

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ**  
**КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА**

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**Метелюк Анна Сергіївна**

УДК 364:[616.98:578.828ВІЛ]:616-084

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**Соціальна профілактика ВІЛ  
засобами замісної підтримувальної терапії**

Спеціальність — 231 Соціальна робота

Галузь знань — 23 Соціальна робота

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ / А. С. Метелюк /

Науковий керівник: Лютий Вадим Петрович, кандидат педагогічних наук, доцент

Київ — 2024

## АНОТАЦІЯ

**Метелюк А. С. Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії. — Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 231 Соціальна робота. — Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, Київ, 2024.

Дисертація є комплексним дослідженням актуальної проблеми соціальної профілактики ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВІН), що знайшло відображення в теоретичному обґрунтуванні й експериментальній перевірці ролі доступу до ЗПТ в каскаді ВІЛ-послуг та якості життя споживачів ін'єкційних наркотиків.

*Метою* дисертаційного дослідження було на основі аналізу теоретичних засад, українського та міжнародного досвіду визначити та експериментально перевірити умови ефективності профілактики ВІЛ засобами ЗПТ серед осіб, які вживають ін'єкційні наркотики. Під час опрацювання науково-методичних джерел з'ясовано чинники ризику інфікування ВІЛ ЛВІН та їхню роль у поширенні епідемії ВІЛ в Україні й світі; розкрито теоретичні засади та проаналізовано досвід профілактики ВІЛ серед ЛВІН; шляхом аналізу світового та вітчизняного досвіду розкрито зміст та профілактичні можливості програм ЗПТ; обґрунтовано умови та критерії ефективності соціальної профілактики ВІЛ засобами ЗПТ; за допомогою аналізу процесу добору та участі ЛВІН у програмах ЗПТ в Україні та її впливу на учасників експериментально перевірено умови ефективності соціальної профілактики ВІЛ засобами ЗПТ.

**Наукова новизна та теоретичне значення** дослідження полягає в тому, що: вперше визначено поняття «соціальна профілактика ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН)» як комплекс заходів, спрямованих на попередження, обмеження та зупинення передачі ВІЛ парентеральним та статевим шляхами між представниками цієї групи та між ними та іншими людьми, що

реалізується за допомогою надання ЛВІН соціальних та медичних послуг і застосування інструментів соціального супроводу; «соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії (ЗПТ)» як профілактичну (соціальну) послугу або профілактичне втручання для ЛВІН, комплекс заходів, спрямованих на попередження, обмеження та зупинення передачі ВІЛ у цій ключовій групі шляхом мотивації її представників вступати в програму ЗПТ, утримуватися в програмі ЗПТ, відмовлятися від ризикованої поведінки та надання їм допомоги в подоланні проблем і складних життєвих обставин; «умови ефективності ЗПТ» як вимоги до її побудови та організації впровадження, що забезпечують досягнення очікуваних результатів щодо профілактики ВІЛ серед ЛВІН; обґрунтовано умови ефективності соціальної профілактики ВІЛ засобами ЗПТ: перебування споживача ін'єкційних наркотиків у програмі ЗПТ понад 6 місяців; правильність призначеної дози препарату ЗПТ; безперервне й тривале лікування; доступність лікування у зв'язку з коморбідними станами; поєднання фармакологічного лікування із заходами соціального супроводу; розроблено критерії соціальної профілактики ВІЛ засобами ЗПТ; виявлено чинники, які сприяють, та бар'єри, які заважають набору людей ЛВІН, у програму ЗПТ; ідентифіковано бар'єри та фасилітуючі фактори щодо тестування на ВІЛ, офіційної реєстрації в центрі СНІДу та формування прихильності до лікування; уточнено зміст поняття «соціальна профілактика ВІЛ» як комплекс заходів, спрямованих на запобігання передачі ВІЛ, зниження його розповсюдження та мінімізацію соціальних та медичних наслідків для осіб, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ); можливості ЗПТ у соціальній профілактиці ВІЛ; подальшого розвитку набули систематизація чинників ризику інфікування ВІЛ ЛВІН та ідентифікація їхньої ролі у поширенні епідемії ВІЛ в Україні; концептуальні положення та зміст замісної підтримувальної терапії як засобу профілактики ВІЛ.

Шляхом аналізу науково-методичних джерел *систематизовано* чинники ризику інфікування ВІЛ ЛВІН та *ідентифіковано* їхню роль у поширенні епідемії ВІЛ в Україні. Отже, основним чинником розповсюдження ВІЛ серед ЛВІН є спільне використання інструментарію для ін'єкцій (шприців та/або голок), а також передача ВІЛ своїм статевим партнерам. *Виявлено*, що важливу роль відіграють

необізнаність щодо доступу до профілактики, тестування та лікування ВІЛ, розповсюджені міфи про ВІЛ-інфекцію та стигматизація осіб із позитивним ВІЛ-статусом з боку суспільства, соціальне виключення ЛЖВ, труднощі відносин, економічні проблеми, що призводять до надання сексуальних послуг за винагороду та інфікування ВІЛ статевим шляхом. Саме ці чинники зумовлюють швидке поширення ВІЛ серед цієї ключової групи як у світі, так і в Україні. Україна посідає перше місце в Європі за розповсюдженістю ВІЛ, а епідемія, попри чисельні міжнародні та національні програми, продовжує концентруватися переважно серед ЛВІН.

