано неправильно, как оказалось. И очень много подано информации совершенно не так, как оно есть и как оно должно быть на самом деле. Поэтому нам действительно нужны такие занятия, которые проводит человек, который проходит специальные тренинги. Тренинги проводят специально обученные этому специалисты. В том плане, что ты можешь в открытую об этом говорить, а не сидеть и в ухо спрашивать об этой проблеме» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава);

«"Школа пациента" дает очень много знаний. Даже в центре СПИДа такого не выдают. Даже квалифицированные доктора этого не расскажут» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава);

- отримати фінансову допомогу:

«Расширенная доступная информация с бонусами» (ГВ «Школы пациента», Дніпро);

- загалом владнати своє життя й поліпшити його якість:

«Просто упорядочивает жизнь» (ГВ «Школы пациента», Черкаси);

«Информация, как улучшить качество жизни, самочувствие» (ГВ ШП, Черкаси).

Стосовно «Майстерні можливостей», то, за словами учасниць, вони б не тільки порадили брати участь у втручанні, але й навіть готові були б здійснити соціальний супровід:

«Рекомендовала бы. Даже привела бы сюда за руку, наверное. Потому что это действительно нужно. Нужно для того, чтобы жить» (ГВ Интегрованого втручання, Черкаси).

Серед причин учасниці назвали такі

- отримання можливості саморозвитку:

«Плюс ко всему, что это очень много даёт для саморазвития нашего одно-значно» (ГВ Интегрованого втручання, Черкаси);

- покращення піклування про своє здоров'я:

«Узнаешь о себе. К своему здоровью по-другому отнесешься» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава);

- підвищення самооцінки:

«Научишься любить себя и уважать» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава);

- відчуття впевненості в собі та завтрашньому дні:

«Ты найдешь себя там. Обрешь уверенность в себе. Для меня это было очень важно» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава);

«Потому что одному тяжело. Наваливаются мысли, наваливаются какие-то непонятные тараканы у тебя в башке. И сам себя начинаешь накручивать. А оказывается, не все так плохо» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

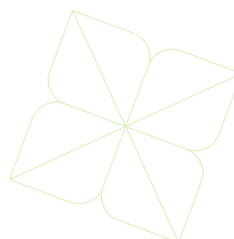
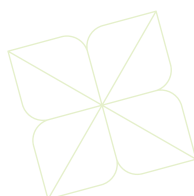
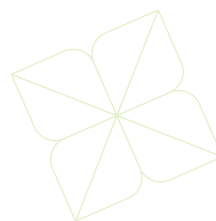
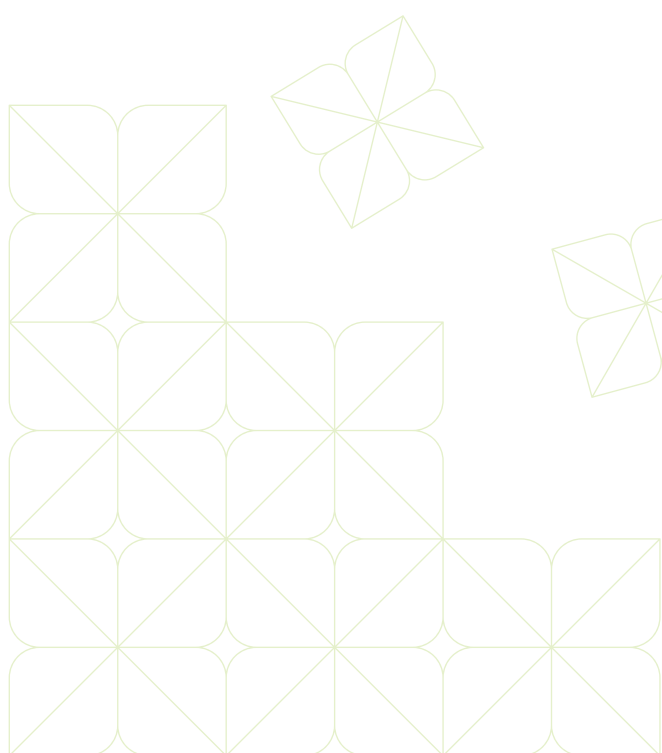
За даними опитування учасників дослідження, мотиви відвідувати НУО відрізнялися у всіх чотирьох досліджуваних групах (див. Табл. 12, Рис. 4).

- Так, для учасників групи втручання «Школи пацієнта» доміантною причиною поради цю програму іншим ЛЖВ стала інформація про ВІЛ і АРТ, яку надають співробітники проекту.

- Для учасників групи контролю «Школи пацієнта» основними причинами у майже однакових частках стали інформація про ВІЛ і АРТ (58%) та матеріальна допомога від організації (50%).

- Учасниці групи втручання Інтегрованого втручання порадили б брати в ньому участь через інформацію про ВІЛ і АРТ (90%) та можливість саморозвитку (53%).

- Учасниці групи контролю Інтегрованого втручання назвали основними причинами психологічну підтримку та спілкування (по 62%).



Таблиця 12. Розподіл відповідей на запитання «Чому б Ви порадили своїм друзям/знайомим брати участь у цій програмі/ користуватися послугами цієї організації?», за частотою згадування різних причин і за групами

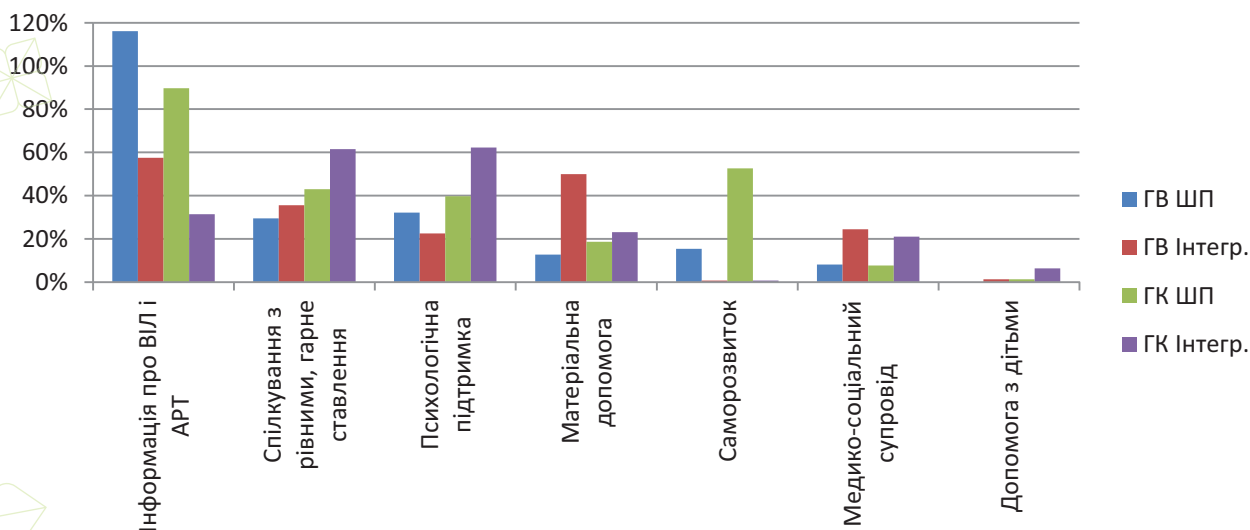
	6-місячний зріз				12-місячний зріз			
	ГВ ШП	ГК ШП	ГВ Інтегр.	ГК Інтегр.	ГВ ШП	ГК ШП	ГВ Інтегр.	ГК Інтегр.
	N=166	N=177	N=183	N=186	N=98	N=100	N=102	N=84
Інформація про ВІЛ і АРТ	173	92	140	45	104	102	65	77
	116%	58%	90%	31%	121%	112%	78%	104%
Нова/корисна інформація про ВІЛ	119	68	114	41	65	83	44	74
	80%	43%	73%	29%	76%	91%	53%	100%
Інформація про АРТ, контроль прийому терапії	54	24	26	4	39	19	21	3
	36%	15%	17%	3%	45%	21%	25%	4%
Психологічна підтримка	48	36	62	89	20	19	20	9
	32%	23%	40%	62%	23%	21%	24%	12%
Психологічна підтримка	36	23	49	62	11	11	14	7
	24%	14%	31%	43%	13%	12%	17%	9%
Моральна підтримка	12	13	13	27	9	8	6	2
	8%	8%	8%	19%	10%	9%	7%	3%
Матеріальна допомога	19	80	29	33	10	51	13	34
	13%	50%	19%	23%	12%	56%	16%	46%
Матеріальна допомога	19	48	29	29	10	36	13	30
	13%	30%	19%	20%	12%	40%	16%	41%
Медикаменти	-	29	-	3	-	15	-	1
	-	18%	-	2%	-	16%	-	1%
Соціальна допомога	-	2	-	1	-	-	-	-
	-	1%	-	1%	-	-	-	-
Презервативи	-	1	-	-	-	-	-	3
	-	1%	-	-	-	-	-	4%
Медико-соціальний супровід	12	39	12	30	11	21	6	30
	8%	24%	8%	21%	13%	23%	7%	41%
Консультації спеціалістами	11	27	9	17	9	16	5	10
	7%	17%	6%	12%	10%	18%	6%	14%
Соціальний супровід	-	7	-	9	-	2	-	16
	-	4%	-	6%	-	2%	-	22%
Тестування, аналізи	1	4	1	-	2	3	-	1
	1%	3%	1%	-	2%	3%	-	1%
Юридичне консультування	-	1	-	4	-	-	-	2
	-	1%	-	3%	-	-	-	3%
Організаційні питання	-	-	2	-	-	-	1	1
	-	-	1%	-	-	-	1%	1%

	6-місячний зріз					12-місячний зріз				
	ГВ ШП	ГК ШП	ГВ Інтегр.	ГК Інтегр.	ГВ ШП	ГК ШП	ГВ Інтегр.	ГК Інтегр.	ГВ ШП	ГК Інтегр.
	N=166	N=177	N=183	N=186	N=98	N=100	N=102	N=84		
Спілкування з рівними, гарне ставлення	44 30%	57 36%	67 43%	88 62%	15 17%	27 30%	18 22%	33 45%		
Спілкування з рівними, нові знайомства	38 26%	27 17%	58 37%	15 10%	11 13%	11 12%	16 19%	10 14%		
Гарне ставлення, атмосфера	6 4%	27 17%	9 6%	52 36%	4 5%	16 18%	2 2%	23 31%		
Спілкування	-	3 2%	-	21 15%	-	-	-	-		
Саморозвиток	23 15%	1 1%	82 53%	1 1%	25 29%	3 3%	53 64%	-		
Впевненість у собі	8 5%	-	26 17%	1 1%	7 8%	1 1%	11 13%	-		
Розкриття власного потенціалу	4 3%	-	17 11%	-	2 2%	2 2%	10 12%	-		
Нова професія, допомога з працевлаштуванням	-	-	20 13%	-	-	-	11 13%	-		
Зміна ставлення до здоров'я, поведінки	4 3%	1 1%	7 4%	-	3 3%	-	6 7%	-		
Орієнтація в житті	6 4%	-	4 3%	-	-	-	-	-		
Саморозвиток	-	-	7 4%	-	2 2%	-	4 5%	-		
Формування відповідального ставлення до життя	-	-	1 1%	-	11 13%	-	11 13%	-		
Планування розпорядку свого часу	1 1%	-	-	-	-	-	-	-		
Допомога у вихованні дітей	-	2 1%	2 1%	9 6%	-	-	1 1%	2 3%		
Не визначилися	17 10%	17 10%	27 15%	43 23%	12 12%	9 9%	19 19%	10 12%		

Частоту задування категорії причин показано як відсоток від числа тих, хто відповів.

ГВ = група втручання; ГК = група контролю; Інтегр. = Інтегроване втручання; ШП = «Школа пацієнта».

Чому б Ви порадили своїм друзям/знайомим взяти участь у цій програмі/скористатися послугами організації? (6-міс. зріз, %)



Чому б Ви порадили своїм друзям/знайомим взяти участь у цій програмі/скористатися послугами організації? (12-міс. зріз, %)

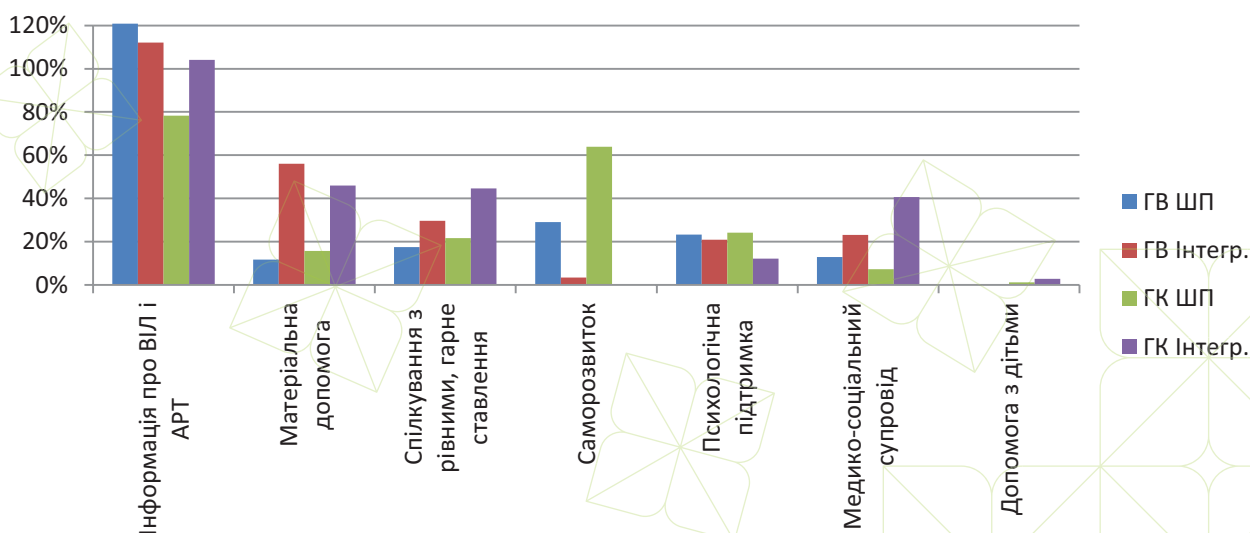


Рисунок 4. Розподіл відповідей на запитання «Чому б Ви порадили своїм друзям/знайомим взяти участь у цій програмі/скористатися послугами цієї організації?», % (Показано частоту згадування різних груп причин. Групи причин відсортовано за спаданням).

- **Мотивація брати участь у втручанні/отримувати стандартний пакет допомоги**

Під час фокус-групових дискусій учасники «Школи пацієнта» сказали, що участь у цьому

втручанні дала їм можливість усвідомити необхідність прийому препаратів без пропусків, виявити та подолати перешкоди, які заважали їм це робити раніше. Деякі учасники також говорили про те, що прийняли свій статус завдяки цьому втручання і

почали відвідувати центр СНІДу регулярно, тобто зрозуміли, чим є їхнє захворювання і як його контролювати. Роль матеріальної винагороди за участь клієнти оцінювали як 50/50: одні називали це вирішальним фактором, інші заперечували, а треті зазначали, що почали брати участь через винагороду, а продовжували вже з інтересу. Щодо процесу участі у втручанні клієнти називали зручністю те, що соціальні працівники підлаштовувалися під них, коли призначали час наступної сесії.

Учасниці Інтегрованого втручання зацікавилися участю в ньому через можливість поспілкуватися одна з одною і з соціальними працівниками. Багато учасниць повідомляли, що мали депресію, не приймали свого статусу до кінця тощо. Більшість жінок розповідали, що після участі у втручанні покращилися їхні стосунки в сім'ї (з чоловіком, дітьми), деякі розкрили свій ВІЛ-статус родичам, стали впевненіші в собі, в них підвищилася самооцінка, дехто почав працювати.

Учасники групи контролю «Школи пацієнта» на перше місце ставили матеріальну допомогу, яку можуть надати організації, і скаржилися, що їй стало мало. Більшість потрапили до НУО, коли дізналися свій статус, і тоді отримали основну інформацію про ВІЛ та АРТ. Зараз відвідують НУО рідко – переважно для того, щоб забрати терапію. Соціальні працівники телефонують і нагадують їм про це. Серед переваг втручання учасники зазначали відповідальне і людяне ставлення співробітників, без стигми та дискримінації.

Учасниці групи контролю Інтегрованого втручання наголошували на тому, що основною цінністю, яку вони отримують від організації, є спілкування про проблеми, пов'язані з життям з ВІЛ («психологічна допомога»). Матеріальну та юридичну допомогу згадували рідше і ставили нижче в рейтингу. Всі потрапили до НУО, коли дізналися свій статус, і отримали тут інформацію, яка дозволила їм прийняти його, зрозуміти, як тепер поводитися тощо. Зараз спілкуються з соціальними працівниками при нагоді (наприклад, під час відвідання центру СНІДу), а всі поточні питання, які виникають, з'ясовують телефоном. З переваг отримання послуг у цій НУО учасниці називали ставлення персоналу та можливість отримання консультацій 24 години на добу; з недоліків – малі або не дуже затишні приміщення.

Таким чином, для учасників **групи втручання «Школи пацієнта»** основними перевагами уча-

сті були усвідомлення необхідності прийому терапії та цілісної картини свого стану для того, щоб його ефективно контролювати. Для учасниць **групи втручання Інтегрованого втручання** мотивом для участі була потреба спілкуватися про свої проблеми, пов'язані з ВІЛ, а цінністю – можливість саморозвитку, покращення стосунків у родині та підвищення самооцінки.

Учасники **групи контролю «Школи пацієнта»** назвали основною цінністю НУО матеріальну допомогу і повідомили, що зараз відвідують НУО тільки для отримання терапії. Учасниці **групи контролю Інтегрованого втручання** сказали, що соціальні працівники підтримують їх насамперед психологічно, а також допомагають вирішити будь-які проблеми і питання, пов'язані з ВІЛ-статусом, у будь-який час доби.

Ефективність втручань¹

Зміна об'єктивної прихильності до АРТ

З 801 учасника, залученого до дослідження, дані про вірусне навантаження були доступні для 421 учасника на початок дослідження і для 178 учасників – на момент завершення дослідження (з сайтів Полтави, Черкас, Чернігова, Кременчука й Запоріжжя). Інформацію про рівень вірусного навантаження і на початок, і на кінець дослідження мали 76 осіб (див. Табл. 13).

За отриманими даними, на момент початку дослідження частка осіб з ВН <40 к/мл була на 25% більшою в групах втручання порівняно з групами контролю (73,1% у «Школі пацієнта» проти 56,3% у групі контролю; 73,3% проти 50,0% в Інтегрованому втручанні проти його групи контролю); проте різниці були статистично незначущими, напевно, через дуже малий розмір підвибірок.

Після завершення дослідження частка осіб з ВН <40 зросла к/мл з 73% до 86,7% у групі втручання Інтегрованого втручання і до 92,3% – у групі втручання «Школи пацієнта». Серед учасників груп контролю частка осіб з ВН <40 змінилася з 56,3% до 100,0% у групі контролю «Школи пацієнта» і з 50,0% до 0,0% – у групі контролю Інтегрованого втручання, проте останній висновок зроблено тільки на чотирьох спостереженнях.

¹ Опис використаних індикаторів та інструментів для їх вимірювання див. у розділі «Методологія – Індикатори результатів втручань – Ефективність втручання».