*Розглянуто* теоретичні засади та *проаналізовано* досвід профілактики ВІЛ серед ЛВІН в Україні та світі. *Визначено* соціальну профілактику ВІЛ серед ЛВІН як комплекс заходів, спрямованих на попередження, обмеження та зупинення передачі ВІЛ парентеральним та статевим шляхами між представниками цієї групи та між ними та іншими людьми, що реалізується за допомогою надання ЛВІН соціальних та медичних послуг і застосування інструментів соціального супроводу. Результати проведеної аналітичної роботи продемонстрували, що і в світі, і в Україні розроблено та імплементуються різні програми профілактики ВІЛ серед ЛВІН. Такі профілактичні програми у світі активно впроваджуються з 1980-х років та передбачають розповсюдження стерильного інструментарію для ін'єкцій, презервативів, організацію кімнат для безпечних ін'єкцій, надання безкоштовного швидкого тестування на ВІЛ, активну аутріч-роботу з представниками ЛВІН для залучення в програми зменшення шкоди щодо інфікування ВІЛ, а також мотиваційну роботу щодо тестування на ВІЛ та початку прийому антиретровірусної терапії (АРТ). Такі програми доступні в Україні з кінця 1990-х — початку 2000-х років. Проте ретельний аналіз наукової літератури показав, що одним із найпоширеніших засобів профілактики ВІЛ серед ЛВІН є ЗПТ.

*Визначено* соціальну профілактику ВІЛ засобами ЗПТ як профілактичну (соціальну) послугу або профілактичне втручання для ЛВІН, комплекс заходів, спрямованих на попередження, обмеження та зупинення передачі ВІЛ у цій ключовій групі шляхом мотивації її представників вступати в програму ЗПТ,

утримуватися в програмі ЗПТ, відмовлятися від ризикованої поведінки та надання їм допомоги в подоланні проблем і складних життєвих обставин. На основі аналізу світового та вітчизняного досвіду *розкрито* зміст та профілактичні можливості програм ЗПТ. Встановлено, що принцип роботи ЗПТ — надання спеціальних препаратів представникам ЛВІН, які блокують відповідні рецептори в головному мозку та запобігають тязі до наркотичної речовини. Людина, яка належним чином приймає ЗПТ, перестає вживати наркотики ін'єкційно, тобто припиняє практику ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ.

У процесі дисертаційного дослідження було *виявлено*, що важливу роль у наданні послуг ЗПТ для ЛВІН відіграє соціальний супровід. Соціальний супровід пацієнтів, які отримують ЗПТ, спрямований на: зменшення частоти або повну відмову від вживання «вуличних» наркотиків; розв'язання проблем, які виникли внаслідок зловживання наркотичними речовинами (юридичних, соціальних, сімейних та ін.); зменшення рівня ризикованої поведінки, зокрема, ризику інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами та іншими інфекціями, які передаються через кров та статевим шляхом; зниження вірогідності повернення до зловживання нелегальними наркотиками в майбутньому (тобто рецидиву); зменшення кримінальної активності; стабілізацію емоційного та психологічного стану пацієнта; формування прихильності до лікування у зв'язку із соматичними захворюваннями. Соціальний супровід розглядається як форма організації соціальної роботи отримувачами ЗПТ та здійснюється членами міждисциплінарної команди, в основний склад якої входять лікар, медична сестра та соціальний працівник. Отже, ЗПТ є комплексною послугою, що має ознаки медичної та соціальної, інтегрує засоби медикаментозного лікування та соціальної роботи з метою лікування наркозалежності, соціальної реабілітації ЛВІН та соціальної профілактики ВІЛ-інфекції. В контексті останньої ЗПТ може розглядатися саме як соціальна профілактична послуга, яка виконує завдання вторинної (запобігання інфікуванню ЛВІН) та третинної (запобігання інфікуванню партнерів ЛВІН та мінімізацію соціальних та медичних наслідків для ЛВІН, які живуть з ВІЛ).

Результати численних світових досліджень демонструють, що представники ЛВІН, які починають приймати ЗПТ, перестають вживати нелегальні психоактивні речовини (ПАР), починають дбати про стан власного здоров'я та ресоціалізуються в суспільстві — працевлаштовуються, налагоджують приватне життя та відносини з близькими, зменшується рівень кримінальної активності, формується соціальна відповідальність, спостерігається зменшення рівня стигматизації та практик ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ. Попри те, що у світі ЗПТ доступна із середини ХХ сторіччя, в Україні вона з'явилася в межах пілотної програми у 2004 році, а на національному рівні — у 2008 році. Наразі програмою ЗПТ в Україні охоплено близько 7% від оцінної кількості ЛВІН, тоді як Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує охоплення ЗПТ не менш як 20% ЛВІН для ефективної профілактики ВІЛ серед цієї ключової групи.

*Обґрунтовано* умови ефективності соціальної профілактики ВІЛ засобами ЗПТ: перебування споживача ін'єкційних наркотиків у програмі ЗПТ понад 6 місяців; правильність призначеної дози препарату ЗПТ; безперервне й тривале лікування (відсутність обмежень щодо строку лікування, включно з можливістю довічного лікування з огляду на розуміння залежності не як гострого стану, а як хронічної хвороби); доступність лікування у зв'язку з коморбідними станами (зв'язки зі службами ВІЛ, туберкульоз, інтеграція послуг тощо); поєднання фармакологічного лікування із заходами соціального супроводу, тобто спланованого процесу відносин між пацієнтом та фахівцем із супроводу (соціальним працівником або кейс-менеджером), який допомагає пацієнту розібратися в ситуації, що склалася, а також визначити пріоритетні для нього проблеми та доступні шляхи їх розв'язання.

Соціальний супровід ЛВІН-отримувача ЗПТ є формою соціальної роботи з ним і як умова ефективності ЗПТ може передбачати навчання способів зменшення ризику інфікування ВІЛ, інформування та консультування з медичних та правових питань, з розв'язання проблем та подолання складних життєвих обставин, мотиваційні бесіди, залучення до груп самодопомоги та групових форм навчання навичок подолання проблем, представництво отримувача в міждисциплінарній

команді та посередництво між ним і медичним персоналом, переадресацію отримувача до інших установ-надавачів соціальних послуг та послуг профілактики за моделлю зменшення шкоди.

У дисертації *вперше* після зміни нормативно-правової бази реалізації програми ЗПТ в Україні проведено порівняльний аналіз ролі доступу до ЗПТ у соціальній профілактиці ВІЛ серед ЛВІН. У дисертаційному дослідженні як критерії ефективності соціальної профілактики ВІЛ використано показники каскаду ВІЛ-послуг ЮНЕЙДС 95–95–95, а саме: (1) рівень обізнаності ЛВІН щодо власного ВІЛ-статусу; (2) частка ЛВІН, які стояли на диспансерному обліку в центрі СНІДу; (3) частка ЛВІН, які отримували АРТ для лікування ВІЛ-інфекції та (4) частка ЛВІН, які досягли невизначеного рівня вірусного навантаження, тобто неспроможні передавати ВІЛ іншим.

*Експериментально перевірено умови ефективності соціальної профілактики ВІЛ засобами ЗПТ. Для розуміння ролі доступу до ЗПТ серед ЛВІН, чинників утримання в програмі, поєднання лікування та соціальної роботи в соціальній профілактиці ВІЛ у межах цього дослідження було зібрано та проведено аналіз кількісних та якісних даних, отриманих від людей, які вживають наркотики шляхом ін'єкцій та проходили, не проходили або перервали ЗПТ.*

Проведено збір кількісних даних серед ЛВІН, які на момент дослідження перебували в програмі ЗПТ ( $n = 738$ ), та ЛВІН, які на момент дослідження не перебували в програмі ЗПТ ( $n = 1277$ ). Структурований опитувальник містив базові соціально-демографічні характеристики, характеристики, пов'язані із вживанням ПАР, клінічні характеристики, пов'язані з ВІЛ, а також стандартизовані шкали щодо зловживання алкоголем, практик ризикованої ін'єкційної та сексуальної поведінки, депресії та кримінальної активності.

Респонденти для участі в дослідженні були рекрутовані в п'яти великих містах України (Дніпро, Київ, Львів, Миколаїв, Одеса) із застосуванням принципу RDS (respondent-driven sample), тобто вибірка дослідження формувалася самими респондентами.

Для всіх змінних було проведено одновимірний, двовимірний, а після, за їхніми результатами, багатовимірний аналіз. Залежними змінними стали показники каскаду ВІЛ-послуг: обізнаність щодо власного ВІЛ-статусу, реєстрація в центрі СНІДу, початок прийому АРТ та досягнення вірусної супресії, тобто неможливості передавати ВІЛ іншим. Основною незалежною змінною виступало перебування в програмі ЗПТ. В багатовимірному аналізі було використано змінні, які виявилися статистично значущими в результаті двомірного аналізу. Також було побудовано каскад ВІЛ-послуг для порівняння показників каскаду серед ЛВІН, які на момент проведення дослідження перебували в програмі ЗПТ, та ЛВІН, які на момент проведення дослідження не перебували в програмі ЗПТ.

Результати багатовимірної аналізу факторів, пов'язаних із позитивним результатом тестування на ВІЛ, показали, що непереходження в програмі ЗПТ, вік старше 41 року та адекватне дозування препарату ЗПТ підвищують шанси мати позитивний результат тестування на ВІЛ, тобто доступ до програми ЗПТ є ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Результати багатовимірної аналізу факторів, пов'язаних з офіційною реєстрацією в центрі СНІДу, свідчать, що перебування в програмі ЗПТ, вік старше 41 року, місячний дохід від 2500 до 9999 грн, відсутність працевлаштування та середній рівень задоволеності дозуванням препарату ЗПТ підвищують шанси стояти на диспансерному обліку ВІЛ-інфікованих осіб (бути зареєстрованим у центрі СНІДу та мати доступ до безкоштовного лікування ВІЛ), тобто доступ до програми ЗПТ є сприятливим фактором щодо офіційної реєстрації в центрі СНІДу, а значить, ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Результати багатовимірної аналізу факторів, пов'язаних із призначенням АРТ, свідчать, що перебування в програмі ЗПТ, вік старше 41 року, місячний дохід від 2500 до 9999 грн та адекватне дозування препарату ЗПТ підвищують шанси отримувати АРТ, а згодом і вірусного пригнічення, тобто доступ до програми ЗПТ є сприятливим фактором щодо доступу до лікування ВІЛ, а значить, ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.



Результати багатовимірного аналізу факторів, пов'язаних із вірусною супресією, свідчать, що перебування в програмі ЗПТ, вік старше 41 року, місячний дохід від 2500 до 9999 грн та адекватне дозування препарату ЗПТ підвищують шанси мати вірусну супресію (неможливість передавати ВІЛ іншим), тобто доступ до програми ЗПТ є сприятливим фактором щодо досягнення невизначеного рівня вірусного навантаження, а значить, ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Загалом результати аналізу виявили, що показники каскаду ВІЛ-послуг були значно кращими та статистично значущими на всіх етапах каскаду серед тих ЛВІН, які на момент збирання даних перебували в програмі ЗПТ, порівняно з тими, які не перебували в програмі. Це свідчить про те, що перебування в програмі ЗПТ є ефективним засобом третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН від обізнаності щодо власного ВІЛ-статусу до досягнення невизначеного рівня вірусного навантаження, тобто неможливості передачі ВІЛ іншим.