Таблиця 13. Частка учасників з вірусним навантаженням <40 на момент початку і на момент завершення дослідження, за групами

Група	Кількість учасників	% осіб з ВН <40 к/мл	
		на момент початку дослідження	на момент завершення дослідження
Серед учасників, які мали інформацію про рівень ВН на момент початку дослідження (N=421)			
ГВ «Школи пацієнта»	78	61,5%	
ГК «Школи пацієнта»	80	66,3%	
Значущість різниці		ns	
ГВ Інтегрованого втручання	82	63,4%	
ГК Інтегрованого втручання	181	42,0%	
Значущість різниці		p<0,01	
Значущість різниці між групами втручання ШП та Інтегрованого втручання		ns	
Серед учасників, які мали інформацію про рівень ВН на момент завершення дослідження (N=178)			
ГВ «Школи пацієнта»	58		86,2%
ГК «Школи пацієнта»	45		93,3%
Значущість різниці			ns
ГВ Інтегрованого втручання	71		93,0%
ГК Інтегрованого втручання	4		0,0%
Значущість різниці			p<0,001
Значущість різниці між групами втручання ШП та Інтегрованого втручання			ns
Серед учасників, які мали інформацію про рівень ВН на момент початку і на момент завершення дослідження (N=76)			
ГВ «Школи пацієнта»	26	73,1%	92,3%
ГК «Школи пацієнта»	16	56,3%	100,0%
Значущість різниці		ns	ns
ГВ Інтегрованого втручання	30	73,3%	86,7%
ГК Інтегрованого втручання	4	50,0%	0,0%
Значущість різниці		ns	p<0,01
Значущість різниці між групами втручання ШП та Інтегрованого втручання		ns	ns

ВН = вірусне навантаження; ГВ = група втручання; ГК = група контролю; ШП = «Школа пацієнта».

Через нестачу реактивів визначати систематично рівень вірусного навантаження у всіх учасників дослідження не було можливим. Лише 76 учасників з 801 мали дані

про рівень вірусного навантаження на момент початку і на момент завершення дослідження, тому робити висновки на основі такої кількості не є валідним.

Зміна суб'єктивної прихильності до АРТ

• Суб'єктивна прихильність до АРТ

За інструментом визначення прихильності до АРТ, який використовує Мережа у своїй рутинній діяльності, на момент залучення до дослідження високу прихильність до АРТ¹ мали від 7,6% до 12,8% учасників у чотирьох досліджуваних групах (у групі втручання і групі контролю «Школи пацієнта», групі втручання і групі контролю Інтегрованого втручання).

За 12 місяців спостереження частка учасників з високою прихильністю до АРТ коливалася між зрізами (див. Рис. 5, 6А, 6Б; Табл. 14, 15). Вона була вищою під час 3- (від 15,4% до 51,1%) та 9-місячних (від 34,1% до 65,7%) зрізів і нижчою – під час 6- (від 4,9% до 21,1%) та 12-місячних (від 22,8% до 39,0%) зрізів. Загалом суб'єктивна прихильність до АРТ мала значущий висхідний тренд ($p < 0,001$) в усіх досліджуваних групах, проте статистично значущо не відрізнялася між ними на 12-місячному зрізі. На 6-місячному зрізі більшість респондентів переважно неправильно назвали схему терапії, яку приймають (назви препаратів, дози і час). На 12-місячному зрізі у всіх компонентах, з яких складається інструмент, знизилися рівні знань та поведінки.

У багатовимірному аналізі після врахування соціально-демографічних і медичних відмінностей між учасниками різних груп на різних зрізах шанси учасників групи втручання «Школи пацієнта» порівняно з учасниками групи контролю цього втручання мати високу прихильність до АРТ постійно зростали на кожному зі зрізів (СВШ=0,97 під час залучення і 1,26, 1,50, 1,60 та 1,51 відповідно під час подальших зрізів), проте залишалися статистично незначущими. Можливо, розміру вибірки не вистачило, щоб визначити різницю між групами і врахувати всі відмінні фактори. Учасниці групи втручання Інтегрованого втручання порівняно з учасницями групи контролю цього втручання мали вищі і статистично значущі шанси мати високу прихильність до АРТ на 3- (СВШ=6,56; 95% ДІ 3,55–12,13), 6- (СВШ=3,71; 95% ДІ 1,41–9,77) і 9-місячному (СВШ=4,66; 95% ДІ 2,49–9–8,73) зрізах. Статистично значущої різниці між групами втручання у суб'єктивній прихильності до АРТ не було.

• Згода з твердженнями «Мені ніщо не заважає приймати АРТ» та «Я чітко дотримуюся режиму прийому АРТ»

З твердженням «Мені ніщо не заважає приймати АРТ» погодилося від 20,8% до 28,7% усіх учасників

з чотирьох груп, які вже мали досвід прийому АРТ. Приблизно такі самі частки неприхильних респондентів погодилися з твердженням «Я чітко дотримуюся режиму прийому АРТ»; крім того, серед жінок з групи контролю Інтегрованого втручання частка склала 32,4% і була на 10,2% більшою, ніж у відповідній групі втручання ($p < 0,05$). Жінки з групи контролю Інтегрованого втручання під час залучення до дослідження також мали вищі показники за іншими індикаторами ефективності. Це може бути пов'язано з тим, що ці жінки менше років жили з ВІЛ, не мали досвіду вживання ін'єкційних наркотиків тощо.

Згода з твердженнями «Я чітко дотримуюся режиму прийому АРТ» та «Мені ніщо не заважає приймати АРТ» виросла між залученням до дослідження і 12-місячним зрізом з приблизно 25% в усіх групах до приблизно 60% серед учасниць групи контролю Інтегрованого втручання, 75% – серед учасників груп втручання та контролю «Школи пацієнта» і 85% – серед учасниць групи втручання Інтегрованого втручання. Різниця між частками учасників, які погодилися з обома твердженнями, становила відповідно 26,9% і 25,9% для кожного з тверджень серед учасниць груп втручання та контролю Інтегрованого втручання ($p < 0,01$) і 6,3% та 4,5% – серед учасників груп втручання та контролю «Школи пацієнта» (різниця незначуща).

У багатовимірному аналізі учасниці групи втручання Інтегрованого втручання мали статистично значущо вищі шанси, **ніж учасниці групи контролю Інтегрованого втручання**, погодитися з твердженнями про те, **що вони чітко дотримуються режиму прийому АРТ** (СВШ 5,40, 4,11, 6,53 та 3,65) і **їм ніщо не заважає приймати АРТ** (СВШ 3,99, 3,23, 4,35 і 3,39) на всіх зрізах (3-, 6-, 9- та 12-місячному). **На момент залучення різниці** між групами втручання і контролю Інтегрованого втручання не було. Статистично значущої різниці у згоді з твердженнями щодо прийому АРТ препаратів між групами втручання не було.

• Відмова від прийому АРТ

Упродовж періоду спостереження в обох групах «Школи пацієнта» і групі втручання Інтегрованого втручання зменшувалася частка учасників, які не приймали АРВ-препаратів узагалі, – з 1,8%–4,1% до 0,0%–0,1% між набором і 12-місячним зрізом. У групі контролю Інтегрованого втручання ця частка, навпаки, зросла з 3,7% до 8,3% між набором і 12-місячним зрізом.

¹ Інструмент включає чотири запитання про пропуски прийому ліків, два запитання щодо знань про АРТ, оцінку власної прихильності за 10-бальною шкалою та перевірку знання назв, доз, часу прийому та інструкцій щодо прийому своєї терапії.

Зміна якості життя та самоєфективності

• Самоєфективність щодо прийому АРТ

Учасники, які вже мали досвід прийому АРТ, оцінили самоєфективність щодо прийому АРТ¹ від 9,0 до 9,3 з 10 можливих балів; ця оцінка не відрізнялася між досліджуваними групами на момент залучення до дослідження. За період спостереження самоєфективність щодо прийому АРТ підвищилася в середньому на 0,5 пункта – до 9,5–9,8 з 10 можливих в усіх досліджуваних групах і статистично значущо не відрізнялася між групами на 12-місячному зрізі.

У багатовимірному аналізі учасники групи втручання «Школи пацієнта» мали статистично незначущо вищі шанси мати кращу самоєфективність щодо прийому АРТ порівняно з учасниками групи контролю цього втручання (СВШ=1,51, 1,68, 1,18 та 1,23) на всіх зрізах, крім 6-місячного, де СВШ=1,68, 95% ДІ 1,03–2,74. З огляду на те що цей тренд подібний до тренду в суб'єктивній прихильності до АРТ, можна також припустити, що для встановлення значущих різниць не вистачило розміру вибірки. Також для більшості оцінок прихильності до АРТ серед учасників групи втручання «Школи пацієнта» ми спостерігаємо підйом на 3- і 6-місячному зрізах і спад на 9- і 12-місячному зрізах, хоча й не до рівнів, **виявлених на етапі залучення до дослідження.**

Шанси учасниць групи втручання Інтегрованого втручання мати кращу самоєфективність щодо прийому АРТ були вищими у 1,53, 2,17, 2,88 і 1,54 раза на 3-, 6-, 9- і 12-місячному зрізах і статистично значущими на 6- і 9-місячному зрізах. На двох інших зрізах (3- і 12-місячному), напевно, був менший розмір ефекту, і розмір вибірки не дозволив знайти значущу різницю. З іншого боку, розмір різниці в шансах між групами втручання та контролю постійно зростав від 3- до 9-місячного зрізу, а потім зменшився на 12-місячному зрізі до рівня 3-місячного зрізу.

Учасники групи втручання «Школи пацієнта» мали постійно (проте статистично незначущо) вищі показники самоєфективності щодо прийому АРТ, ніж учасниці Інтегрованого втручання.

• Загальна самоєфективність

Загальна самоєфективність складала 3 бали за шкалою від 1 до 4 серед учасників груп втручання та контролю «Школи пацієнта» і 2,9 та 3,1 бала – серед учасниць груп втручання та контролю Інтегрованого втручання ($p < 0,001$). За період спостереження загальна самоєфективність зросла в середньому на 0,2 пункта в кожній групі (за шка-

лою від 1 до 4 – до 3,1–3,3 бала) і так само, як під час набору, статистично значущо не відрізнялася серед учасників груп втручання та контролю «Школи пацієнта» і відрізнялася між учасницями груп втручання та контролю Інтегрованого втручання (більші значення мали учасниці групи контролю).

Загальна самоєфективність, навіть після коригування на решту факторів, була вищою в жінок з групи контролю Інтегрованого втручання на всіх зрізах, а також під час набору. Жінки з групи контролю були соціально благополучнішими на момент залучення до дослідження, зокрема мали вищий рівень незалежності, кращі стосунки з родиною та вищу самоєфективність. Тому попри те що самоєфективність у групі втручання Інтегрованого втручання зросла, у групі контролю вона також зросла, отже, залишилася вищою під час порівняння.

• Загальна якість життя щодо ВІЛ

Загальна якість життя щодо ВІЛ складала 3,1 та 3,0 бала за шкалою від 1 до 5 в групах втручання та контролю «Школи пацієнта» і 3,4 бала в обох групах Інтегрованого втручання на момент залучення до дослідження; цей показник статистично значущо не відрізнявся між групами втручання та контролю.

Упродовж періоду спостереження загальна якість життя щодо ВІЛ коливалася у групі втручання «Школи пацієнта» в межах +0,1...+0,3 бала за шкалою від 1 до 5 і в межах -0,1...+0,2 – у групі контролю цього втручання. Різниця між якістю життя учасниць груп втручання та контролю Інтегрованого втручання становила 0,1 бала на всіх подальших зрізах, крім останнього.

У багатовимірному аналізі учасники групи втручання «Школи пацієнта» мали статистично значущо вищу якість життя на всіх зрізах порівняно з учасниками групи контролю цього втручання (СВШ=1,20, 1,32, 1,22 та 1,33 на 3-, 6-, 9- і 12-місячному зрізах). Якість життя учасниць груп втручання та контролю Інтегрованого втручання статистично значущо не відрізнялася. Загальна якість життя учасників груп втручання також статистично значущо не відрізнялася.

• Окремі компоненти якості життя щодо ВІЛ

Інші аспекти якості життя – фізичний стан, психологічний стан, рівень незалежності, соціальні стосунки, оточення і духовність – становили в середньому від 3 до 4 балів за шкалою від 1 до 5. Серед жінок-учасниць груп втручання та контролю Інтегрованого втручання всі ці показники були на

¹ Самоєфективність – це ступінь або сила віри у власні можливості виконувати завдання і досягати цілей.

кілька десятих бала вищими, ніж серед учасників груп втручання та контролю «Школи пацієнта».

На момент залучення до дослідження у жінок з груп втручання та контролю Інтегрованого втручання статистично значущо відрізнявся психологічний стан (3,7 і 3,9 бала відповідно), ступінь незалежності (3,3 і 3,7 бала відповідно), оточення (3,2 і 3,4 бала відповідно) та рівень духовності (4 і 3,8 бала відповідно). Учасники груп втручання та контролю «Школи пацієнта» відрізнялися значущо тільки за оцінкою свого оточення (3,3 і 3,2 бала відповідно).

За період спостереження значення таких аспектів якості життя, як фізичний стан, психологічний стан, рівень незалежності та соціальні стосунки, змінювалися в межах кількох десятих бала і зберігали такі тренди:

- у жінок з Інтегрованого втручання показники якості життя були вищими, ніж у учасників «Школи пацієнта»;
- група втручання «Школи пацієнта» мала вищі показники різних аспектів якості життя, ніж група контролю цього втручання;
- група контролю Інтегрованого втручання мала вищі показники різних аспектів якості життя, ніж група втручання.

Найбільша різниця між групою контролю Інтегрованого втручання і трьома іншими групами була за ступенем незалежності. Це свідчить про те, що жінки з групи контролю Інтегрованого втручання суттєво відрізнялися від жінок з групи цього втручання у кращий бік, тобто були успішнішими в житті вже на момент залучення до дослідження.

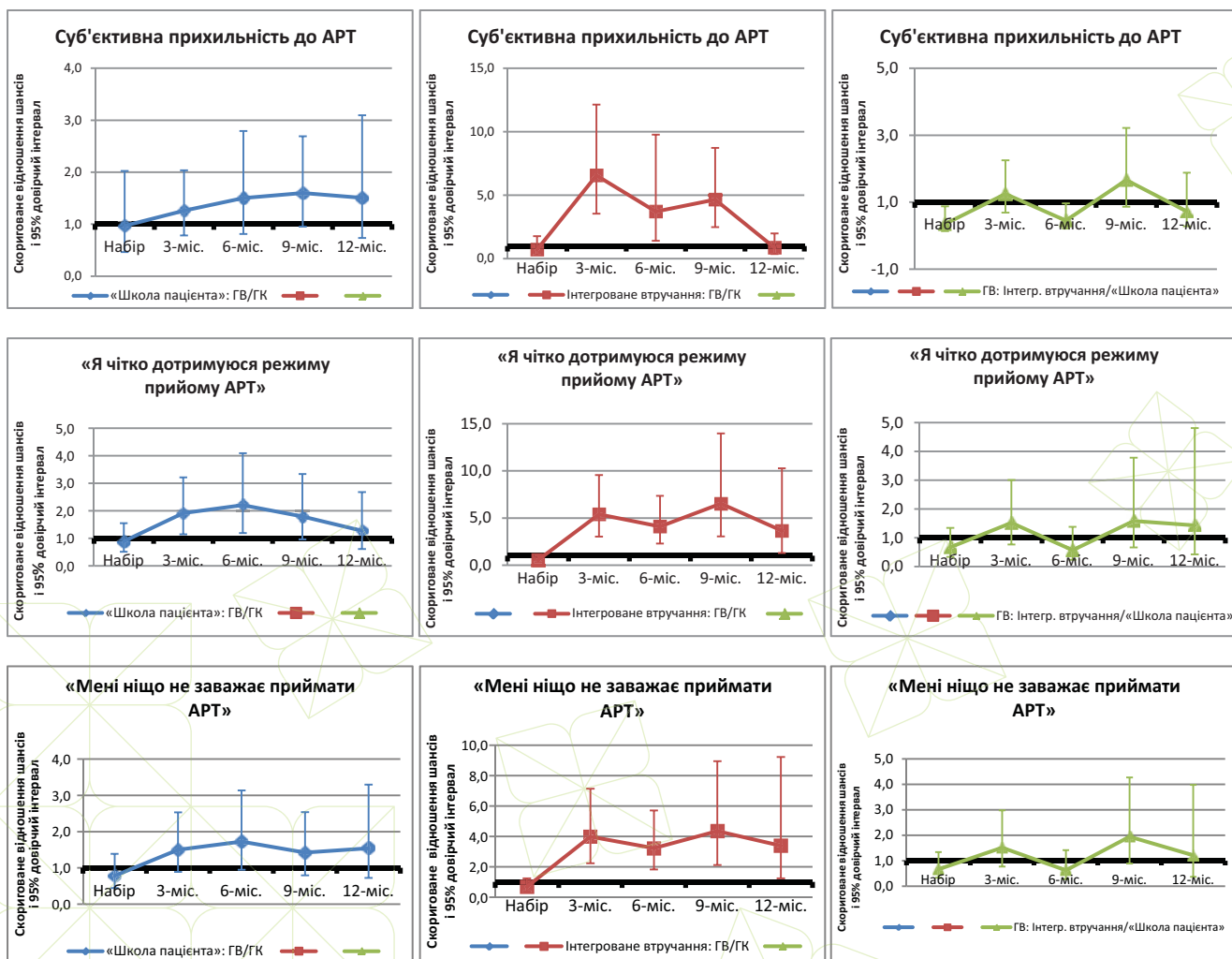


Рисунок 5. Відношення шансів учасників групи втручання мати вищі порівняно з групою контролю значення основних вторинних індикаторів результату, скориговані на базові соціально-демографічні та медичні характеристики

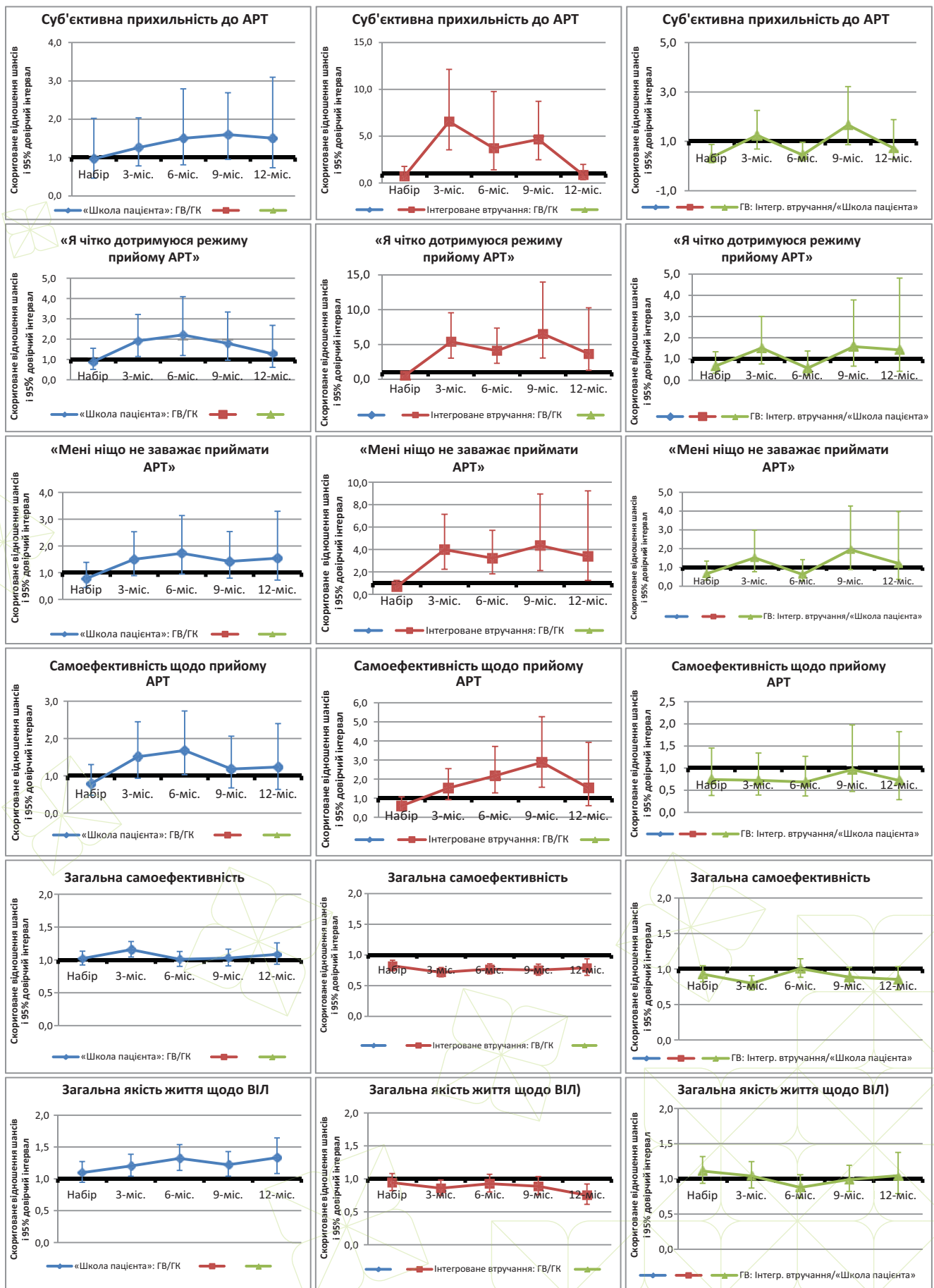


Рисунок 5. Відношення шансів учасників групи втручання мати вищі порівняно з групою контролю значення основних вторинних індикаторів результату, скориговані на базові соціально-демографічні та медичні характеристики