За результатами аналізу кількісних даних було взято 50 напівструктурованих інтерв'ю у ЛВІН в п'яти містах проведення кількісного компонента дослідження: у 25 ЛВІН, які на момент інтерв'ю перебували в програмі ЗПТ, та у 25 ЛВІН, які на момент інтерв'ю не перебували в програмі ЗПТ (по 10 із кожного міста проведення дослідження). Запитання напівструктурованих інтерв'ю здебільшого стосувалися бар'єрів та фасилітуючих факторів вступу в програму ЗПТ; бар'єрів та фасилітуючих факторів тестування на ВІЛ; бар'єрів та фасилітуючих факторів реєстрації в центрі СНІДу (постановки на диспансерний облік); бар'єрів та фасилітуючих факторів початку прийому АРТ; бар'єрів та фасилітуючих факторів формування прихильності до АРТ / досягнення вірусної супресії; впливу ЗПТ на ризиковану поведінку; ЗПТ та якості життя. Основними факторами, які сприяють вступу ЛВІН у програму ЗПТ, виявилися покращення якості життя, можливість працевлаштування, налагодження соціальних зв'язків, ВІЛ-позитивний статус, обізнаність про наявність лікування (АРТ) у разі позитивного результату тесту, соціальна та психологічна підтримка на сайтах ЗПТ та соціальний супровід для лікування інших хвороб на сайтах ЗПТ. Серед основних бар'єрів щодо початку ЗПТ

було названо розповсюджені міфи щодо ЗПТ, страх розголошення факту прийому наркотичних речовин, недовіра програмі ЗПТ загалом.

Варто зазначити, що всі ЛВІН, які на момент інтерв'ю перебували в програмі ЗПТ, стояли на диспансерному обліку в центрі СНІДу. Основними причинами було вказано наявність соціального супроводу на сайті ЗПТ та доступ до безкоштовного лікування саме після постановки на диспансерний облік, ще зазначалися налагодження життя після тестування та покращення стосунків у родині.

Отже, результати якісного компонента дослідження показали, що доступ до програми ЗПТ, перебування в програмі більше 6 місяців та безперервне систематичне лікування, сприяння лікуванню пов'язаних із ін'єкційним вживанням ПАР розладів в поєднанні із соціальною роботою з отримувачами, їхнім соціальним супроводом та отримання соціальних послуг позитивно сприяє тестуванню на ВІЛ, постановці на диспансерний облік, початку прийому АРТ та формуванню прихильності до лікування – тобто сприяє третинній профілактиці ВІЛ серед людей, які споживають ін'єкційні наркотики, на всіх етапах каскаду ВІЛ-послуг в Україні, а також допомагає їм інтегруватися у суспільство, покращити якість життя та налагодити сімейні та соціальні стосунки.

*Практичне значення одержаних результатів дисертаційного дослідження* полягає у впровадженні методики оцінювання ефективності профілактичного впливу програми ЗПТ серед ЛВІН, удосконаленні наявної моделі надання послуг із соціальної профілактики ЛВІН завдяки отриманим рекомендаціям з метою досягнення максимального рівня прихильності, утримання на лікуванні та насамперед профілактики ВІЛ серед ЛВІН в Україні; в можливості використання його результатів при подальшій розробці політик в сфері надання послуг соціальної профілактики ВІЛ для ЛВІН як на регіональному, так і на національному та міжнародних рівнях.

Результати дисертаційного дослідження можуть бути використані фахівцями із соціальної роботи державних сайтів, на яких доступна програма ЗПТ, соціальними працівниками недержавних організацій, які працюють із споживачами ін'єкційних наркотиків, із метою оптимізації процесу розширення доступу до ЗПТ

для ЛВІН, подальшого надання соціальної підтримки ЛВІН, які вже перебувають у програмі ЗПТ, ефективної соціальної профілактики ВІЛ, поширення інформації про ЗПТ та доступ до супроводжувальних послуг щодо ВІЛ у межах програми серед ЛВІН, які ще не перебувають у програмі ЗПТ. Отримані результати також можуть бути використані закладами вищої освіти в розробленні навчальних дисциплін «Соціальна робота з уразливими групами населення», «Соціальна профілактика» (для студентів першого (бакалаврського) освітнього рівня), «Соціальна робота із споживачами ін'єкційних наркотиків» (для студентів другого (магістерського) освітнього рівня) спеціальності 231 «Соціальна робота».

**Ключові слова:** антиретровірусна терапія (АРТ), ВІЛ, замісна підтримувальна терапія (ЗПТ), люди, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВІН), профілактика, наркозалежність, соціальна профілактика, соціальні послуги, соціальний супровід, профілактичні послуги, центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом (центр СНІДу).

## ABSTRACT

**Meteliuk A.S. Social prevention of HIV by means of substitution maintenance therapy. Qualification research work presented as a manuscript.**

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 231 Social Work — Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, Kyiv, 2024.

The dissertation is a comprehensive study of the urgent problem of social prevention of HIV by means of substitution maintenance therapy among people who inject drugs, which contains theoretical substantiation and experimental study of the role of access to substitution maintenance therapy in the scope of HIV services and the quality of life of injecting drug users.

The *aim* of the dissertation research was to determine and experimentally verify the effectiveness of HIV prevention by means of substitution maintenance therapy among people who inject drugs, based on the analysis of theoretical foundations, the study of Ukrainian and international experience. In the course of the study, based on the analysis of scientific and methodological sources, the risk factors of the HIV infection among people who inject drugs and their role in the spread of the HIV epidemic in Ukraine and the world were determined; the theoretical foundations were reviewed and the experience of HIV prevention among people who inject drugs was analyzed; based on the analysis of world and domestic experience, the content and preventive possibilities of substitution maintenance therapy programs were revealed; the conditions and criteria for the effectiveness of the use of substitution maintenance therapy for the purpose of HIV prevention are substantiated; by means of analysis of the process of selection and participation of people who use injection drugs in the programs of substitution maintenance therapy in Ukraine and its effect on the participants, the conditions of its effectiveness for the purpose of HIV prevention were experimentally verified.