Таблиця 14. Відношення шансів учасників групи втручання маги вищі порівняно з групою контролю значення основних вторинних індикаторів результату, скориговані на базові соціально-демографічні та медичні характеристики

	«Школа пацієнта» група втручання/група контролю				Інтегроване втручання: група втручання/група контролю				Групи втручання: Інтерг. втручання/«Школа пацієнта»			
	СВШ1		95% ДІ		СВШ2		95% ДІ		СВШ3		95% ДІ	
	НМ	ВМ	НМ	ВМ	НМ	ВМ	НМ	ВМ	НМ	ВМ	НМ	ВМ
Суб'єктивна прихильність до АРТ												
Набір	0,97	0,47	2,03	0,72	0,29	1,78	0,35	0,14	0,88			
3-міс. зріз	1,26	0,78	2,04	6,56	3,55	12,13	1,24	0,69	2,25			
6-міс. зріз	1,50	0,81	2,79	3,71	1,41	9,77	0,45	0,21	0,97			
9-міс. зріз	1,60	0,95	2,69	4,66	2,49	8,73	1,66	0,86	3,22			
12-міс. зріз	1,51	0,73	3,10	0,87	0,38	2,00	0,73	0,28	1,88			
«Я чітко дотримуюся режиму прийому АРТ»												
Набір	0,89	0,51	1,55	0,57	0,32	1,02	0,67	0,33	1,34			
3-міс. зріз	1,92	1,14	3,21	5,40	3,05	9,57	1,52	0,77	3,01			
6-міс. зріз	2,21	1,19	4,09	4,11	2,30	7,35	0,57	0,23	1,38			
9-міс. зріз	1,79	0,96	3,33	6,53	3,05	13,98	1,58	0,66	3,78			
12-міс. зріз	1,28	0,61	2,68	3,65	1,30	10,27	1,43	0,43	4,81			
«Мені ніщо не заважає приймати АРТ»												
Набір	0,79	0,45	1,39	0,69	0,38	1,25	0,66	0,33	1,34			
3-міс. зріз	1,50	0,89	2,53	3,99	2,23	7,14	1,51	0,77	2,98			
6-міс. зріз	1,73	0,95	3,14	3,23	1,82	5,71	0,62	0,28	1,42			
9-міс. зріз	1,42	0,79	2,54	4,35	2,12	8,95	1,95	0,89	4,27			
12-міс. зріз	1,54	0,72	3,29	3,39	1,25	9,23	1,21	0,37	3,98			
Самоефективність щодо прийому АРТ												
Набір	0,79	0,48	1,30	0,60	0,33	1,06	0,74	0,38	1,45			
3-міс. зріз	1,51	0,93	2,45	1,53	0,92	2,55	0,73	0,39	1,34			

	«Школа пацієнта» група втручання/група контролю				Інтегроване втручання: група втручання/група контролю				Групи втручання: Інтегр. втручання/«Школа пацієнта»			
	СВШ1		95% ДІ		СВШ2		95% ДІ		СВШ3		95% ДІ	
	НМ	ВМ	НМ	ВМ	НМ	ВМ	НМ	ВМ	НМ	ВМ	НМ	ВМ
6-міс. зріз	1,68	1,03	1,03	2,74	2,17	1,27	3,71	0,69	0,37	1,27	0,37	1,27
9-міс. зріз	1,18	0,68	0,68	2,06	2,88	1,58	5,26	0,97	0,47	1,97	0,47	1,97
12-міс. зріз	1,23	0,64	0,64	2,40	1,54	0,60	3,92	0,72	0,29	1,83	0,29	1,83
Загальна самоєфективність												
Набір	1,02	0,92	0,92	1,13	0,82	0,74	0,91	0,93	0,82	1,05	0,82	1,05
3-міс. зріз	1,16	1,04	1,04	1,28	0,72	0,65	0,79	0,80	0,70	0,90	0,70	0,90
6-міс. зріз	1,01	0,90	0,90	1,13	0,77	0,69	0,86	1,01	0,88	1,14	0,88	1,14
9-міс. зріз	1,03	0,91	0,91	1,16	0,75	0,67	0,85	0,89	0,77	1,02	0,77	1,02
12-міс. зріз	1,09	0,94	0,94	1,26	0,79	0,67	0,94	0,85	0,71	1,03	0,71	1,03
Загальна якість життя щодо ВІЛ												
Набір	1,10	0,95	0,95	1,27	0,94	0,82	1,08	1,11	0,94	1,32	0,94	1,32
3-міс. зріз	1,20	1,04	1,04	1,39	0,86	0,75	0,98	1,04	0,87	1,25	0,87	1,25
6-міс. зріз	1,32	1,13	1,13	1,54	0,93	0,80	1,07	0,88	0,73	1,06	0,73	1,06
9-міс. зріз	1,22	1,04	1,04	1,43	0,89	0,76	1,04	0,99	0,82	1,19	0,82	1,19
12-міс. зріз	1,33	1,08	1,08	1,64	0,75	0,61	0,92	1,05	0,79	1,38	0,79	1,38
Результати краці в ГВ				Результати краці в ГВ				Результати краці в Інтегрованому втручанні				
Результати краці в ГК				Результати краці в ГК				Результати краці в ШП				

Жирним шрифтом виділено значущі зв'язки (довірчі інтервали не перетинають 1).

95% ДІ = 95%-ий довірчий інтервал; ВМ = верхня межа довірчого інтервалу; ГВ = група втручання; ГК = група контролю; НМ = нижня межа довірчого інтервалу; СВШ = скорисоване відношення шансів; ШП = «Школа пацієнта».

^{1,3} Скорисовано на вік, стать, місце проживання, рівень освіти, дохід, вживання алкоголю, неін'єкційних та ін'єкційних наркотиків, тривалість життя з ВІЛ, досвід прийому АРТ на момент залучення до дослідження (наївний/неприхильний) і тривалість отримання послуг для ЛЖВ на момент залучення до дослідження.

² Скорисовано на вік, місце проживання, рівень освіти, дохід, вживання алкоголю, неін'єкційних та ін'єкційних наркотиків, тривалість життя з ВІЛ, досвід прийому АРТ на момент залучення до дослідження (наївна/неприхильна), тривалість отримання послуг для ЛЖВ на момент залучення до дослідження, кількість дітей та вік наймолодшої дитини.

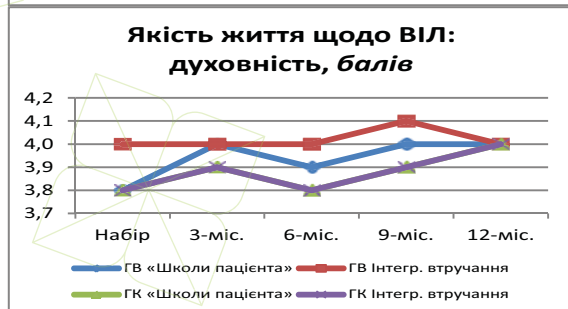
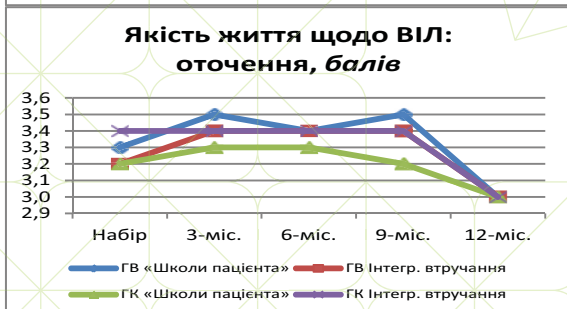
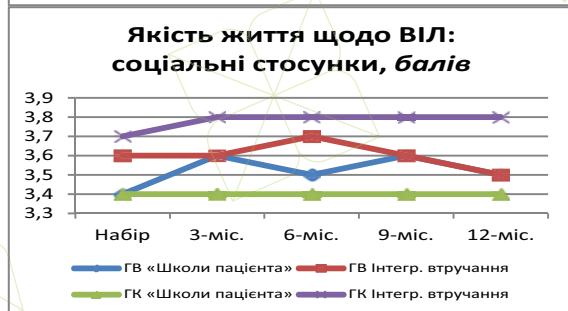
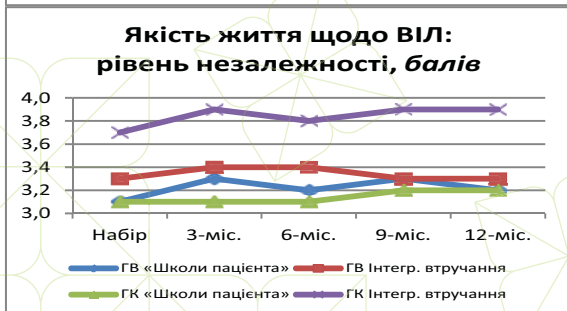
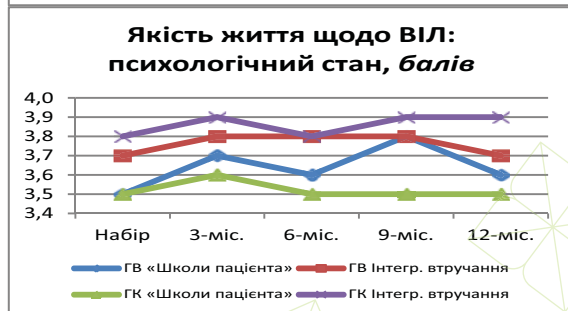
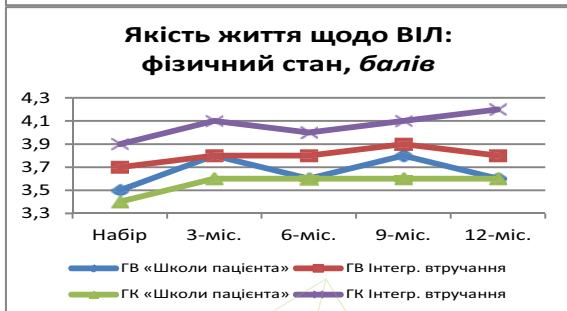
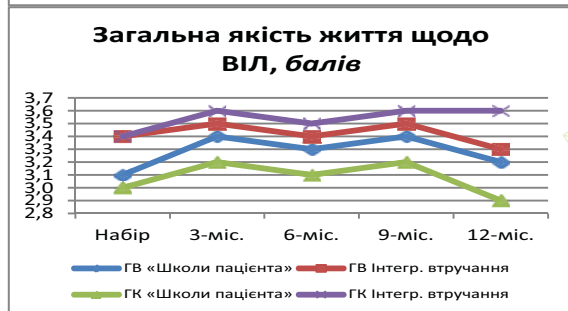
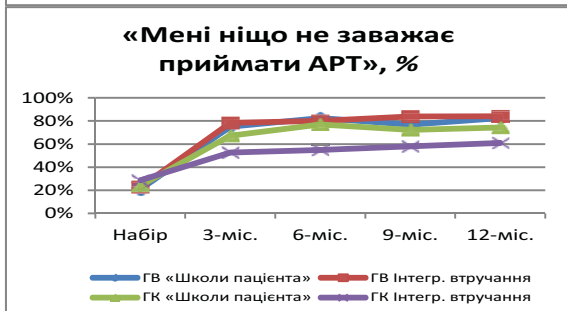
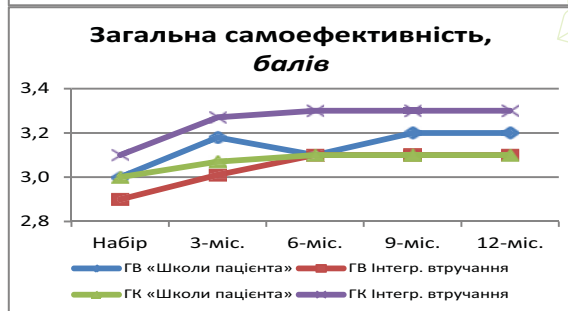
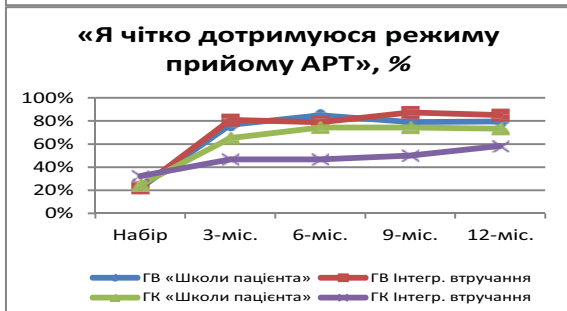
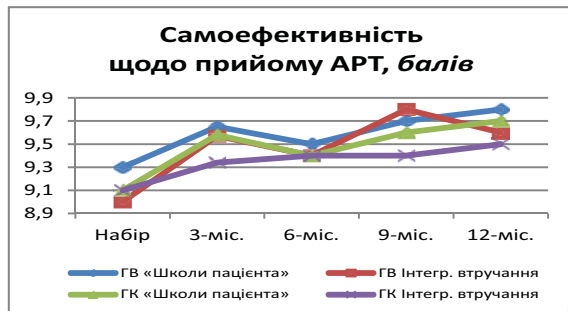
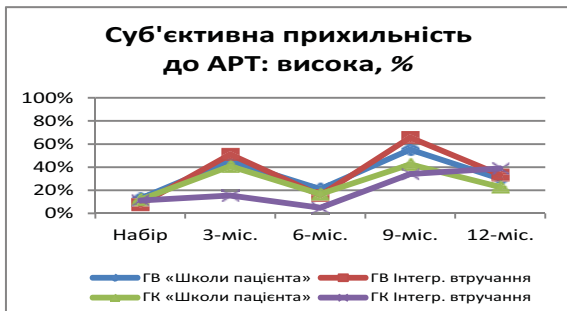


Рисунок 6А. Зміна суб'єктивної прихильності до АРТ, якості життя щодо ВІЛ та самоефективності, за зрізами та групами

Таблиця 15. Зміна суб'єктивної прихильності до АРТ, якості життя щодо ВІЛ та самоефективності, за зрізами і групами

Група	Набір	Зрізи				Значущість тренду
		3-міс.	6-міс.	9-міс.	12-міс.	
Суб'єктивна прихильність до АРТ: висока, %						
ГВ «Школи пацієнта»	12,8%	45,6%	21,1%	55,3%	29,9%	p<0,001
ГК «Школи пацієнта»	11,9%	40,8%	16,7%	42,4%	22,8%	p<0,001
Значущість різниці	ns	ns	ns	p<0,05	ns	
ГВ Интегр. втручання	7,6%	51,1%	15,6%	65,7%	33,3%	p<0,001
ГК Интегр. втручання	11,2%	15,4%	4,9%	34,1%	39,0%	p<0,001
Значущість різниці	ns	p<0,001	p<0,01	p<0,001	ns	
Значущість різниці між групами втручання ШП та Интегр. втручання	ns	ns	ns	ns	ns	
«Я чітко дотримуюся режиму прийому АРТ», %						
ГВ «Школи пацієнта»	22,0%	84,9%	76,6%	79,1%	79,6%	p<0,001
ГК «Школи пацієнта»	24,6%	74,4%	65,2%	74,3%	73,3%	p<0,001
Значущість різниці	ns	p<0,05	p<0,05	ns	ns	
ГВ Интегр. втручання	22,2%	78,8%	80,9%	87,4%	85,2%	p<0,001
ГК Интегр. втручання	32,4%	46,8%	46,8%	50,0%	58,3%	p<0,01
Значущість різниці	p<0,05	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,01	
Значущість різниці між групами втручання ШП та Интегр. втручання	ns	ns	ns	ns	ns	
«Мені ніщо не заважає приймати АРТ», %						
ГВ «Школи пацієнта»	20,8%	75,1%	82,5%	82,5%	76,7%	p<0,001
ГК «Школи пацієнта»	24,0%	67,2%	77,0%	74,3%	72,2%	p<0,001
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	ns	
ГВ Интегр. втручання	22,8%	78,3%	80,0%	84,0%	83,9%	p<0,001
ГК Интегр. втручання	28,7%	52,6%	54,9%	61,0%	58,0%	p<0,01
Значущість різниці	ns	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,01	
Значущість різниці між групами втручання ШП та Интегр. втручання	ns	ns	ns	ns	ns	
Самоефективність щодо прийому АРТ, балів						
ГВ «Школи пацієнта»	9,3	9,7	9,5	9,7	9,8	p<0,001
ГК «Школи пацієнта»	9,1	9,6	9,4	9,6	9,7	p<0,001
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	ns	
ГВ Интегр. втручання	9,0	9,6	9,4	9,8	9,6	p<0,001
ГК Интегр. втручання	9,1	9,3	9,4	9,4	9,5	ns
Значущість різниці	ns	p<0,05	p<0,1	p<0,001	ns	
Значущість різниці між групами втручання ШП та Интегр. втручання	p<0,05	ns	ns	ns	ns	
Загальна самоефективність, балів						
ГВ «Школи пацієнта»	3,0	3,2	3,1	3,2	3,2	p<0,001
ГК «Школи пацієнта»	3,0	3,1	3,1	3,1	3,1	ns

Група	Набір	Зрізи				Значущість тренду
		3-міс.	6-міс.	9-міс.	12-міс.	
Значущість різниці	ns	p<0,05	ns	ns	ns	
ГВ Інтегр. втручання	2,9	3,0	3,1	3,1	3,1	p<0,01
ГК Інтегр. втручання	3,1	3,3	3,3	3,3	3,3	p<0,001
Значущість різниці	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,01	p<0,001	
Значущість різниці між групами втручання ШП та Інтегр. втручання	ns	p<0,01	ns	ns	ns	
Загальна якість життя щодо ВІЛ, балів						
ГВ «Школи пацієнта»	3,1	3,4	3,3	3,4	3,2	p<0,05
ГК «Школи пацієнта»	3,0	3,2	3,1	3,2	2,9	p<0,05
Значущість різниці	ns	p<0,01	p<0,01	p<0,01	ns	
ГВ Інтегр. втручання	3,4	3,5	3,4	3,5	3,3	ns
ГК Інтегр. втручання	3,4	3,6	3,5	3,6	3,6	p<0,1
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	p<0,001	
Значущість різниці між групами втручання ШП та Інтегр. втручання	p<0,01	ns	ns	ns	ns	
Якість життя щодо ВІЛ: фізичний стан, балів						
ГВ «Школи пацієнта»	3,5	3,8	3,6	3,8	3,6	p<0,01
ГК «Школи пацієнта»	3,4	3,6	3,6	3,6	3,6	p<0,05
Значущість різниці	ns	p<0,01	ns	p<0,1	ns	
ГВ Інтегр. втручання	3,7	3,8	3,8	3,9	3,8	ns
ГК Інтегр. втручання	3,9	4,1	4	4,1	4,2	p<0,05
Значущість різниці	p<0,05	p<0,001	p<0,01	p<0,05	p<0,01	
Значущість різниці між групами втручання ШП та Інтегр. втручання	p<0,01	ns	p<0,05	ns	ns	
Якість життя щодо ВІЛ: психологічний стан, балів						
ГВ «Школи пацієнта»	3,5	3,7	3,6	3,8	3,6	ns
ГК «Школи пацієнта»	3,5	3,6	3,5	3,5	3,5	ns
Значущість різниці	ns	ns	ns	p<0,01	ns	
ГВ Інтегр. втручання	3,7	3,8	3,8	3,8	3,7	ns
ГК Інтегр. втручання	3,8	3,9	3,8	3,9	3,9	ns
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	p<0,05	
Значущість різниці між групами втручання ШП та Інтегр. втручання	p<0,05	ns	ns	ns	ns	
Якість життя щодо ВІЛ: рівень незалежності, балів						
ГВ «Школи пацієнта»	3,1	3,3	3,2	3,3	3,2	p<0,01
ГК «Школи пацієнта»	3,1	3,1	3,1	3,2	3,2	ns
Значущість різниці	ns	p<0,05	p<0,05	ns	ns	
ГВ Інтегр. втручання	3,3	3,4	3,4	3,3	3,3	ns
ГК Інтегр. втручання	3,7	3,9	3,8	3,9	3,9	p<0,01
Значущість різниці	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	

Група	Набір	Зрізи				Значущість тренду
		3-міс.	6-міс.	9-міс.	12-міс.	
Значущість різниці між групами втручання ШП та Інтегр. втручання	p<0,001	ns	ns	ns	ns	
Якість життя щодо ВІЛ: соціальні стосунки, балів						
ГВ «Школи пацієнта»	3,4	3,6	3,5	3,6	3,5	p<0,01
ГК «Школи пацієнта»	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	ns
Значущість різниці	ns	p<0,1	ns	p<0,01	ns	
ГВ Інтегр. втручання	3,6	3,6	3,7	3,6	3,5	ns
ГК Інтегр. втручання	3,7	3,8	3,8	3,8	3,8	ns
Значущість різниці	ns	p<0,1	ns	p<0,05	p<0,05	
Значущість різниці між групами втручання ШП та Інтегр. втручання	p<0,01	ns	p<0,05	ns	ns	
Якість життя щодо ВІЛ: оточення, балів						
ГВ «Школи пацієнта»	3,3	3,5	3,4	3,5	3,0	ns
ГК «Школи пацієнта»	3,2	3,3	3,3	3,2	3,0	p<0,01
Значущість різниці	p<0,05	p<0,001	p<0,01	p<0,001	p<0,05	
ГВ Інтегр. втручання	3,2	3,4	3,4	3,4	3,0	p<0,1
ГК Інтегр. втручання	3,4	3,4	3,4	3,4	3,0	ns
Значущість різниці	p<0,05	ns	ns	ns	ns	
Значущість різниці між групами втручання ШП та Інтегр. втручання	p<0,05	p<0,05	ns	ns	ns	
Якість життя щодо ВІЛ: духовність, балів						
ГВ «Школи пацієнта»	3,8	4,0	3,9	4,0	4,0	p<0,01
ГК «Школи пацієнта»	3,8	3,9	3,8	3,9	4,0	ns
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	ns	
ГВ Інтегр. втручання	4,0	4,0	4,0	4,1	4,0	p<0,01
ГК Інтегр. втручання	3,8	3,9	3,8	3,9	4,0	p<0,01
Значущість різниці	p<0,05	ns	p<0,05	p<0,05	p<0,01	
Значущість різниці між групами втручання ШП та Інтегр. втручання	p<0,05	ns	ns	ns	ns	
Не приймали АРТ, %						
ГВ «Школи пацієнта»	2,5%	0,0%	1,2%	2,0%	1,0%	ns
ГК «Школи пацієнта»	4,1%	1,1%	3,9%	0,7%	0,0%	ns
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	ns	
ГВ Інтегр. втручання	1,8%	2,2%	1,6%	0,0%	0,0%	p<0,05
ГК Інтегр. втручання	3,7%	11,8%	7,9%	9,0%	8,3%	ns
Значущість різниці	ns	p<0,01	p<0,001	p<0,001	p<0,01	
Значущість різниці між групами втручання ШП та Інтегр. втручання	ns	ns	ns	ns	ns	

ns = non-significant (різниця статистично незначуща); ГВ = група втручання; ГК = група контролю; ШП = «Школа пацієнта».

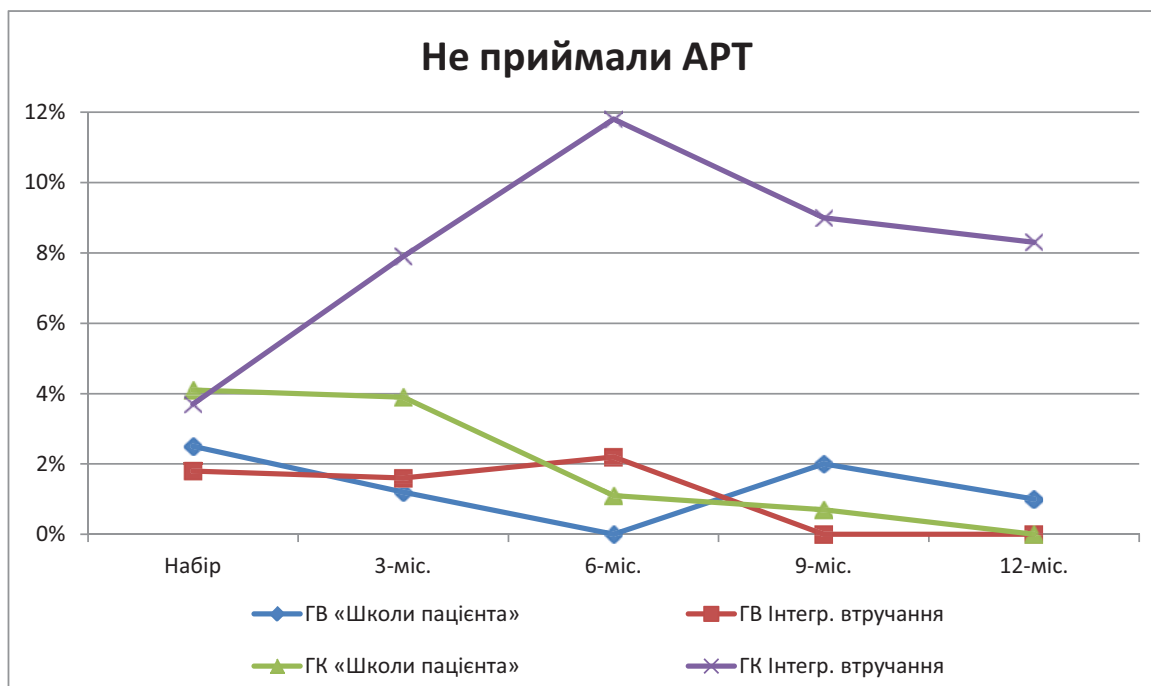


Рисунок 6Б. Частка учасників, які не приймали АРТ, за зрізами та групами, %

- #### Ефективність втручання «Школа пацієнта»

Втручання «Школа пацієнта» було ефективним з точки зору покращення якості життя: учасники групи втручання мали вищу якість життя щодо ВІЛ на всіх зрізах порівняно з учасниками групи контролю.

«Школа пацієнта» підвищувала шанси учасників бути прихильними до АРТ, проте ці шанси не були статистично значущими. Після врахування всіх факторів учасники групи втручання «Школи пацієнта» на всіх зрізах після набору мали до двох разів вищі шанси бути прихильними до АРТ порівняно з учасниками групи контролю. На наявних даних ці результати не можна поширити на всіх ЛЖВ через обмеження дизайну цього дослідження. Проте за всіма чотирма індикаторами, які вимірювали суб'єктивну прихильність до АРТ, можна спостерігати однакові тренди між показниками і за зрізами, що свідчить про послідовність результатів.

Також розмір самого ефекту (різниці між прихильністю в групах втручання і контролю) був більший на 3- і 6-місячному зрізах і менший – на 9- і 12-місячному зрізах, що свідчить про важливість вимірювання результатів у довготерміновій перспективі.

- #### Ефективність Інтегрованого втручання

Жінки з групи втручання Інтегрованого втручання на всіх зрізах після набору мали до шести разів статистично значущо вищі шанси бути прихиль-

ними до АРТ за всіма вимірними індикаторами, ніж жінки з групи контролю цього втручання.

Проте загальна самоефективність була статистично вищою у жінок з групи контролю, а якість життя не відрізнялася між групами. Як було сказано вище, за різними характеристиками жінки з групи контролю були успішнішими за жінок з групи втручання вже на момент залучення до дослідження (через те що групи набирали на різних сайтах, і тому розподіл був не випадковим). Так, жінки з групи контролю Інтегрованого втручання мали вищий рівень незалежності, кращі стосунки з родиною, менший час жили з ВІЛ, не мали досвіду вживання ін'єкційних наркотиків тощо. Самоефективність є єдиним індикатором, який залишився статистично значущо вищим у жінок з групи контролю під час набору в дослідження навіть після врахування решти факторів. Тому навіть коли самоефективність у групі втручання змінювалася, вона залишалася нижчою відносно групи контролю.

Іншою причиною вищих показників в групі контролю може бути те, що інструменти, які використовували для вимірювання якості життя і самоефективності, не валідизовано для України, тому вони можуть бути недостатньо чутливими, щоб виміряти зміни, які відбуваються протягом дослідження.

- #### Додаткова цінність «Майстерні можливостей» порівняно зі «Школою пацієнта»

При багатовимірному аналізі між ефектами в групах втручання «Школи пацієнта» та Інтегрованого втручання не було знайдено статистично

значущих різниць. Це може бути пов'язано з перебуванням усіх досліджуваних груп на одному сайті, різними цільовими групами цих втручань та невалідизованістю в Україні інструментів для вимірювання якості життя й самоефективності.

- **Вплив «Школи пацієнта» та Інтегрованого втручання на життя учасників**

Загалом учасники як «Школи пацієнта», так і «Майстерні можливостей» зазначали, що втручання дуже позитивно вплинули на їхнє життя. Якщо узагальнити відповіді учасників, то можна виділити низку позитивних моментів, які вони відзначили.

Так, завдяки «Школі пацієнта» учасники:

- Більш свідомо почали ставитися до себе та до інших людей:

«Стала более осознанно относиться к себе и своей семье. И к окружающим людям. Потому что намного больше информации получила. «Осознаннее» – потому что действительно задумалась о том, что это важно в твоей жизни и можно с этим прожить долгую жизнь, если всего придерживаться и не делать никаких плохих шагов» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

- Отримали більше інформації про різні аспекти проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу:

«Я получила больше информации: я поняла, как принимать терапию, потому что до этого, я же говорю, я была одна. Мне даже не было с кем об этом поговорить. Я не знала, что это, зачем вообще эта терапия, из чего эта терапия, как ее правильно пить, – вообще ничего. Я стала лучше себя чувствовать, я слежу за своим здоровьем, я знаю, что я безопасна для окружающих. Это очень изменило. Мне просто рассказали, что это и для чего это нужно» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

Зокрема, учасники отримали більше інформації:

- про те, з чим (якими препаратами, їжею, рідиною) можна поєднувати прийом АРТ:

«И я половину продуктов узнала, чего кушать нельзя вообще. И какие таблетки тоже нельзя сочетать» (ГВ «Школы пациента», Полтава);

- про те, як переходити на зимовий/літній час у режимі прийому АРТ:

«Даже в год два раза переходим на летнее-зимнее время. И тоже это был интересный вопрос: как именно терапию меняют, этот час смещения, как его правильно распределить, чтобы выйти на предыдущий уровень, чтобы поминутно, по 15 минут, переходя, восстанавливать вот этот обычный процесс. Например, у каждого... как вот этот час надо» (ГВ «Школы пациента», Полтава);

- про права ВІЛ-позитивних людей:

«А вот с помощью «Школы пациента» теперь я знаю, что у нас есть свои права, что мы имеем право...» (ГВ «Школы пациента», Полтава);

«Права человека. Права человека, который имеет статус» (ГВ Інтегрованого втручання, Полтава);

- про можливість отримання АРТ на період тривалої відсутності (наприклад, відпустки):

«Я, в принципе, знала, что такое терапия, как ее пить. Я принимала. Но еще раз почерпнула некоторые моменты для себя. Интересовало, как люди выезжают, что делают с терапией. Я думала, что если пьешь, то уже выезжать куда нельзя. То есть для меня было новшеством то, что могут дать с собой терапию. Просто я всегда волновалась, что это ограничение очень сильное. А так узнала для себя, что нет. Это было для меня находкой» (ГВ Інтегрованого втручання, Чернігів).

- Отримали можливість спілкування, обговорення своїх проблем з іншими:

«Это общение, потому что мне его очень сильно не хватало, особенно после того, как ушла в декретный отпуск» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

- Навчилися і стали більше дбати про своє здоров'я та життя:

«Я стал бережнее к себе относиться. За здоровьем стал следить больше» (ГВ «Школы пациента», Дніпро);

«И третье – это я отношусь к себе более с любовью, забочусь о своем здоровье, я позволяю себе когда-то отдохнуть, когда-то погулять. Раньше я себе этого не позволяла» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

Турбота про здоров'я та життя проявлялася, зокрема, в тому, що учасники:

- стали більше відпочивати, перебувати на свіжому повітрі:
«Больше бывает на свежем воздухе» (ГВ «Школи пацієнта», Дніпро);
- почали обирати роботу з меншим фізичним навантаженням:
«Анализы стал сдавать, много разных анализов стал сдавать. Следить за здоровьем. Работу выбирать. Чтобы не напрягаться сильно» (ГВ «Школи пацієнта», Дніпро).
- Покращили стан свого здоров'я та самопочуття, в т. ч. у них підвищився рівень CD4, а рівень вірусного навантаження знизився:
«Подняли CD, и нагрузка нулевая стала вирусная, это самое главное» (ГВ «Школи пацієнта», Полтава).
- Припинили непокоїтися з приводу того, що вони становлять загрозу для інших людей і членів своєї родини:
«Когда я сюда пришла, даже соработник мне все развеяла, рассказала, разложила по полочкам. Я звонила по каждой мелочи к ней, узнавала, потому что у меня еще старший сын. Это второй ребенок. Для меня было главное, чтобы его не заразить: как, что, посуда. Я думала, что уже конец. Разжевали, рассказали мне. Я расслабилась, спокойна» (ГВ Інтегрованого втручання, Чернігів).
- Сформували прихильність до АРТ, в т. ч.:
 - змінили ставлення до прийому АРТ, зокрема в напрямі уникнення пропусків прийому АРТ:
«Теперь ни одного пропуска. Просто на работе я не могу раньше 10 выйти из цеха, а я в 9 принимаю терапию. Поэтому в карман – и прямо в цеху» (ГВ «Школи пацієнта», Полтава);
«Я начал немножко серьезней относиться к времени приема. У меня тоже были опоздания, и я к этому так относился: подумаешь, туда-сюда» (ГВ «Школи пацієнта», Полтава);
«То же самое. Раньше неделями мог не пить. Мог неделю не пить, потом пью» (ГВ «Школи пацієнта», Полтава);
«Школа пациента» за почти 1,5 года, даже около года её терапии, я ни разу не пропустила и не отклонилась во времени. То есть я думаю, что это и есть заслуга» (ГВ Інтегрованого втручання, Черкаси).
- почали носити таблетки з собою/в кожній сумці та мати при собі воду:
«У меня есть такая проблема: я часто меняю сумки. В поездки, например. И когда я пришла на «Школу пациента», мне там сказали, что в каждую сумку, которая у меня есть, надо положить таблетки. И я так сделала» (ГВ «Школи пацієнта», Дніпро);
- перестали боятися приймати АРТ на людях:
«Мне программа помогла носить с собой коробочку с напоминанием и постоянно с собой держат воду. В любом месте, где бы я ни находилась, в обществе даже, брать и пить все свои таблетки» (ГВ «Школи пацієнта», Черкаси);
- вивчили назви своїх препаратів:
«Я выучила свои препараты. Мне даже Игорь тест назначил. Я приду: «Ты запомнила?» – «Ой, я забыла один». Всё, на следующий раз опять: «Ой, я забыла один». В итоге я его выучила. Чтобы вдруг, если со мной что-то случится, чтобы я хоть знала, что я пью. А то говорила: «Одна беленькая, две красненьких. Два раза в сутки»» (ГВ «Школи пацієнта», Полтава).
- Змінили ставлення до регулярного відвідання медичних фахівців та здачі необхідних аналізів:
«Серьезнее к здоровью стала относиться, анализы сдавать. Раньше я могла раз в год сдать или не сдать вообще. А сейчас я стала следить за этим, врачей посещать. На «Школе пациента» говорили об этом, чтобы здоровье твое было не только в отношении статуса» (ГВ «Школи пацієнта», Дніпро).
«Я все-таки стала увереннее к себе относиться по поводу приема таблеток, по поводу предохранения какого-то в сексе, и я бережно отношусь к своему здоровью, то есть я периодически хожу в поликлинику, я наблюдаюсь у всех врачей, даже если они пишут мне: «Здорова». А я говорю им: «Нет, подождите, я еще не успела Вам пожаловаться, давайте разберемся». То есть я стала более настойчива» (ГВ «Школи пацієнта», Дніпро).
- Відкрили свій ВІЛ-статус рідним та близьким:
«Благодаря Игорю я смогла о своем статусе рассказать маме, сестре. И я тоже была замкнута, прятала терапию. За

час их готовила то в карманах, то еще где-то, потому что у Люды (сестры) двое деток. А благодаря Игорю я смогла уже и раскрыться, и стала как-то проще» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

- Покращили психологічне самопочуття:

«Это информация, психологический аспект. Уже ведешь себя, не считаешь себя уже списанным человеком» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

- Покращили стосунки з рідними:

«На отношения с детьми сильно повлияло. У меня со старшей дочерью сложные были отношения: я постоянно срывалась, а сейчас, после «Школы», – более спокойный период» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

- Повернулися до свого попереднього життя, яке мали до того, як дізналися свій ВІЛ-статус:

«До «Школы пациента» я себя чувствовал раненым волком. Думаю: все, завтра я могу не проснуться. Такое – месяц-два, наверное, протяну – и все. А после «Школы пациента» я понял, что можно заниматься тем, чем ты раньше занимался, то есть не падая духом и жить прекрасно. Принимать лекарства, АРТ – и все» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

- Підвищили самооцінку, стали більш упевненими в собі:

«Я, получается, более свободно начал относиться к своему диагнозу... Любить себя научился, бережнее относиться к своему здоровью» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

- Отримали фінансову допомогу у вигляді сертифікатів за участь у дослідженні:

«Ну и финансовая поддержка» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

«Первое: соработники прекрасные; второе: напоминают постоянно о себе и что ты не один, поддерживают; третье (не буду лукавить) – и материальная помощь» (ГВ «Школы пациента», Черкаси).