The **scientific novelty** of the study lies in the fact that the meaning of the concept of "social prevention of HIV" was clarified, as well as the concepts of "social prevention of HIV among people who use injecting drugs", "social prevention of HIV by means of substitution maintenance therapy", "conditions for the effectiveness of programs of substitution maintenance therapy"; the risk factors of HIV infection among people who

inject drugs were systematized, and their role in the spread of the HIV epidemic in Ukraine was identified; the conditions of the effectiveness of substitution maintenance therapy programs as a means of HIV prevention were explained; the criteria and indicators of the effectiveness of substitution maintenance therapy programs as a means of social prevention of HIV were indicated; as well as the diagnostic tools for evaluating the effectiveness of HIV prevention; the factors that contribute to and the barriers that hinder the recruitment of people living with HIV to the program of substitution maintenance therapy were identified; barriers and facilitating factors regarding HIV testing, official registration at an AIDS center, and adherence to treatment were determined; a comparative analysis of the factors identified was conducted among PWID who were in the SMT program at the time of the study and PWID who were not in the SMT program at the time of the study, practical recommendations were developed with the use of qualitative methods, based on the information obtained.

The **practical value** of the research results lies in the implementation of the methodology for assessing the effectiveness of the preventive impact of the SMT program among IDUs, suggesting an improved model of providing social prevention services to IDUs based on the recommendations received in order to achieve the maximum level of adherence to treatment and, above all, HIV prevention among people who inject drugs in Ukraine.

Based on the analysis of scientific and methodological sources, the risk factors of HIV infection among people who use injection drugs were *systematized*, and their role in the spread of the HIV epidemic in Ukraine was *identified*. Thus, the main factor in the spread of HIV among IDUs is the shared use of tools for injections (syringes and/or needles), as well as the transmission of HIV to their sexual partners. It was found that ignorance about access to HIV prevention, testing and treatment, widespread myths about HIV infection and stigmatization of people with a positive HIV status from the side of society, social exclusion of people living with HIV, difficulties in relationships, economic problems, which will lead to the provision of sexual services for remuneration and the spread of the HIV infection through sexual intercourse. It is these factors that lead to the rapid spread of HIV among this key group both in the world and in Ukraine. Ukraine

ranks first in Europe in terms of the spread of HIV, and the epidemic, despite numerous international and national programs, continues to be concentrated mainly among people who inject drugs.

The theoretical foundations were *considered* and the experience of HIV prevention among people who use injection drugs in Ukraine and the world was *analyzed*. Social prevention of HIV among PWID was *defined* as a set of measures aimed at preventing, limiting and stopping the transmission of HIV parenterally and sexually between representatives of this group and between them and other people, which is implemented through the provision of social and medical services to PWID and the use of tools of social, pedagogical and psychological impact. The results of the analytical work demonstrated that various HIV prevention programs among PWID have been developed and implemented both in the world and in Ukraine. Such preventive programs have been actively introduced in the world since the 1980s and include the distribution of sterile injection equipment, the allocation of rooms for safe injections, the distribution of condoms, the provision of free rapid HIV testing, and active outreach work with PWID for involvement in harm reduction programs related to HIV infection, as well as motivational work regarding HIV testing and initiation of antiretroviral therapy. Such programs have been available in Ukraine since the late 1990s and early 2000s. However, the results of a thorough analysis of the scientific literature showed that one of the most common means of HIV prevention among PWID is substitution maintenance therapy (SMT).

Social prevention of HIV by means of substitution maintenance therapy was defined as a preventive (social) service or preventive intervention for injecting drug users, a set of measures aimed at preventing, limiting and stopping the transmission of HIV in this key group by motivating its representatives to join the SMT program, adhere to it, refrain from risky behavior and help them overcome problems and difficult life circumstances. Based on the analysis of the world and domestic experience, the content and preventive possibilities of substitution maintenance therapy (SMT) programs were revealed. It has been established that the principle of SMT is the provision of special drugs to injecting users, which block the corresponding receptors in the brain of the drug

addicts and prevent the craving for narcotic substances. A person who properly takes SMT stops injecting drugs, i.e. stops the practice of risky behavior related to HIV infection.

In the course of the dissertation research, it was *found* that social support plays an important role in the provision of SMT services for PWID. Social support of patients who receive SMT is aimed at: reducing the frequency or complete refusal of the use of "street" drugs; solving problems that arose as a result of drug abuse (legal, social, family, and others); reducing the level of risky behavior, in particular, the risk of HIV infection, viral hepatitis and other infections that are transmitted through blood and sexually; reducing the likelihood of returning to illegal drug abuse in the future (i.e. relapse); reduction of criminal activity; stabilization of the patient's emotional and psychological state; formation of commitment to treatment in connection with somatic diseases. The results of numerous global studies show that the representatives of PWID who start taking SMT stop taking illegal psychoactive substances (SPAs), resume taking care of their own health and resocialize in society - get a job, improve their private life and relationships with loved ones. It also contributes to the decrease of the level of criminal activity, the formation of social responsibility, and a decrease in the level of stigmatization and practices of risky behavior regarding HIV infection. Despite the fact that SMT has been available in the world since the middle of the 20th century, it appeared in Ukraine as part of a pilot program in 2004, and at the national level in 2008. Currently, about 7% of the estimated number of PWID are covered by the SMT program in Ukraine, while the World Health Organization (WHO) recommends SMT coverage of at least 20% of PWID for effective HIV prevention among this key group.

The conditions for the use of substitution maintenance therapy for the purpose of HIV prevention among PWID have been substantiated as below: retention in the RRT program – adherence of the injecting drug user in the SMT program for more than 6 months; the correctly prescribed dose of the SMT drug; continuous and long-term treatment (no restrictions on the duration of treatment, including the possibility of lifelong treatment due to the understanding of addiction not as an acute condition, but as a chronic disease); availability of treatment in connection with comorbid conditions (cooperation

with HIV, TB programs, integration of services, etc.); combination of pharmacological treatment with measures of psychosocial support - that is, a planned process of relations between the patient and a support specialist (social worker or case manager), which helps the patient to understand the situation, as well as to determine their priority problems and the ways available to solve them.

Social support of an injecting recipient of SMT as a condition for its effectiveness can, in turn, include training in ways to reduce the risk of HIV infection, information and counseling on medical and legal issues, solving problems and overcoming difficult life circumstances, motivational talks, joining self-help groups and workshops aimed to develop problem-solving skills, representation of the recipient in the interdisciplinary team and mediation between them and the medical staff, referral of the recipient to other institutions providing social services and prevention services based on the harm reduction model.

In the dissertation, *for the first time* after the change in the regulatory and legal framework for the implementation of the SMT program in Ukraine, a comparative analysis of the role of access to substitution maintenance therapy in the social prevention of HIV among PWID was conducted. In the dissertation study, the indicators of the cascade of HIV services of UNAIDS 95-95-95 were used as criteria for the effectiveness of social HIV prevention, namely: (1) Level of awareness of PWID regarding their own HIV status; (2) Share of PWID who were registered at the AIDS center; (3) Share of PWID receiving antiretroviral therapy (ART) for HIV infection and (4) Share of PWID who have reached an undetectable viral load, i.e. unable to transmit HIV to others.

The conditions for the effectiveness of SMT for the purpose of HIV prevention were *experimentally verified*. In order to understand the role of access to SMT among PWID, factors of retention in the program, the combination of treatment and psychosocial support in the social prevention of HIV, within the framework of this study, quantitative and qualitative data obtained from people who inject drugs and received, did not receive, or interrupted SMT, were collected and analyzed.

Quantitative data were collected among PWID who were in the SMT program at the time of the study (n=738) and PWID who were not in the SMT program at the time



of the study (n=1277). The structured questionnaire included basic socio-demographic characteristics, substance use characteristics, HIV-related clinical characteristics, as well as standardized scales on alcohol abuse, risky injecting and sexual behavior practices, depression, and criminal activity.

Respondents to participate in the study were recruited in five large cities of Ukraine (Dnipro, Kyiv, Lviv, Mykolaiv, Odesa) using the RDS (respondent-driven sample) principle, i.e. the research sample was formed by the respondents themselves.

One-dimensional, two-dimensional, and then, based on their results, multidimensional analysis was conducted for all variables. The indicators of the cascade of HIV services were the dependent variables: awareness of one's own HIV status, registration at an AIDS center, initiation of antiretroviral therapy (ART) and achievement of viral suppression, i.e. the inability to transmit HIV to others. The main independent variable was the stay in the rehabilitation program. Variables that were statistically significant as a result of two-dimensional analysis were used in a multivariate analysis. A cascade of HIV services was also constructed to compare the indicators of the cascade among PWID who were in the RPT program at the time of the study and PWID who were not in the RPT program at the time of the study.

The results of the multivariate analysis of factors associated with a positive HIV test result showed that not being in the RRT program, age over 41 years and adequate dosage of the SMT drug increase the chances of having a positive HIV test result, that is, access to the SMT program is an effective factor of tertiary prevention of HIV among PWID.

The results of a multivariate analysis of factors associated with official registration in the AIDS center indicate that participation in the SMT program, age over 41 years, monthly income from UAH 2,500 to 9,999, lack of employment, and an average level of satisfaction with the dosage of the SMT drug increase the chances of staying on the dispensary record of HIV-infected persons (being registered in an AIDS center and having access to free HIV treatment), i.e. access to the SMT program is a favorable factor for official registration in an AIDS center, i.e. an effective factor in tertiary prevention of HIV among PWID.

The results of a multivariate analysis of factors associated with the prescription of ART show that participation in the ART program, age over 41 years, monthly income from UAH 2,500 to 9,999, and adequate dosage of the SMT drug increase the chances of receiving ART, and subsequently viral suppression, therefore, access to the SMT program is a favorable factor for access to HIV treatment, that is, an effective factor in tertiary prevention of HIV among PWID.

The results of a multivariate analysis of factors that were associated with viral suppression indicate that participation in the SMT program, age over 41, monthly income from UAH 2,500 to 9,999, and adequate dosage of the SMT drug increase the chances of having viral suppression (inability to transmit HIV to others), that is, access to the SMT program is a favorable factor in achieving an undetermined level of viral load, that is, an effective factor in the tertiary prevention of HIV among PWID.

In general, the results of the analysis showed that the indicators of the cascade of HIV services were significantly better and statistically significant at all stages of the cascade among those PWID who were in the SMT program at the time of data collection, compared to those who were not in the program, indicating that staying in the SMT program is an effective means of tertiary prevention of HIV among PWID from awareness of one's own HIV status to reaching an undetermined level of viral load, that is, the inability to transmit HIV to others.

Based on the results of quantitative data analysis, 50 semi-structured interviews were conducted with PWID in the five cities where the quantitative component of the study was conducted: 25 PWID who were in the substitution maintenance therapy program at the time of the interview, and 25 PWID who were not in the SMT program at the time of the interview (10 from each of the research cities). The main aspects of the semi-structured interviews were barriers and facilitators of entry into the SMT program; barriers and facilitating factors to HIV testing; barriers and facilitating factors to the registration in the AIDS center (dispensary registration); barriers and facilitating factors of ART initiation: barriers and facilitating factors of adherence to ART/achieving viral suppression; the impact of SMT on risky behavior; SMT and the quality of life. The main factors contributing to PWID entering the SMT program were the improvement of the

quality of life, the possibility of employment, re-establishing social connections, HIV-positive status, awareness of the availability of treatment (ART) in case of a positive test result, the presence of social and psychological support at SMT sites and social support for the treatment of other diseases at SMT sites. Among the main barriers to starting SMT were widespread myths about SMT, fear of disclosing the fact of taking narcotic substances, distrust of the SMT program as a whole.