- Отримали та почали використовувати таблетницю:

«Контейнеры со временем, с будильником. Оно у тебя раз, зазвенело – ты знаешь. Таблетницы» (ГВ «Школы пациента», Полтава).

«Выдали таблетницы. Мне это очень помогло, потому что с баночкой не та-

скаться, а просто класть их в сумочку – это неудобно» (ГВ «Школы пациента» ШП, Дніпро).

«В первую очередь это таблетница. Потому что на ней и время можно выставить, и можно ее постоянно носить с собой, не забывать» (ГВ «Школы пациента», Дніпро).

Що стосується «Майстерні можливостей», то завдяки їй учасниці:

- Опанували певну справу/спеціальність (манікюр, шиття, масаж; перукар, бухгалтер, кухар тощо):

«Я закончила бухгалтерские курсы, сама по специальности бухгалтер. Но так как я сидела в декрете, то уже давно вышла из профессии. Закончила курсы, оплатили мне газету. Сейчас я сдала ноутбук в ремонт, хочу установить программу и заниматься бухгалтерским учетом чисто дома» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

«Я же тоже массажные курсы закончила, получила массажный стол. Я снимаю дом, а село небольшое. Один пришел – понравилось, сказал другому. Другой пришел. Не очень большую цену беру, но все равно на кусок хлеба и пачку масла хватает» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

- Отримали можливість займатися улюбленою справою, працювати, заробляти:

«Подарили мне машинку. Общение – это да, но подарили мне машинку, я за десять... Каких десять, я за полгода научилась шить, сейчас шью некоторые вещи дома, продаю их. И это очень помогает мне финансово» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

«Я сама повар. Когда я узнала о статусе, я уволилась. Меня это все испугало. Я в садике работала. Помогли мне приобрести приспособление, и я теперь могу выпекать булочки и продавать, так что я благодарна, мне очень помогли» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

- Покращили свої стосунки з рідними, з членами сім'ї:

«У меня дочь-подросток. Я ее воспитываю без отца, потому что он умер. И в связи с этим была сильная психологическая травма как у меня, так и у нее, и психолог мне помог это дело поставить на ноги, скажем так. Это было

в рамках проекта. Там был урок про детей, занятие. И очень много другого. Но это самое масштабное, что у меня отложилось в памяти, потому что это помогло вернуть мир в семью» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

«Ну, для меня в первую очередь налаживание отношений в семье. Я нашла общение со своими близкими. Вот у меня есть младшие брат и сестра, с которыми раньше конфликты возникали. Я их практически сама воспитываю: мама болеет и не в состоянии их воспитывать. Ну, как бы нашла время, научилась каждому уделять внимание. Научилась этому в «Школе мастерности», потому что я не знала о подходе. Возрастная категория разная плюс мои дети» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

- Відкрили свій ВІЛ-статус близьким:

«Я рассказала маме, самым родным, даже кумовьям. Мне психологически было очень хорошо» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

- Навчилися ставити цілі та їх досягати:

«Меня научили разбираться, какая цель у меня в голове, за какую первую хвататься, что нужно решать, что оставить на потом. В этом я тоже уже конкретно разбираюсь» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

- Отримали можливість спілкування «рівний-рівному»:

«Ты находишься, как рыба в воде. Ты находишься среди своих, тебя все понимают, тебя все видят, тебя все слышат. И это очень важно. Ты выходишь оттуда, ты выходишь другим человеком. Выходишь и понимаешь, что действительно такие краски вокруг, на которые ты раньше действительно не смотрел или видел их совсем другими» (ГВ Интегрованого втручання, Черкаси).

- Отримали інструменти і матеріали для роботи:

«Я дома деньги зарабатываю. Я благодарна: мне подарили лампу, подарили базу, все для гелевого покрытия... Я дома денежку зарабатываю. Да, не каждый день, не миллионы. Но тем не менее это прекрасный дополнительный заработок» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

- Отримали фінансову допомогу у вигляді сертифікатів за участь у дослідженні:

«Плюс подстегивало то, что нам сертификаты давали. Это тоже приятно и нужно» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

- Отримали можливість колективного обговорення певних проблем:

«Для меня это было как коллективная психотерапия. Это всегда лучше, чем в одиночку» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

- Отримали можливість безкоштовної професійної консультації психолога:

«Еще мне очень сильно понравилась работа с психологом. Для меня сотрудничество с таким специалистом, на мой взгляд, опытным, произвело на меня очень большое впечатление» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

«У меня была работа с психологом индивидуальная. Она предлагала индивидуальные встречи. И я всегда этого очень хотела. Но так как услуги психолога стоят очень дорого, я никогда не могла себе этого позволить. А мне предложила наш психолог индивидуальные встречи, и это очень сильно изменило в моей жизни отношения с дочерью старшей» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

- Отримали можливість постійно ставити запитання, які їх цікавлять, та отримувати відповіді на них:

«А здесь ты получаешь для себя информацию по всем вопросам. То есть не стесняешься спрашивать, и есть ответ» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

- Покращили психологічне самопочуття:

«А вот «Мастерская возможностей» – это действительно глоток какой-то воздуха, когда ты поверила в себя, увидела, что не всё так страшно, что наоборот. Как по мне, то мне кажется, что у меня сейчас жизнь намного красочнее началась. Потому что я ценю её и я замечаю каждую мелочь. Раньше я на них, когда не было у меня статуса, я не обращала внимания. Чернобривцы растут – и всё. Боже, какие они красивые! Хотя раньше смотрела и думала, что вонючки какие-то, а не цветы. Правда. Поэтому это очень важно. Для меня важнее «Мастерская» была, потому что я совсем по-другому понимаю, что вот оно появилось – и вокруг всё хорошо: и таблетки пьются вовремя, и в семье всё классно, и жить хочется, и радоваться, и какое-то

добро людям нести» (ГВ Інтегрованого втручання, Черкаси).

«Для меня «Мастерская возможностей» – это один из ярких моментов в моей жизни. Я там вижу только положительные стороны. Я не знаю, как вам, исследователям, но таким женщинам, как мы, это просто как воздух. Для меня это было как воздух. Для меня это было жизненно необходимо на тот момент. Это был подарок свыше для меня. Я не знаю, как это еще расписать. Это было в нужное время в нужном месте» (ГВ Інтегрованого втручання, Чернігів).

- Навчилися економити, вести сімейний бюджет:

«Много полезной информации, которая касается меня каждый день, можно сказать. И ребенок, и семья, и как бюджет вести» (ГВ Інтегрованого втручання, Полтава).

«Нас учили экономить деньги, вернее, не экономить, а понять, куда мы их даваем, куда они деваются, куда они уходят, на что мы их тратим» (ГВ Інтегрованого втручання, Полтава).

- Навчилися розподіляти свій час і знаходити його для відпочинку:

«А в «Мастерской возможностей» я научилась распределять свой рабочий день» (ГВ Інтегрованого втручання, Чернігів).

«Я научилась выделять для себя время (час в день) на отдых» (ГВ Інтегрованого втручання, Чернігів).

- Прийняли свій ВІЛ-статус:

«Относительно «Мастерской возможностей», то до группы я со статусом смирилась. Статус и статус. После группы я статус приняла. Как это «принять»? Это большая разница. И я это ощутила на себе...Всё» (ГВ Інтегрованого втручання, Черкаси).

- Спланували вагітність:

«А как Вы решились на второго ребенка? Мы в феврале уже ждем. Ух ты!

Так что «Майстерня» помогла» (ГВ Інтегрованого втручання, Полтава).

- Отримали можливість консультації юриста:

«Потом еще юридическая поддержка. Когда я узнала, что есть юрист, который всегда может проконсультиро-

вать, это уже был толчок. С моим собесом «классным» у меня тоже были проблемы: мне не хотели давать мало-обеспеченность, хоть я и имела на это право. Но вот не давали мне, и все. Слава Богу, что здесь есть юрист, и я доби-лась все-таки этого» (ГВ Інтегрованого втручання, Полтава).

- Відчули самоповагу:

«Мастерская возможностей» – для меня она как личность, это само собой. Но я когда узнала о статусе, я не могла понять, к какой категории себя отнести. Я вроде не наркоманка, не проститутка... А тут я пришла и я смотрю, что тут все нормальные. Тут все люди, и все нормальные, значит, и я нормальная. Мне это дало возможность себя считать нормальным человеком, нормальной женщиной. Это для меня сыграло главную роль, наверное» (ГВ Інтегрованого втручання, Черкаси).

«А «Мастерская возможностей» – больше уверенности появилось, самооценка» (ГВ Інтегрованого втручання, Чернігів).

Зміна поведінки

Серед учасників груп втручання та контролю «Школи пацієнта» частка осіб, які вживали алкоголь принаймні раз на тиждень, становила від шостої до п'ятої частини, не відрізнялася статистично значущо між групами і не змінилася значущо протягом періоду спостереження (див. Рис. 7, Табл. 16).

Серед учасниць групи втручання Інтегрованого втручання частка жінок, які вживали алкоголь щотижня, зросла з 7,6% до 11,1% між набором і 12-місячним зрізом, проте зміни були статистично незначущими; у групі контролю частка таких жінок зменшилася з 4,5% до 1,2%.

Частка учасників, які вживали неін'єкційні наркотики, становила близько 10% у групі втручання «Школи пацієнта» і до 5% – у решті груп. Протягом періоду спостереження статистично значущо ця частка не змінилася.

Частка споживачів ін'єкційних наркотиків становила під час набору 16,2% серед учасників групи втручання «Школи пацієнта» і 7,2% – серед учасників групи контролю цього втручання. Під час 12-місячного зрізу ця частка становила 9,3% серед учасників групи втручання «Школи пацієнта» і 7,0% – серед учасників групи контролю цього втручання, проте ані зміни протягом зрізів, ані відмінності між групами втручання та контролю не мали статистичної значущості.

Частка жінок, які вживали ін'єкційні наркотики під час залучення до дослідження, становила 1,0% серед учасниць як групи втручання, так і групи контролю Інтегрованого втручання. На 12-місячному зрізі ця частка становила 5,0% у групі втручання та 0,0% – у групі контролю, що пов'язано, напевно, з тим, що серед учасниць групи втручання була значно більша частка жінок, які мали дос-

від уживання ін'єкційних наркотиків упродовж життя.

Частка ЛЖВ з досвідом вживання ін'єкційних наркотиків, які отримували ЗПТ, становила близько 25%, статистично значущо не відрізнялася між групами і не змінювалася протягом періоду спостереження.

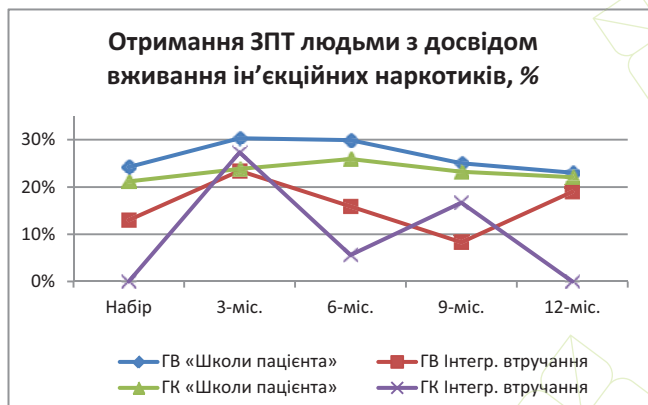
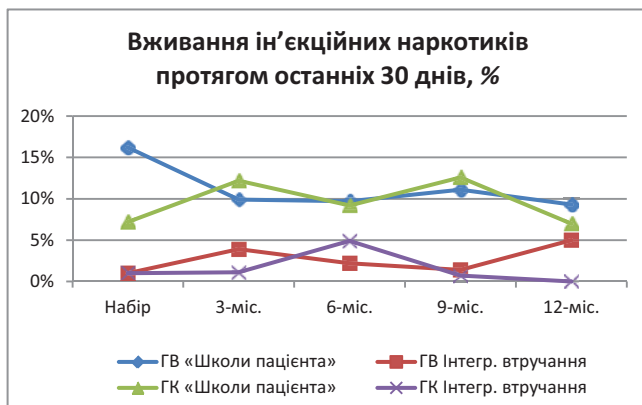
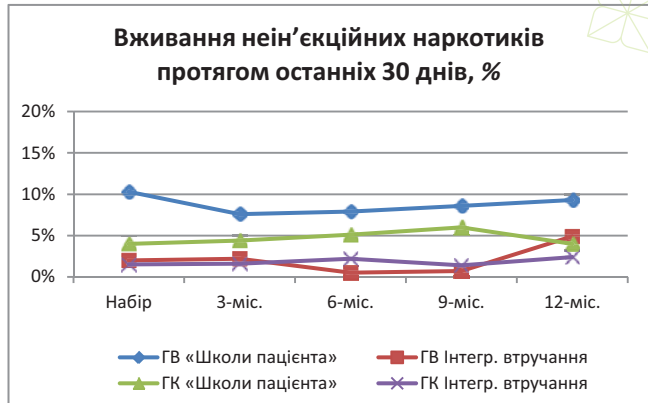
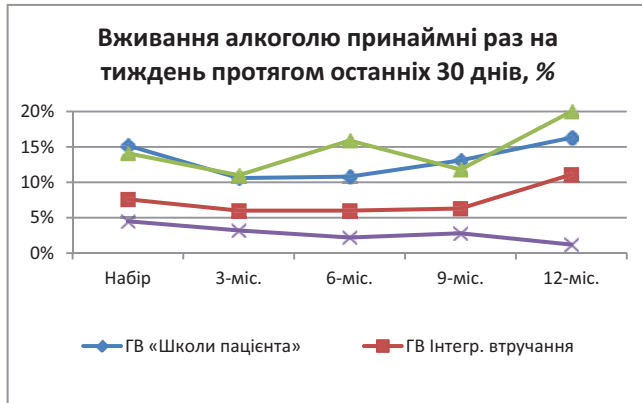
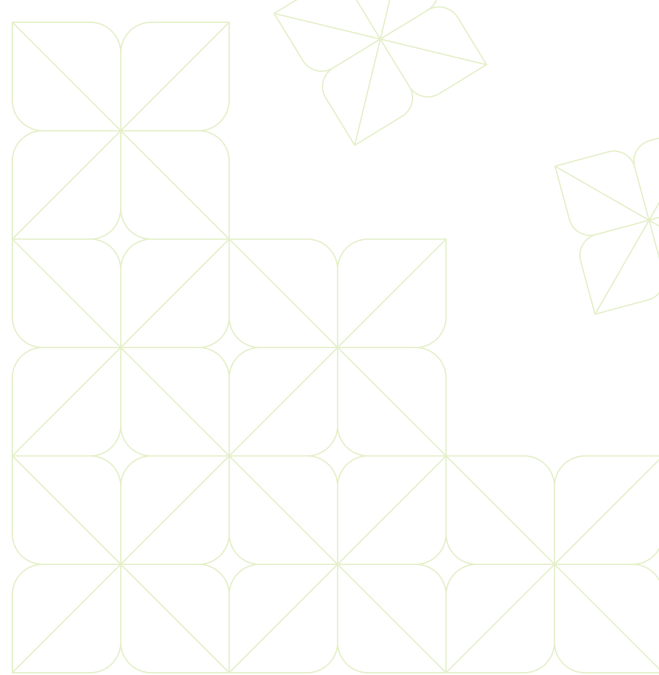


Рисунок 7. Зміна поведінки учасників щодо вживання деяких психоактивних речовин, за зрізами та групами, %



Таблиця 16. Зміна поведінки учасників щодо вживання деяких психоактивних речовин, за зрізами та групами, %

Група	Набір	Зрізи				Значущість тренду
		3-міс.	6-міс.	9-міс.	12-міс.	
Вживання алкоголю протягом останніх 30 днів принаймні раз на тиждень						
ГВ «Школи пацієнта»	15,2%	10,6%	10,8%	13,1%	16,3%	ns
ГК «Школи пацієнта»	14,1%	11,0%	15,9%	11,8%	20,0%	ns
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	ns	
ГВ Интегр. втручання	7,6%	6,0%	6,0%	6,3%	11,1%	ns
ГК Интегр. втручання	4,5%	3,2%	2,2%	2,8%	1,2%	p<0,1
Значущість різниці	ns	ns	p<0,1	ns	p<0,01	
Вживання неін'єкційних наркотиків протягом останніх 30 днів						
ГВ «Школи пацієнта»	10,3%	7,6%	7,9%	8,6%	9,3%	ns
ГК «Школи пацієнта»	4,0%	4,4%	5,1%	6,0%	4,0%	ns
Значущість різниці	p<0,05	ns	ns	ns	ns	
ГВ Интегр. втручання	2,0%	2,2%	0,5%	0,7%	4,9%	ns
ГК Интегр. втручання	1,5%	1,6%	2,2%	1,4%	2,4%	ns
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	ns	
Вживання ін'єкційних наркотиків протягом останніх 30 днів						
ГВ «Школи пацієнта»	16,2%	9,9%	9,7%	11,1%	9,3%	ns
ГК «Школи пацієнта»	7,2%	12,2%	9,2%	12,6%	7,0%	ns
Значущість різниці	p<0,01	ns	ns	ns	ns	
ГВ Интегр. втручання	1,0%	3,9%	2,2%	1,4%	5,0%	ns
ГК Интегр. втручання	1,0%	1,1%	4,9%	0,7%	0,0%	p<0,001
Значущість різниці	ns	p<0,1	ns	ns	p<0,05	
Отримання ЗПТ людьми з досвідом вживання ін'єкційних наркотиків						
ГВ «Школи пацієнта»	24,2%	30,3%	29,9%	25,0%	23,0%	ns
ГК «Школи пацієнта»	21,2%	23,8%	25,9%	23,2%	22,1%	p<0,1
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	ns	
ГВ Интегр. втручання	13,0%	23,4%	15,9%	8,3%	19,0%	ns
ГК Интегр. втручання	0,0%	27,3%	5,6%	16,7%	0,0%	-
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	ns	

- = неможливо порахувати через нулі в показниках; ns = non-significant (різниця статистично незначуща); ГВ = група втручання; ГК = група контролю.

На час залучення до дослідження близько 30% учасників груп втручання та контролю «Школи пацієнта» і близько 20% осіб в аналогічних групах Інтегрованого втручання не мали статевих контактів протягом останніх 90 днів перед залученням до дослідження. Близько 60% учасників перших двох груп і близько 80% учасниць останніх двох груп мали статеві контакти з постійним партнером протягом останніх трьох місяців перед залученням до дослідження. Приблизно 12% і 1-3% учасників груп втручання та контролю відповідно «Школи пацієнта» та Інтегрованого втручання мали статеві контакти з випадковими партнерами, і 3,4% та 0,0% учасників груп втручання та контр-

олю «Школи пацієнта» і по 0,5% учасниць аналогічних груп Інтегрованого втручання мали статеві контакти з комерційними партнерами. Значущих різниць між групами, крім показника контактів з комерційними партнерами між групами втручання та контролю «Школи пацієнта», не було.

Через 12 місяців спостереження у групі втручання Інтегрованого втручання статистично значущо зросла частка тих, хто не мав статевих контактів протягом останніх 90 днів (з 20,6% до 30,9%, p < 0,05) за рахунок зменшення кількості статевих контактів з постійними партнерами (з 78,9% до 67,9%, p < 0,01).

Серед учасників груп втручання та контролю «Школи пацієнта» також зменшилася частка статевих контактів з випадковими партнерами – з майже 12% до 2%. Частка статевих контактів

з комерційними партнерами також зменшилася, проте порохувати значущість через наявність нулів у показниках неможливо (див. Рис. 8, Табл. 17А).

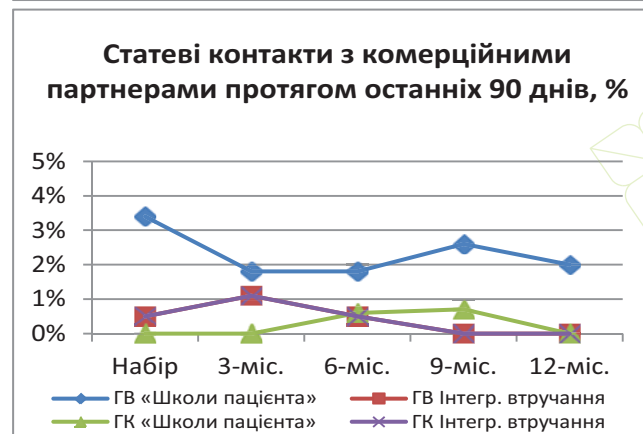
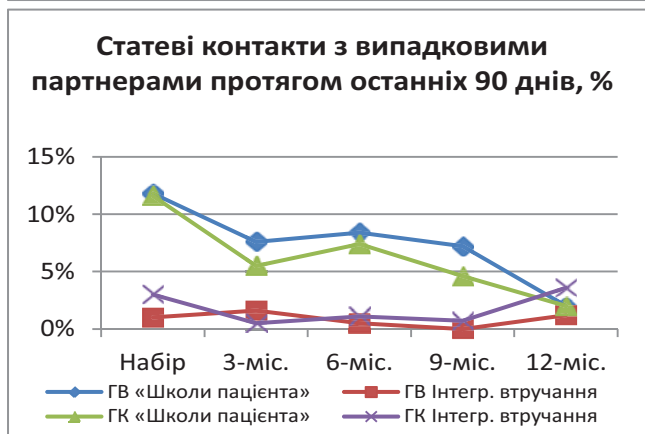
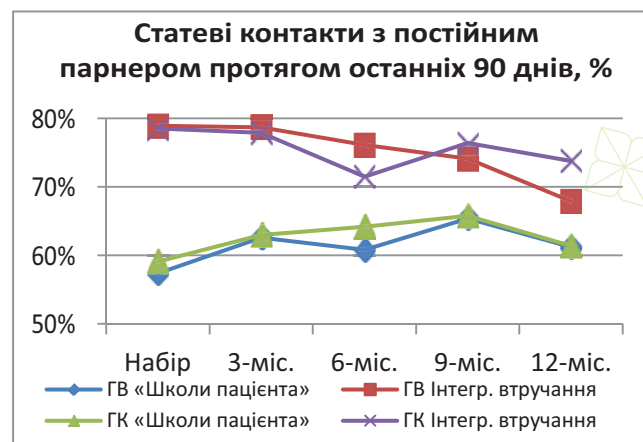
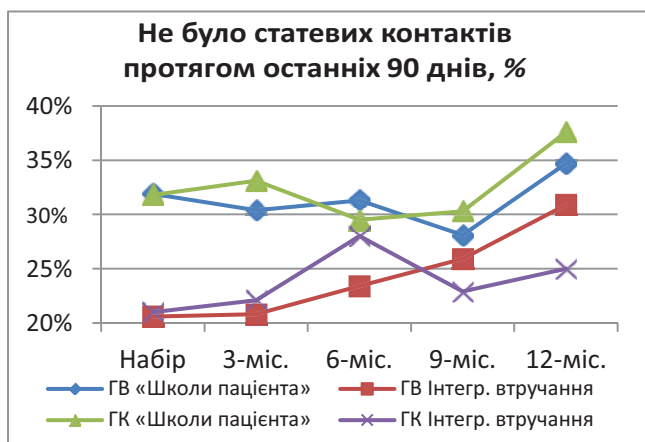


Рисунок 8. Зміна статевої поведінки учасників, за зрізами та групами: наявність контактів з різними категоріями статевих партнерів, %

Таблиця 17А. Зміна статевої поведінки учасників, за зрізами та групами: наявність контактів з різними категоріями статевих партнерів, %

Група	Набір	Зрізи				Значущість тренду
		3-міс.	6-міс.	9-міс.	12-міс.	
Відсутність статевих контактів протягом останніх 90 днів						
ГВ «Школи пацієнта»	31,9%	30,4%	31,3%	28,1%	34,7%	ns
ГК «Школи пацієнта»	31,8%	33,1%	29,5%	30,3%	37,6%	ns
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	ns	
ГВ Інтегр. втручання	20,6%	20,8%	23,4%	25,9%	30,9%	p<0,05
ГК Інтегр. втручання	21,0%	22,1%	28,0%	22,9%	25,0%	ns
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	ns	
Статеві контакти з постійним партнером протягом останніх 90 днів						
ГВ «Школи пацієнта»	57,4%	62,6%	60,8%	65,4%	61,2%	ns
ГК «Школи пацієнта»	59,1%	63,0%	64,2%	65,8%	61,4%	ns
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	ns	
ГВ Інтегр. втручання	78,9%	78,7%	76,1%	74,1%	67,9%	p<0,01
ГК Інтегр. втручання	78,5%	77,9%	71,5%	76,4%	73,8%	ns
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	ns	

Група	Набір	Зрізи				Значущість тренду
		3-міс.	6-міс.	9-міс.	12-міс.	
Статеві контакти з випадковим партнером протягом останніх 90 днів						
ГВ «Школи пацієнта»	11,8%	7,6%	8,4%	7,2%	2,0%	p<0,1
ГК «Школи пацієнта»	11,6%	5,5%	7,4%	4,6%	2,0%	p<0,05
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	ns	
ГВ Інтегр. втручання	1,0%	1,6%	0,5%	0,0%	1,2%	ns
ГК Інтегр. втручання	3,0%	0,5%	1,1%	0,7%	3,6%	ns
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	ns	
Статеві контакти з комерційним партнером протягом останніх 90 днів						
ГВ «Школи пацієнта»	3,4%	1,8%	1,8%	2,6%	2,0%	ns
ГК «Школи пацієнта»	0,0%	0,0%	0,6%	0,7%	0,0%	-
Значущість різниці	p<0,01	p<0,1	ns	ns	ns	
ГВ Інтегр. втручання	0,5%	1,1%	0,5%	0,0%	0,0%	-
ГК Інтегр. втручання	0,5%	1,1%	0,5%	0,0%	0,0%	ns
Значущість різниці	ns	ns	ns	-	-	

- = неможливо порахувати через нулі в показниках; ns = non-significant (різниця статистично незначуща); ГВ = група втручання; ГК = група контролю.

Рівень користування презервативом з постійними партнерами становив на момент залучення до дослідження близько 50% у всіх досліджуваних групах. Під час 12-місячного зрізу частка регулярних користувачок презервативами з постійними партнерами була статистично значущо вищою у групі контролю Інтегрованого втручан-

ня порівняно з групою втручання (67,7% проти 50,0%; p < 0,05).

Кількість респондентів, які мали статеві контакти з випадковими та комерційними партнерами, була дуже малою для того, щоб оцінювати поширеність користування презервативами з такими партнерами (див. Табл. 17Б).

Таблиця 17Б. Зміна статевої поведінки учасників, за зрізами та групами: використання презерватива

Група	Набір	Зрізи				Значущість тренду
		3-міс.	6-міс.	9-міс.	12-міс.	
Використання презерватива з постійним партнером протягом останніх 90 днів: завжди						
ГВ «Школи пацієнта»	47,9%	57,9%	61,4%	51,5%	60,0%	-
ГК «Школи пацієнта»	43,6%	48,7%	46,5%	51,0%	48,4%	-
Значущість різниці	ns	ns	p<0,05	ns	ns	
ГВ Інтегр. втручання	44,9%	49,7%	51,4%	51,9%	50,0%	-
ГК Інтегр. втручання	41,1%	58,1%	57,9%	62,3%	67,7%	-
Значущість різниці	ns	ns	ns	ns	p<0,05	
Використання презерватива з випадковим партнером протягом останніх 90 днів: завжди						
ГВ «Школи пацієнта»	20/23 87,0%	11/11 100,0%	11/12 91,7%	6/7 85,7%	2/2 100,0%	-
ГК «Школи пацієнта»	21/19 90,5%	9/10 90,0%	12/12 100,0%	5/5 100,0%	1/2 50,0%	-
Значущість різниці	-	-	-	-	-	
ГВ Інтегр. втручання	2/2 100,0%	2/3 66,7%	-	-	-	-

Група	Набір	Зрізи				Значущість тренду
		3-міс.	6-міс.	9-міс.	12-міс.	
ГК Интегр. втручання	3/6 50,0%	1/1 100,0%	1/1 100,0%	-	3/3 100,0%	-
Значущість різниці	-	-	-	-	-	-
Використання презерватива з комерційним партнером протягом останніх 90 днів: завжди						
ГВ «Школи пацієнта»	4/5 80,0%	2/2 100,0%	2/2 100,0%	3/3 100,0%	-	-
ГК «Школи пацієнта»	-	-	1/1 100,0%	1/1 100,0%	-	-
Значущість різниці	-	-	-	-	-	-
ГВ Интегр. втручання	1/1 100,0%	2/2 100,0%	1/1 100,0%	-	-	-
ГК Интегр. втручання	1/1 100,0%	3/3 100,0%	1/1 100,0%	-	-	-
Значущість різниці	-	-	-	-	-	-

- = відсутність відповідних партнерів; ns = non-significant (різниця статистично незначуща); ГВ = група втручання; ГК = група контролю.

Значущість різниць за трендами не пораховано через різний розмір підгруп (тих, у кого були відповідні контакти) на кожному зі зрізів.

Значущість відмінностей між групами не пораховано для показників використання презерватива з випадковими і комерційними партнерами через малі розміри груп.

Частка учасників, які розкривали свій ВІЛ-статус постійному статевому партнерові, становила понад 98% під час набору. Кількість інших партнерів була замалою, щоб оцінювати тренди щодо змін (див. Табл. 17В).

Таблиця 17В. Зміна поведінки учасників, за зрізами та групами: розкриття свого ВІЛ-статусу партнерові, %

Група	Набір	Зрізи				Значущість тренду
		3-міс.	6-міс.	9-міс.	12-міс.	
Розкриття свого ВІЛ-статусу постійному статевому партнерові						
ГВ «Школи пацієнта»	100,0%	97,2%	99,0%	98,0%	98,4%	-
ГК «Школи пацієнта»	99,0%	97,3%	96,4%	95,6%	95,1%	-
Значущість різниці	-	-	-	-	-	-
ГВ Интегр. втручання	98,7%	93,5%	94,1%	95,1%	92,5%	-
ГК Интегр. втручання	98,7%	95,3%	95,5%	97,2%	100,0%	-
Значущість різниці	-	-	-	-	-	-
Розкриття свого ВІЛ-статусу випадковому статевому партнерові						
ГВ «Школи пацієнта»	28,6%	54,5%	16,7%	22,2%	0,0%	-
ГК «Школи пацієнта»	66,7%	40,0%	50,0%	66,7%	0,0%	-
Значущість різниці	-	-	-	-	-	-
ГВ Интегр. втручання	100,0%	33,3%	0,0%	100,0%	0,0%	-
ГК Интегр. втручання	50,0%	0,0%	0,0%	-	0,0%	-
Значущість різниці	-	-	-	-	-	-

Група	Набір	Зрізи				Значущість тренду
		3-міс.	6-міс.	9-міс.	12-міс.	
Розкриття свого ВІЛ-статусу комерційному статевому партнеріві						
ГВ «Школи пацієнта»	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-	-
ГК «Школи пацієнта»	-	-	100,0%	100,0%	-	-
Значущість різниці	-	-	-	-	-	-
ГВ Интегр. втручання	-	50,0%	0,0%	-	-	-
ГК Интегр. втручання	-	0,0%	0,0%	-	-	-
Значущість різниці	-	-	-	-	-	-

- = відсутність відповідних партнерів; ns = non-significant (різниця статистично незначуща); ГВ = група втручання; ГК = група контролю.

Значущість різниць за трендами не пораховано через різний розмір підгруп на кожному зі зрізів (тих, у кого були відповідні контакти).

Значущість відмінностей між групами не пораховано для показника щодо розкриття статусу через малі розміри груп.

Зміна рівня знань

Рівень знань про шляхи інфікування і способи запобігання інфікуванню ВІЛ становив близько 6 із 10 можливих пунктів серед учасників груп втручання та контролю «Школи пацієнта» і близько 6,5 пункта – у відповідних групах Інтегрованого втручання. За час спостереження середня кількість правильних відповідей зростає приблизно на 0,5 пункта в групах «Школи пацієнта» і на 0,2 пункта або не змінилася – у групах Інтегровано-

го втручання. Статистично значущих різниць між групами не було.

Самооцінка учасниками рівня знань щодо прийому АРТ виросла в середньому з 36–38 балів (за шкалою від 10 до 50) до 41–45 під час 12-місячного зрізу. Учасники групи втручання «Школи пацієнта» під час 12-місячного зрізу оцінювали свої знання на 4 пункти статистично значущо вище, ніж учасники відповідної групи контролю (див. Рис. 9, Табл. 18).

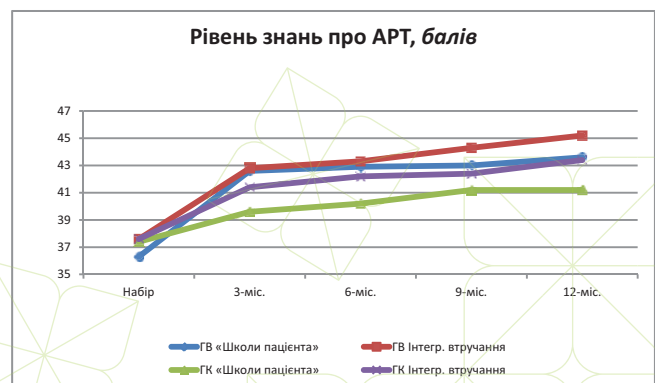
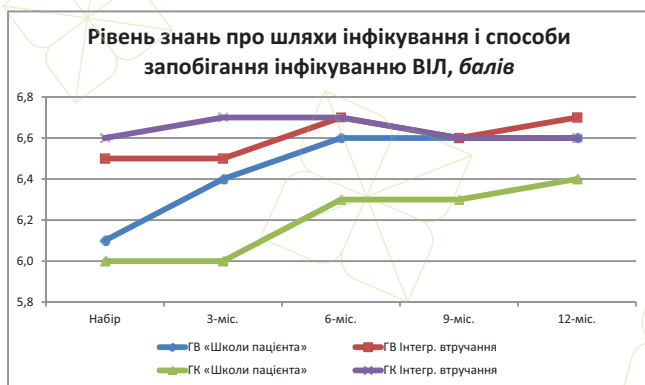


Рисунок 9. Зміна рівня знань учасників про шляхи передачі ВІЛ і про АРТ, за зрізами та групами, балів

Таблиця 18. Зміна рівня знань учасників про шляхи передачі ВІЛ і про АРТ, за зрізами та групами, балів

Група	Набір	Зрізи				Значущість тренду
		3-міс.	6-міс.	9-міс.	12-міс.	
Знання про шляхи передачі ВІЛ						
ГВ «Школи пацієнта»	6,1	6,4	6,6	6,6	6,6	p<0,001
ГК «Школи пацієнта»	6,0	6,0	6,3	6,3	6,4	p<0,01

Група	Набір	Зрізи				Значущість тренду
		3-міс.	6-міс.	9-міс.	12-міс.	
Значущість різниці	ns	p<0,05	p<0,05	p<0,01	ns	
ГВ Интегр. втручання	6,5	6,5	6,7	6,6	6,7	p<0,01
ГК Интегр. втручання	6,6	6,7	6,7	6,6	6,6	ns
Значущість різниці	ns	p<0,05	ns	ns	ns	
Значущість різниці між ГВ «Школи пацієнта» та Интегр. втручання	p<0,001	ns	p<0,05	ns	ns	
Знання про АРТ						
ГВ «Школи пацієнта»	36	43	43	43	44	p<0,001
ГК «Школи пацієнта»	37	40	40	41	41	p<0,01
Значущість різниці	ns	p<0,001	p<0,001	p<0,01	p<0,01	
ГВ Интегр. втручання	38	43	43	44	45	p<0,001
ГК Интегр. втручання	38	41	42	42	43	p<0,001
Значущість різниці	ns	p<0,1	p<0,1	ns	ns	
Значущість різниці між ГВ «Школи пацієнта» та Интегр. втручання	ns	ns	ns	p<0,1	p<0,1	

ns = non-significant (різниця статистично незначуща); ГВ = група втручання; ГК = група контролю.

Диспансеризація

- Активна диспансерна група

Ми вважали активною диспансерною групою ЛЖВ-учасників дослідження, які:

- відвідують інфекціоніста раз на три місяці (або частіше);
- проходять обстеження рівня CD4 раз на три місяці (або частіше);
- проходять обстеження рівня вірусного навантаження раз на шість місяців (або частіше);
- проходять скринінг на туберкульоз (ТБ) хоча б раз на рік;
- відвідують фтизіатра хоча б раз на рік.

Під час набору частка учасників, які відповідали всім п'яти умовам, становила 36% у групах втручання та контролю «Школи пацієнта» і 33% та 32% – в групах втручання та контролю Інтегрованого втручання відповідно. На 12-місячному зрізі ця частка змінилася порівняно з набором на 1-2% у всіх групах і склала відповідно 34% та 37% у групах втручання та контролю «Школи пацієнта», 31% і 30% – у групах втручання та контролю Інтегрованого втручання. Проте під час 6-місячного

зрізу частка ЛЖВ, які належали до активної диспансерної групи, зросла до 40% у групі контролю «Школи пацієнта», 38% – у групі втручання Інтегрованого втручання, 48% – у групі контролю Інтегрованого втручання і не змінилася у групі втручання «Школи пацієнта».

Ми не спостерегли зміни в розмірі активної диспансерної групи, напевно, через об'єктивну неможливість проходити обстеження рівнів вірусного навантаження та CD4: у той період, коли відбувалося дослідження, проходити ці обстеження з необхідною частотою було можливим не завжди і не у всіх регіонах через брак реагентів.

Зростання на 6-місячному зрізі, ймовірно, можна пояснити місцевим досвідом ведення ЛЖВ або їхніх підгруп (жінок з малими дітьми), тому його складно трактувати в рамках цього дослідження. Зокрема, зростання на 6-місячному зрізі частки жінок з групи контролю Інтегрованого втручання, які належать до активної диспансерної групи, відбулося за рахунок зростання відвідування фтизіатра (з 73% до 90%) та проходження скринінгу на ТБ (з 84% до 98%). Мабуть, у цей період всіх ВІЛ-позитивних жінок у регіонах дослідження запрошували проходити таке обстеження (див. Рис. 10А).