It is worth noting that all PWID who were in the SMT program at the time of the interview were registered at the AIDS center. The main reasons were the availability of social support on the SMT site and access to free treatment only after being registered at the dispensary, the improvement of life as well as family relationships after testing were also mentioned.

Thus, the results of the qualitative component of the study showed that access to the SMT program positively contributes to HIV testing, dispensary registration, initiation of ART and the formation of adherence to treatment - that is, it contributes to the tertiary prevention of HIV among people who inject drugs, on at all stages of the cascade of HIV services in Ukraine, and also helps to integrate into society, improve the quality of life and establish family and social relationships.

The *practical value of the obtained results of the dissertation research* consists in the development and implementation of practical recommendations for the further expansion of the SMT program in Ukraine, ways of engaging with potential beneficiaries of the program, overcoming the identified barriers and strengthening the facilitating factors.

The results of the dissertation research can be used by social work specialists of state sites where the SMT program is available, social workers of non-governmental organizations working with injecting drug users in order to optimize the process of expanding access to SMT for PWID, further providing social support to PWID who are already on the SMT program, for effective social HIV prevention, spreading information about SMT and access to HIV support services within the program among PWID who are not yet on the program. The results obtained can also be used by higher education institutions for the disciplines "Social Work with Vulnerable Populations", "Social

Prevention" (for students of the first (Bachelor's) educational level), "Social Work with Injecting Drug Users" (for students of the second (Master's) educational level) of specialty 231 Social Work.

**Key words:** antiretroviral therapy (ART), HIV, substitution maintenance therapy (SMT), people who inject drugs (PWID), drug dependence, prevention, social prevention, social services, psychosocial services, prevention services, HIV/AIDS prevention and control center (the AIDS center).

## СПИСОК НАУКОВИХ ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

### Наукові статті, опубліковані у наукових виданнях, включених на дату опублікування до переліку наукових фахових видань України

1. Anna Meteliuk. Medication-assisted treatment program as means of social prevention of HIV in people who inject drugs in Ukraine. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Соціальна робота. Київ: КНУ імені Тараса Шевченка, 2021. № 1(7). Ч. 1. С. 29-32. ISSN 2616-7778. URL: <https://doi.org/10.17721/2616-7786.2021/7-1/5>*
2. Анна Метелюк. Доступ до психосоціальних послуг на сайтах замісної підтримувальної терапії – чинник профілактики ВІЛ. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Соціальна робота. Київ: КНУ імені Тараса Шевченка, 2022. № 1(8). Ч. 1. С. 37-40. ISSN 1728-3817. URL: <https://doi.org/10.17721/2616-7786.2022/8-1/7>*

### Наукові статті, опубліковані в періодичних наукових виданнях, проіндексованих у базах даних Scopus та Web of Science Core Collection

1. Meteliuk, A., Prokhorova, T., Filippovych, S., Ompad, D. C., & Zaller, N. (2020). The role of access to integrated services at opioid agonist treatment sites in reaching 90-90-90 cascade in people who inject drugs in Ukraine: Country-level data. *Drug and alcohol dependence, 216*, 108216. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108216>.
2. Meteliuk, A., Galvez, S., Fomenko, T., Kalandiia, H., Iaryi, V., Farnum, S. O., Islam, Z., Altice, F. L., & Madden, L. M. (2022). Successful transfer of stable patients on opioid agonist therapies from specialty addiction treatment to primary care settings in Ukraine: A pilot study. *Journal of substance abuse treatment, 134*, 108619. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108619>.
3. Galves, S.J., Altice, F.L., Meteliuk, A., Ivasiy R., Farnum, S.O., Fomenko, T., Islam, Z., Madden, L.M. High Perceived Stress in Patients on Opioid Agonist Therapies during Rapid Transitional Response to the COVID-19 Pandemic in Ukraine. *Frontiers in Public Health, 11(1)*. doi: 10.3389/fpubh.2023.1231581

4. Bromberg, D. J., Madden, L. M., Meteliuk, A., Ivasiy, R., de Leon, S. J. G., Klyucharyov, K., & Altice, F. L. (2022). Medications for opioid use disorder during war in Ukraine: Innovations in public and private clinic cooperation. *The Lancet regional health. Europe*, 20, 100490. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100490>
5. Ivasiy, R., Galvez de Leon, S. J., Meteliuk, A., Fomenko, T., Pykalo, I., Bromberg, D. J., Madden, L. M., Farnum, S. O., Islam, Z., & Altice, F. L. (2023). Responding to health policy recommendations on managing opioid use disorder during Russia's invasion of Ukraine: Divergent responses from the frontline to the west. *Frontiers in public health*, 10, 1044677. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1044677>
6. Meteliuk, A., Galvez de Leon, S. J., Madden, L. M., Pykalo, I., Fomenko, T., Filippovych, M., Farnum, S. O., Dvoryak, S., Islam, Z. M., & Altice, F. L. (2021). Rapid transitional response to the COVID-19 pandemic by opioid agonist treatment programs in Ukraine. *Journal of substance abuse treatment*, 121, 108164. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108164>.
7. Mazhnaya, A., Meteliuk, A., Pykalo I., Altice, F.L. (2023). *Qualitative Explorations of Early Experiences of Opioid Use Disorder Patients from Private Clinics after russia's Invasion of Ukraine in Six Large Cities*. *Frontiers in Public Health*, 11(1). [doi: 10.3389/fpubh.2023.1238188](https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1238188)
8. Altice, F. L., Bromberg, D. J., Dvoriak, S., Meteliuk, A., Pykalo, I., Islam, Z., Azbel, L., & Madden, L. M. (2022). Extending a lifeline to people with HIV and opioid use disorder during the war in Ukraine. *The Lancet. Public health*, 7(5), e482–e484. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00083-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00083-4)
9. Bromberg, D. J., Madden, L. M., Meteliuk, A., Ivasiy, R., Galvez de Leon, S. J., Klyucharyov, K., & Altice, F. L. (2023). "Medications for opioid use disorder during the war in Ukraine: a more comprehensive view on the government response-Authors' reply". *The Lancet regional health. Europe*, 26, 100583. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100583>