Частка ЛЖВ, які належали до активної диспансерної групи, за зрізами та групами, %

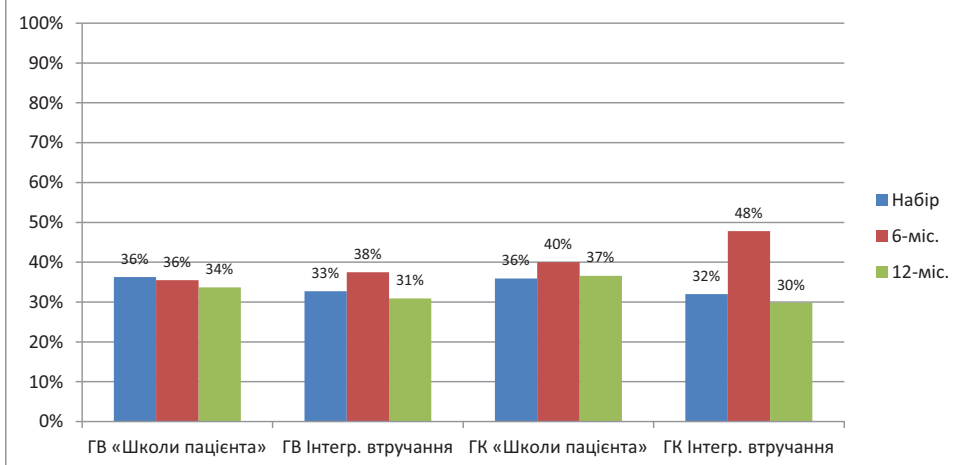


Рисунок 10А. Частка ЛЖВ, які належали до активної диспансерної групи, за зрізами та групами, %

• Зміна окремих компонентів активної диспансеризації

Під час набору в дослідження найнижчий показник серед усіх груп мало регулярне проходження обстеження рівня CD4 (56% у всіх групах), і найвищий – регулярне проходження скринінгу на ТБ (93% у всіх групах). Серед усіх учасників дослідження проходили обстеження рівня вірусного навантаження та відвідували інфекціоніста і фтизіатра з необхідною частотою три чверті всіх ЛЖВ (75%, 71% і 70% відповідно).

За час проведення дослідження найбільше змінилася частка учасників, які відвідували інфекціоніста раз на квартал або частіше. Вона зросла на 15% і 10% відповідно на 6- і 12-місячному зрізах серед усіх груп. Частка осіб, які регулярно проходили обстеження рівня CD4, не змінилася на 6-місячному зрізі і впала до 46% на 12-місячному зрізі серед усіх учасників, що підтверджує гіпотезу про брак реагентів для проходження цих обстежень. Решта показників змінилася в середньому на 5%.

При цьому регулярне відвідання інфекціоніста було вищим в обох групах «Школи пацієнта», ніж у групах Інтегрованого втручання, і в групах втручання вищим, ніж у групах контролю. Так, у групах втручання та контролю «Школи пацієнта» відвідання інфекціоніста раз на три місяці і частіше зросло з 78% і 76% під час набору до 90 і 93% на 6-місячному зрізі та 87% і 91% – на 12-місячному зрізі відповідно. В обох групах Інтегрованого втручання відповідна частка жінок становила 69% і 63% на момент залучення до дослідження, 84% і 79% – під час 6-місячного зрізу та 80% і 64% – під час 12-місячного зрізу.

Частка учасників дослідження, які проходили обстеження рівня вірусного навантаження принаймні раз на півроку, зростала у групах втручання та контролю «Школи пацієнта» і становила 72%, 79% та 82% у групі втручання «Школи пацієнта» і 73%, 77% та 80% – у групі контролю «Школи пацієнта» під час набору, 6- і 12-місячного зрізів відповідно, проте не відрізнялася між цими двома групами. Частка жінок з груп втручання та контролю Інтегрованого втручання, які з необхідною частотою проходили обстеження рівня вірусного навантаження, також зростала і відрізнялася на всіх зрізах: вона становила 80%, 89% і 83% у групі втручання та 73%, 79% і 77% – у групі контролю цього втручання під час набору, на 6- і 12-місячному зрізах відповідно.

Частка учасників, які проходили скринінг на ТБ хоча б раз на рік, склала майже 100% на 6- і 12-місячному зрізах (див. Рис. 10Б).

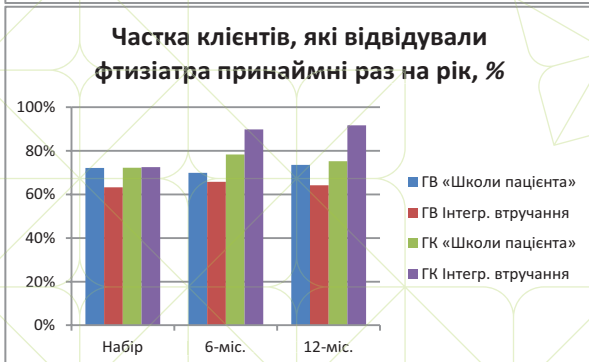
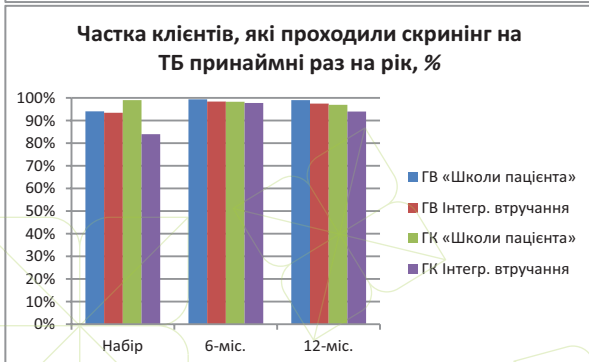
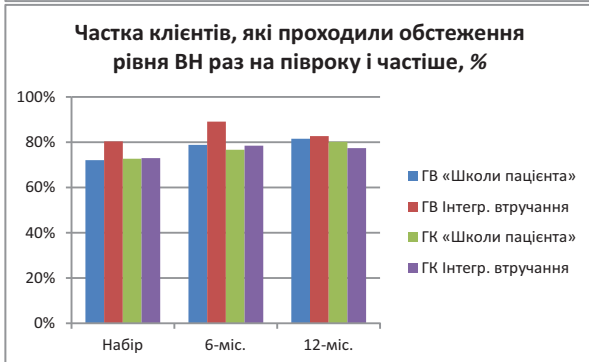
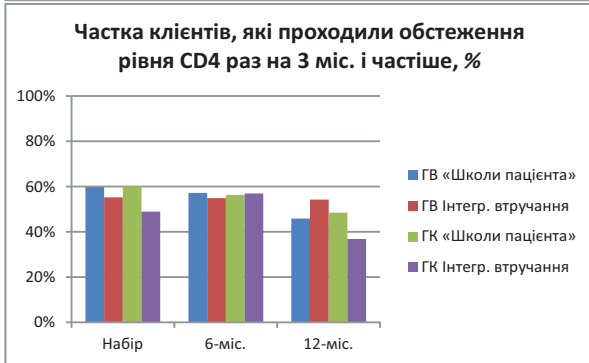
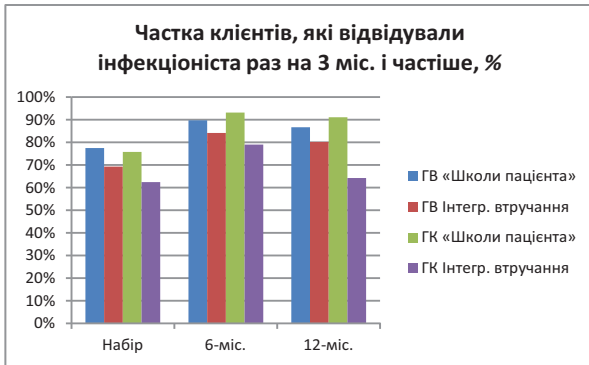


Рисунок 10Б. Частота відвідань профільних спеціалістів та проходження моніторингових обстежень, за зрізами та групами, %

За 12-місячний період спостереження найбільше покращилася регулярність відвідання учасниками інфекціоніста. Частка учасників дослідження, які відвідували інфекціоніста раз на три місяці і частіше, в середньому зросла з 71% під час набору в дослідження до 86% і 81% під час 6- і 12-місячного зрізів. Ця частка була вищою серед учасників «Школи пацієнта» порівняно з учасниками Інтегрованого втручання на всіх зрізах, а також вищою в групах втручання, ніж у групах контролю.

Частка осіб, які регулярно проходили обстеження рівня CD4 (раз на три місяці) не змінилася або зменшилася у зв'язку з браком реагентів у регіонах. Частка осіб, які проходили обстеження рівня вірусного навантаження раз на півроку або частіше, зросла у всіх групах, при цьому серед учасників «Школи пацієнта» більше, ніж серед учасниць Інтегрованого втручання. Між часткою учасниць обох груп Інтегрованого втручання, які з необхідною частотою проходили це обстеження, була велика різниця на всіх зрізах, на відміну від учасників обох груп «Школи пацієнта».

Частка осіб, які раз на рік відвідують фтизіатра, зросла з 93% до 97–99% (див. Табл. 19).

Таблиця 19. Частота відвідання профільних спеціалістів та проходження моніторингових обстежень, за зрізами та групами, %

	Група втручання «Школи пацієнта»		Група контролю «Школи пацієнта»		Група втручання Інтегрованого втручання		Група контролю Інтегрованого втручання					
	Набір	6-міс.	12-міс.	Набір	6-міс.	12-міс.	Набір	6-міс.	12-міс.			
Частка учасників, які належали до активної диспансерної групи	36%	36%	34%	36%	40%	37%	33%	38%	31%	32%	48%	30%
Частота проходження обстеження рівня CD4												
Раз на місяць	3,4%	-	-	1,5%	-	-	2,5%	-	-	6,5%	-	-
Раз на квартал	56,4%	57,2%	45,9%	58,6%	56,3%	48,5%	52,8%	54,9%	54,3%	42,5%	57,0%	36,9%
Раз на півроку	29,4%	38,0%	45,9%	28,8%	36,9%	40,6%	34,7%	43,5%	42,0%	32,5%	32,3%	51,2%
Раз на рік	5,4%	3,6%	7,1%	9,6%	6,3%	9,9%	7,0%	1,6%	3,7%	9,0%	8,6%	9,5%
Лише раз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Не проходив(ла) жодного разу	5,4%	1,2%	1,0%	1,5%	0,6%	1,0%	3,0%	-	-	9,5%	1,1%	1,2%
Інше	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1%	1,2%
Частота проходження обстеження рівня вірусного навантаження												
Раз на місяць	2,5%	-	-	3,0%	-	-	4,0%	-	-	5,5%	-	-
Раз на квартал	36,8%	33,1%	31,6%	37,4%	31,3%	32,7%	36,2%	34,8%	30,9%	31,0%	36,6%	23,8%
Раз на півроку	32,8%	45,8%	50,0%	32,3%	45,5%	47,5%	40,2%	54,3%	51,9%	36,5%	41,9%	53,6%
Раз на рік	12,3%	13,9%	13,3%	15,7%	16,5%	15,8%	11,1%	8,2%	16,0%	15,0%	18,8%	19,0%
Лише раз	2,9%	-	-	2,0%	-	-	0,5%	-	-	0,5%	-	-
Не проходив(ла) жодного разу	12,7%	6,0%	5,1%	9,6%	5,7%	3,0%	8,0%	2,7%	1,2%	11,5%	1,6%	2,4%
Інше	-	-	-	-	1,1%	1,0%	-	-	-	-	1,1%	1,2%
Частота відвідання інфекціоніста												
Раз на місяць	18,1%	20,5%	18,4%	17,7%	21,0%	14,9%	16,1%	15,8%	14,8%	3,5%	2,2%	1,2%

	Група втручання «Школи пацієнта»			Група контролю «Школи пацієнта»			Група втручання Інтегрованого втручання			Група контролю Інтегрованого втручання		
Раз на квартал	59,3%	69,3%	68,4%	58,1%	72,2%	76,2%	53,3%	68,5%	65,4%	59,0%	76,9%	63,1%
Раз на півроку	6,9%	6,0%	7,1%	10,1%	4,0%	5,0%	12,1%	8,7%	6,2%	17,0%	16,7%	23,8%
Раз на рік	5,9%	3,0%	4,1%	5,1%	1,7%	3,0%	8,5%	3,3%	8,6%	9,0%	3,8%	10,7%
Лише раз	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Не проходив(ла) жодного разу	9,8%	1,2%	2,0%	9,1%	1,1%	1,0%	10,1%	3,8%	4,9%	11,5%	0,5%	1,2%
Інше	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Частота скринінгу на ТБ												
Раз на місяць	5,4%	3,0%	-	1,7%	2,8%	-	1,6%	-	-	2,2%	0,5%	-
Раз на квартал	5,4%	5,4%	5,1%	2,0%	4,0%	5,9%	-	1,6%	4,9%	1,0%	0,5%	2,4%
Раз на півроку	37,7%	51,8%	41,8%	7,1%	48,9%	52,5%	2,0%	35,9%	29,6%	1,5%	5,9%	8,3%
Раз на рік	45,6%	39,2%	52,0%	42,9%	42,6%	38,6%	26,1%	60,9%	63,0%	9,5%	90,9%	83,3%
Лише раз	-	-	-	47,0%	-	-	65,3%	-	-	72,0%	-	-
Не проходив(ла) жодного разу	5,9%	0,6%	1,0%	0,5%	-	3,0%	1,5%	-	2,5%	-	-	6,0%
Інше	-	-	-	0,5%	-	-	5,0%	-	-	16,0%	-	-
Частота відвідання фізіотера												
Раз на місяць	6,4%	3,6%	-	3,0%	4,6%	-	1,5%	-	-	2,5%	1,1%	-
Раз на квартал	19,1%	15,7%	14,3%	19,2%	13,7%	12,9%	16,1%	13,0%	13,6%	11,5%	5,4%	4,8%
Раз на півроку	19,1%	23,5%	19,4%	24,7%	24,6%	23,8%	20,1%	22,8%	14,8%	8,5%	4,3%	8,3%
Раз на рік	27,5%	27,1%	39,8%	25,3%	35,4%	38,6%	25,6%	29,9%	35,8%	50,0%	79,0%	78,6%
Лише раз	0,5%	-	-	0,5%	-	-	0,5%	-	-	-	-	-
Не проходив(ла) жодного разу	27,5%	30,1%	26,5%	27,3%	21,7%	24,8%	36,2%	34,2%	35,8%	27,5%	10,2%	7,1%
Інше	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2%

Жирним шрифтом виділено рекомендовану частоту проходження обстежень і консультацій профільних спеціалістів.

Зміна рівня активів

На момент залучення до дослідження учасниці групи контролю Інтегрованого втручання мали кращі стосунки з членами родини (51% у групі контролю мав дуже хороші стосунки порівняно з 25,8% у групі втручання). Більшій частці жінок з групи контролю члени родини допомагали жити з їхнім ВІЛ-статусом (37,0% проти 26,3% відповідно). Більша частка жінок з групи контролю самостійно приймала рішення щодо витрачання коштів (81,5% проти 68,8%).

За час проведення дослідження у жінок з групи контролю покращилися стосунки з родиною. Частка жінок, які сказали, що родина їм допомагає жити з ВІЛ, збільшилася з 37% на момент залучення до дослідження до 47% під 6- і 12-місячного зрізів. Решта показників не змінилася (див. Рис. 11, Табл. 20).

Отримані цифри свідчать про те, що жінки з групи контролю «успішніші» в житті за жінок з групи втручання, тому явища, які відбувалися з жінками з групи втручання, можуть бути не настільки помітними на тлі такої групи порівняння.

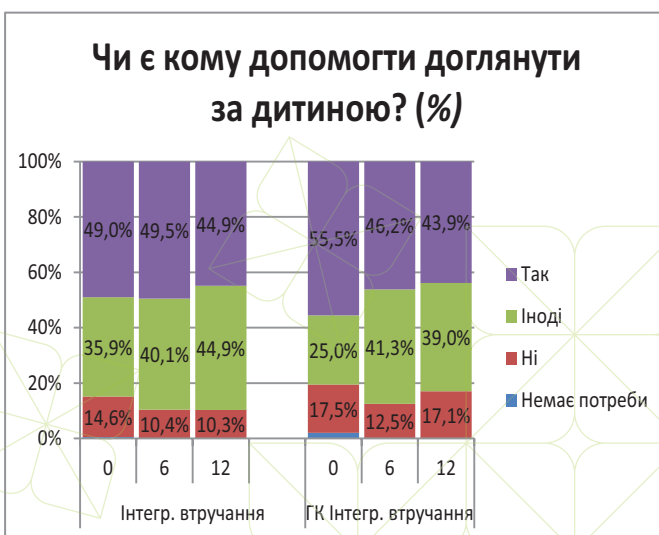
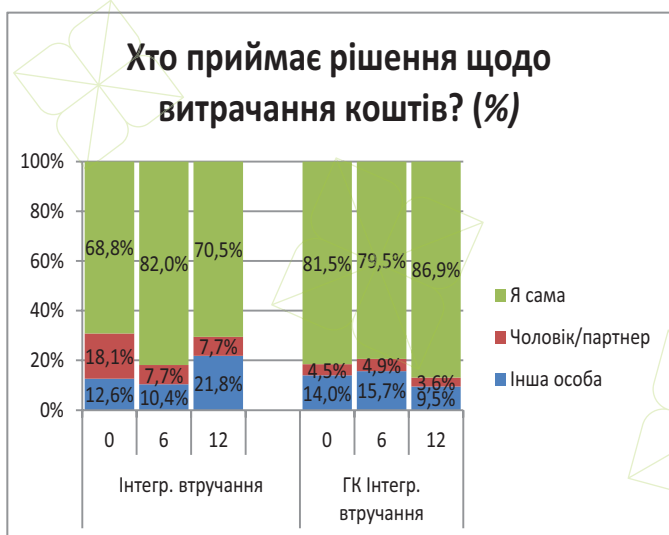
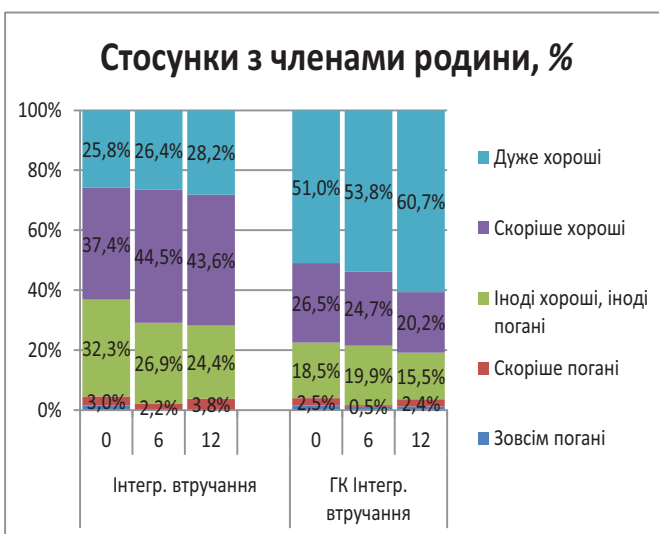


Рисунок 11. Зміна рівня деяких активів учасниць груп втручання та контролю Інтегрованого втручання, %

Таблиця 20. Зміна рівня деяких активів учасниць груп втручання та контролю Інтегрованого втручання, за зрізами, %

	Група втручання Інтегрованого втручання			Група контролю Інтегрованого втручання		
	Набір	6-міс.	12-міс.	Набір	6-міс.	12-міс.
Які у Вас стосунки з членами родини?						
Дуже хороші	25,8%	26,4%	28,2%	51,0%	53,8%	60,7%
Скоріше хороші	37,4%	44,5%	43,6%	26,5%	24,7%	20,2%
Іноді хороші, іноді погані	32,3%	26,9%	24,4%	18,5%	19,9%	15,5%
Скоріше погані	3,0%	2,2%	3,8%	2,5%	0,5%	2,4%
Зовсім погані	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%	1,1%	1,2%
Як Ваші рідні ставляться до того, що Ви маєте ВІЛ?						
Допомагають	26,3%	23,6%	25,6%	37,0%	47,3%	47,6%
Співчують	16,2%	23,1%	17,9%	13,0%	9,1%	13,1%
Не звертають уваги	21,7%	20,9%	25,6%	11,0%	13,4%	14,3%
Не знають	33,8%	31,3%	30,8%	32,5%	24,7%	21,4%
Важко відповісти	2,0%	1,1%	0,0%	6,5%	5,4%	3,6%
Чи є кому допомогти доглянути за дитиною?						
Так	49,0%	49,5%	44,9%	55,5%	46,2%	43,9%
Іноді	35,9%	40,1%	44,9%	25,0%	41,3%	39,0%
Ні	14,6%	10,4%	10,3%	17,5%	12,5%	17,1%
Немає потреби	0,5%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%
Хто приймає рішення щодо витрачання коштів?						
Я сама	68,8%	82,0%	70,5%	81,5%	79,5%	86,9%
Чоловік/партнер	18,1%	7,7%	7,7%	4,5%	4,9%	3,6%
Інша особа	12,6%	10,4%	21,8%	14,0%	15,7%	9,5%

● **Переваги Інтегрованого втручання**

Під час проведення фокус-групових дискусій ми ставили учасницям Інтегрованого втручання запитання про те, яким чином змінилося б їхнє життя, якби вони брали участь тільки у «Школі пацієнта», і всі учасниці оцінили такий варіант негативно, оскільки вважають, що обидва втручання корисні кожне по-своєму і неможливі одне без одного, бо, взяті окремо, вони не мають такого значного впливу на ВІЛ-позитивну людину. Головним порівнянням та визначенням впливу й важливості втручань було те, що, на думку учасниць, «Школа пацієнта» – це втручання «для здоров'я тіла», а «Майстерня можливостей» – для «здоров'я душі»:

«Они не должны идти отдельно. Они дополняют друг друга» (ГВ Інтегрованого втручання, Полтава).

«Это минус огромный. Это не так было бы. И толку, что ты пьешь таблетки. Проживешь чуть больше, но в таком же самом «под плитусом лаязя дома у себя» (ГВ Інтегрованого втручання, Черкаси).

«Школа пациента» – это старт ко всему остальному своеобразный. Это было как фундамент, а всё остальное построено. Если бы этого фундамента не было, не было бы остального» (ГВ Інтегрованого втручання, Черкаси).

«Майстерня можливостей» мала такі переваги:

- Додала учасницям впевненості в собі та своїх силах, підвищила їхню самооцінку:

«Не было бы такой уверенности в себе... Самооценка повысилась однозначно» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

«"Мастерская возможностей", она дала уверенность в завтрашнем дне, уверенность в своих силах, что я могу» (ГВ Интегрованого втручання, Черкаси).

- Допомогла вийти з депресії:

«Если бы я не прошла «Мастерскую возможностей», я бы сейчас была, как бешеная собака: сидела бы на антидепрессантах, бросалась бы на всех. Я знаю о статусе все, как «Отче наш», ничего нового. Я просто приходила. Для меня это психологическая разгрузка. Я могла человеку рассказать то, что никому не могу рассказать ни про мужа, ни про детей, как мы и что мы. А «Мастерская» – только вперед» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

«Ну вот лично я, мне кажется, мне было бы сложно, именно психологически, морально. Вот если бы я не прошла в паре, я бы, наверное, не вышла из депрессии, и я бы, вот 90% говорю – не начала бы пить терапию» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

- Допомогла знайти свій шлях, опанувати нову професію, зайнятися улюбленою справою:

«Я начала заниматься тем, чем никогда бы не подумала, что я буду этим заниматься» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

«Я бы не занималась любимым делом. Я же сказала. А тут люди профессии обретают, мечты сбываются у некоторых» (ГВ Интегрованого втручання, Черкаси).

- Сприяла більшій відкритості учасниць:

«И замкнутость. Наверное, не настолько открылся бы ты (без «Майстерні можливостей»)» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

«Открыться бы так, конечно, не получилось, если бы была только "Школа пациента"» (ГВ Интегрованого втручання, Черкаси).

- Сприяла встановленню цілей та їх досягненню, а також підвищенню активності:

«Хочется действовать. Раньше боялась, стеснялась, думала: «Да зачем оно

надо! Всё равно тут уже пора, недолго осталось. Нужно привыкать к земле». А сейчас понимаешь, что не так страшен зверь, как его малюют. Его можно контролировать. И что, по большому счёту, всё в наших руках. А виноват ВИЧ, ещё что-то – это всё отмазки, когда не хочется действовать. А хочется реально действовать» (ГВ Интегрованого втручання, Черкаси).

- Сприяла розвиткові особистості та професійних якостей:

«(Без «Майстерні можливостей») меньше информации, развития, продвижения какого-то» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

«Знаете, я вспомнила, что когда я еще не родила вторую дочь, моя мама предлагала мне закончить какие-нибудь курсы. Потому что я тоже закончила курсы в рамках этого проекта. Но я боялась именно своего статуса. Сейчас я вспомнила в разговоре, что я боялась: а вдруг я где-то кого-то чикну. Я побоялась пойти на эти курсы. А потом в рамках этого проекта я закончила курсы маникюра, но я больше шла на педикюр: педикюр, аппаратный педикюр. И у меня эти страхи совершенно ушли именно в рамках этого проекта. Я тоже закончила и тоже работаю дома. Не боюсь никого чикнуть» (ГВ Интегрованого втручання, Чернігів).

- Допомогла знайти нових друзів та отримати можливість спілкування «рівний–рівному»:

«В «Школе» ты ходишь просто на занятия, препараты получаешь. Ни с кем не общаешься. Ты не знаешь других людей. А тут, получается, начинаешь общаться... Ты туда влетел и быстро оттуда вылетел... Себя намного лучше чувствуешь. Потому что знаешь, что есть такие вроде бы, как ты. И можно пообщаться, поделиться своими проблемами» (ГВ Интегрованого втручання, Полтава).

- Навчила інакше дивитися на конфліктні ситуації та вирішувати конфлікти:

«Лично для меня, хочу сказать, что это умение сглаживать конфликты. У нас был один очень интересный урок, «Айсберг» назывался конфликт. Я вообще по себе человек очень обидчивый, обижусь и уйду. Никогда никому не прощала раньше ничего. Теперь я поняла, что нужно вообще как-то совершенно по-другому.

У меня после этого занятия наладилось общение с тремя близкими для меня людьми, с которыми я уже не общалась (с одним – около двух, с другим – три года). Вот так вот очень давно. Я сама позвонила, наладила общение с дорогими мне и близкими людьми» (ГВ Интегрованного втручання, Черкаси).

- Сприяла побудові кращих стосунків у родині, з членами сім'ї, допомогла відкрити свій ВІЛ-статус близьким людям:

«И плюс перемены же начались у любой из нас. В семьях. Все началось с перемены тут. Да, в первую очередь. И только потом – все остальное: у кого-то наладились отношения с ребенком переходного возраста, у кого-то – в семье. Я, например, смогла открыться своей сестре про свой статус. Хотя раньше чтобы я ей такое сказала – о Боже» (ГВ Интегрованного втручання, Полтава).

- Новий погляд на себе, на життя:

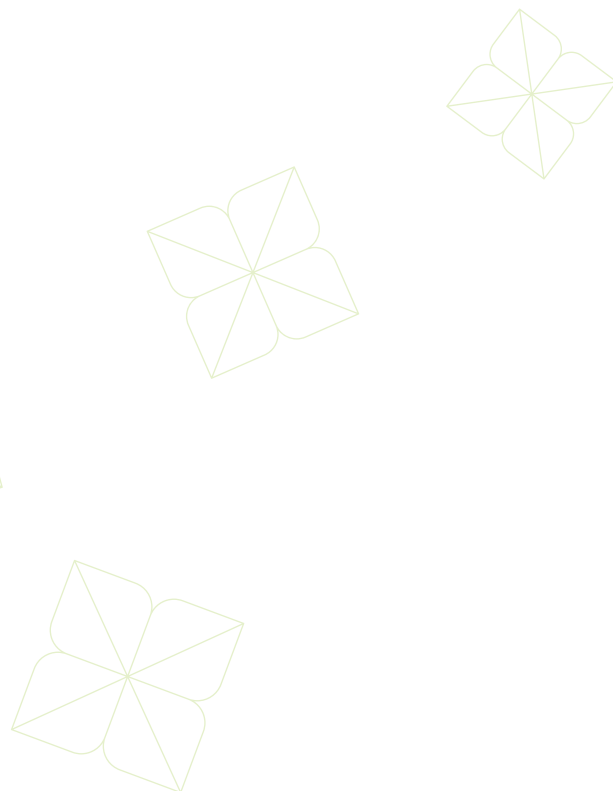
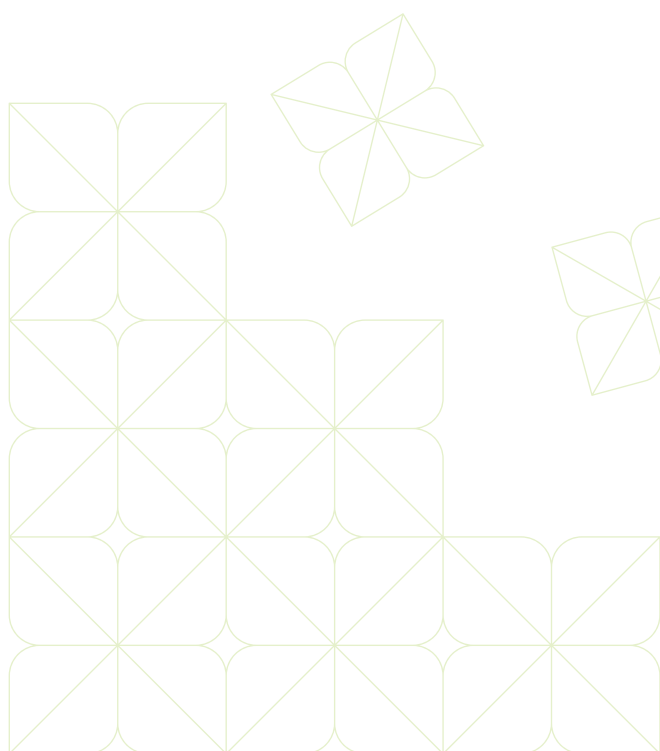
«Можно научиться пить таблетки правильно, и при этом пить и понимать, что скоро где-то там потихоньку ты идёшь к какому-то концу, завершению. Вот как многие из нас делали: пили просто, чтобы жить. Нам надо жить, у нас дети. Хоть сколько успеть там их

вырастить, кого-то в школе выучить, кого-то ещё что-то. А когда мы прошли эти занятия по «Мастерской возможностей», у нас просто, как говорится, пришло такое вдохновение, что мы можем дальше жить радостно, счастливо, растить своих детей, что ещё о-го-го – горы можно свернуть» (ГВ Интегрованного втручання, Черкаси).

«Потому что действительно дали возможность посмотреть на свою жизнь совсем по-другому, со стороны и изнутри. Для меня это было как откровение» (ГВ Интегрованного втручання, Черкаси).

Якщо резюмувати, то саме за допомогою Інтегрованого втручання, на думку самих учасниць, змінилася якість їхнього життя:

«Тут, получается, ключевые слова – это качество жизни всё-таки. И там, и в «Мастерской возможностей», и в «Школе пациентов». Везде получается качество жизни. Потому что там без таблеток ни качества, ни жизни, никак не качество, а там без общения, без моральной поддержки, материальной поддержки – без всего этого хуже, никак тоже не качество. Всё сходится к качеству жизни нашей» (ГВ Интегрованного втручання, Черкаси).



ВИСНОВКИ

1. Рівні утримання в дослідженні були високими і склали понад 84% на всіх зрізах.
2. Обидва втручання було впроваджено з достатніми рівнями сумлінності й точності. Показники дотримання стандартів проведення втручань склали 70% і вище для всіх компонентів.
3. Основною цінністю отриманих послуг учасники групи втручання «Школи пацієнта» назвали інформацію про ВІЛ та АРТ, учасники групи контролю цього втручання – інформацію та матеріальну допомогу від НУО, учасниці групи втручання Інтегрованого втручання – інформацію та можливість саморозвитку, учасниці групи контролю цього втручання – психологічну допомогу та спілкування. Таблетницею не користувалися.
4. Об'єктивну прихильність до АРТ (зміну рівня вірусного навантаження) не вдалося виміряти через брак реагентів у регіонах протягом періоду дослідження.
5. Учасники груп втручання мали вищі показники суб'єктивної прихильності до АРТ порівняно з учасниками відповідних груп контролю (після врахування впливу всіх інших факторів). У групах «Школи пацієнта» ці різниці були незначущими через змішування груп, які формувалися на одному сайті, і, відповідно, – через співвідношення розміру ефекту з розміром вибірки.
6. Учасники групи втручання «Школи пацієнта» мали статистично значущо вищі показники якості життя на всіх зрізах порівняно з учасниками групи контролю цього втручання. Учасниці групи контролю Інтегрованого втручання навіть під час набору мали статистично значущо вищі показники загальної самоефективності після врахування решти факторів. Це пов'язано з тим, що групи втручання та контролю Інтегрованого втручання набирали на різних сайтах не випадковим чином, і учасниці групи контролю вже на самому початку виявилися значно благополучнішими, ніж учасниці групи втручання (менше часу жили з ВІЛ, не мали досвіду вживання ін'єкційних наркотиків, мали дуже хороші стосунки з членами родини тощо).
7. Учасники дослідження стали регулярно відвідувати інфекціоніста і проходити скринінг на ТБ. Дотримання частоти обстежень рівнів вірусного навантаження та CD4 не вдалося оцінити через брак реагентів у регіонах.
8. Додаткову цінність Інтегрованого втручання порівняно зі «Школою пацієнта» не вдалося виміряти кількісно з низки причин: змішування груп через їх перебування на одному сайті, різні цільові аудиторії втручань, не валідизовані в Україні інструменти для вимірювання якості життя та самоефективності. Результати якісних інтерв'ю свідчать про значну цінність компонента «Майстерня можливостей» для ЛЖВ.
9. Одним з обмежень дослідження є те, що через брак нових курсів АРТ в регіонах втручанням було охоплено переважно учасників, не прихильних до АРТ, а не нових, тому ефекти втручань, визначені в цьому дослідженні, можуть бути недооціненими.
10. Значною перевагою цього дослідження в порівнянні з іншими є вимірювання ефектів втручань у довготерміновій перспективі (через півроку після завершення участі в них). Поведінка учасників відрізнялася одразу після завершення участі у втручаннях і з часом.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Втручання «Школа пацієнта» та інтегроване з ним втручання «Майстерня можливостей» можна рекомендувати для впровадження.

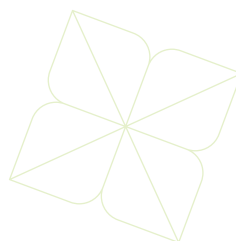
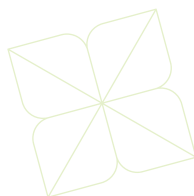
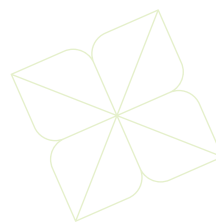
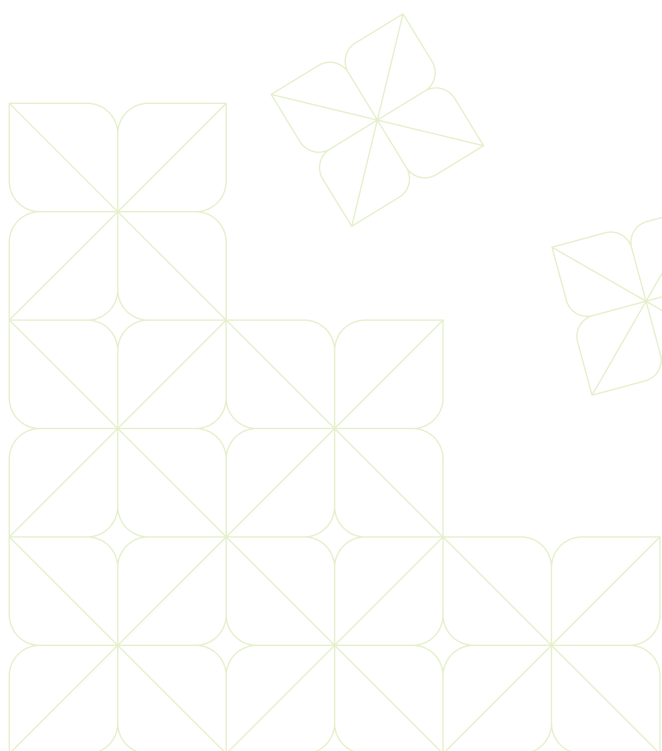
Участь у всіх індивідуальних сесіях втручання «Школа пацієнта» для формування позитивної прихильності впродовж 6 місяців може бути ускладненою для тих ЛЖВ, які працюють повний день або з інших обставин не можуть узяти участь у всіх сесіях (далекі відстані, складне транспортне сполучення, догляд за малолітніми дітьми тощо), тому рекомендується частину сесій модифікувати для проведення через Skype або з використанням інших програм/аплікацій. Такий підхід дозволить клієнтові зекономити час, який він витрачає на дорогу, і, отже, не покинути втручання тільки через неможливість дістатися до місця проведення консультацій. При цьому перші дві та остання сесії повинні проводитися тільки у форматі особистих зустрічей.

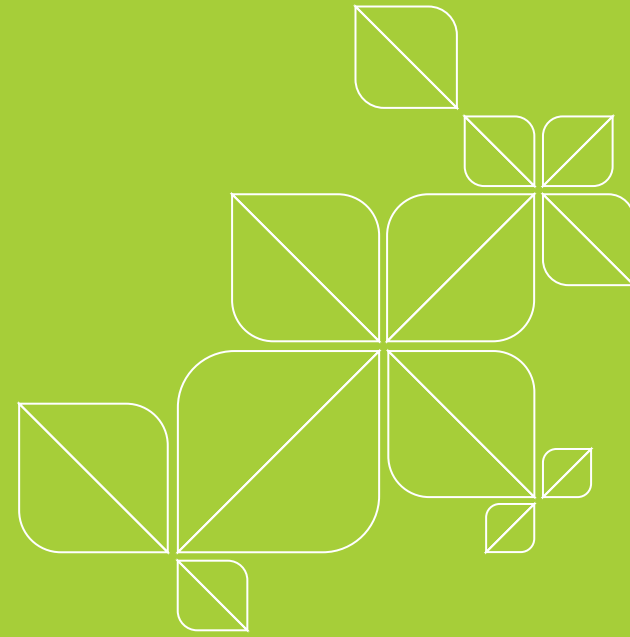
Зважаючи на цінність і результативність інтегрованого втручання «Майстерня можливостей» для жінок з малими дітьми у складних життєвих обставинах, можна рекомендувати розширити аудиторію цього втручання, з тим щоб залучати до нього всіх жінок у складних життєвих обставинах.

Для формування навичок нової поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, втручання «Школа пацієнта» практикує заохочення, і серед таких заохочень рекомендується пропонувати клієнтам можливість проведення безоплатних обстежень супутніх хвороб для призначення АРТ.

Оскільки компетентність соціальних працівників та забезпечення конфіденційності є критично важливими для впровадження втручання, рекомендовано під час його подальшого поширення мати персонал, який пройшов відповідну підготовку, та окреме приміщення для проведення сесій.

Ефекти втручань було перевірено переважно на ЛЖВ, які мали досвід переривання АРТ, а наївні пацієнти майже не ввійшли до інтервенції через відсутність схем лікування для нових ЛЖВ. Тому для проведення оцінки ефекту втручання «Школа пацієнта» рекомендовано провести дослідження тільки для наївних ЛЖВ і не раніше ніж через рік після впровадження цього втручання у рутинну роботу з ними.





Ця публікація стала можливою завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). Зміст не обов'язково відображає погляди USAID або Уряду США.

Видано в рамках Проекту USAID RESPOND. Проект впроваджується міжнародною організацією Пакт у партнерстві з FHI 360 за фінансової підтримки Надзвичайного плану Президента США з надання допомоги у боротьбі зі СНІДом (PEPFAR).