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ</b>	26
<b>ВСТУП</b>	28
<b>РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ СЕРЕД ЛЮДЕЙ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ІН'ЄКЦІЙНІ НАРКОТИКИ</b>	37
1.1. Епідеміологічна ситуація з ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, у світі та в Україні	37
1.2. Теоретичні основи та практичний досвід соціальної профілактики ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики	65
Висновки до розділу 1	86
<b>РОЗДІЛ 2. ЗМІСТ ТА УМОВИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ SERED ЛЮДЕЙ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ІН'ЄКЦІЙНІ НАРКОТИКИ</b>	89
2.1. Українські та зарубіжні підходи щодо застосування замісної підтримувальної терапії з метою соціальної профілактики ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики	89
2.2. Умови ефективності застосування замісної підтримувальної терапії в соціальній профілактиці ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики	101
Висновки до розділу 2	119
<b>РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ ЗАСОБАМИ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ SERED ЛЮДЕЙ, ЯКІ СПОЖИВАЮТЬ НАРКОТИКИ ІН'ЄКЦІЙНО, В УКРАЇНІ</b>	123
3.1. Методологія та організація дослідження соціальної профілактики ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні	123
3.2. Результати дослідження соціальної профілактики ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, в Україні	150
Висновки до розділу 3	180
<b>ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ</b>	184
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	192
<b>ДОДАТКИ</b>	237

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

АРТ	антиретровірусна терапія
ВГ	вірусний гепатит
ВГС	вірусний гепатит С
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДКП	доконтактна профілактика
ДКТ	добровільне консультування й тестування
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІПСШ	інфекції, які передаються статевим шляхом
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛПЗ	Лікувально-профілактичний заклад
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
МДК	мультидисциплінарна команда
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
НУО	неурядова організація, легалізована або зареєстрована згідно із законодавством України
Опитувальник CASI	Computer Assisted Self Interview — анкетне опитування за допомогою комп'ютерної системи
ПКП	постконтактна профілактика
ПОШ	пункт обміну шприців та/або голوک
СЄЦА	Східна Європа та Центральна Азія



СКК	суха крапля крові
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
СП	соціальний працівник
ПАР	психоактивна речовина
ТБ	туберкульоз
ЦГЗ	Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»
ЧСЧ	чоловіки, які мають секс із чоловіками
ЮНЕЙДС	спеціальна програма ООН для протидії ВІЛ/СНІД
EMCDDA	Європейський центр із моніторингу наркотиків та наркозалежності
RDS	respondent driven sample — вибірка силами респондентів
USAID	Агентство США з міжнародного розвитку

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Згідно з річним звітом ЮНЕЙДС (спеціальна програма ООН для протидії ВІЛ/СНІД) у 2021 році в усьому світі люди, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), мали у 28 разів більше шансів жити з вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), ніж загальне населення. І хоча протягом багатьох років у багатьох частинах світу спостерігається різке зниження рівня захворюваності на ВІЛ серед ЛВІН, показники ВІЛ серед ЛВІН у країнах Східної Європи продовжують зростати. Розпад Радянського Союзу призвів до сплеску вживання психоактивних речовин (ПАР) на основі опіоїдів на початку 1990-х років у межах колишніх держав-учасниць. Наразі Україна переживає одну з найважчих епідемій ВІЛ у Східній Європі. За останніми даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ), кількість ЛВІН в Україні становить 40 000 (2019). Утім, за підрахунками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у 2019 році в Україні було понад 346 000 ЛВІН, що становить 0,8% дорослого населення України. Останнє національне інтегроване біологічне поведінкове опитування серед ключових груп населення, проведене у 2018 році, зафіксувало поширеність ВІЛ серед ЛВІН до 21,0%, що становить понад 60% усіх випадків ВІЛ в країні.

Станом на січень 2023 року в Україні офіційно зареєстровано 136 965 людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). Попри те, що вживання ін'єкційних наркотиків є одним із ключових чинників передачі ВІЛ, за даними Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ), наразі в Україні лікування ВІЛ отримують лише 8424 ВІЛ-позитивні ЛВІН, що становить 2,4% від передбачуваної кількості ЛВІН, які потребують ВІЛ-лікування (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023а).

Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) агоністами опіоїдів, яка є ефективним заснованим на доказах втручанням для профілактики ВІЛ серед ЛВІН, була запроваджена в Україні у 2004 році. ЗПТ доступна в усіх областях України. Станом

на 01.09.2020 р., на ЗПТ перебувають 13 855 пацієнтів, які отримують лікування в 214 медичних закладах, що становить 5,1% від оцінної кількості ЛВІН в країні.

Міжнародний досвід демонструє, що надання медичної допомоги ЛВІН не є ефективним без соціального супроводу кожного пацієнта ЗПТ. На сьогодні пакет соціального супроводу пацієнта ЗПТ складається із: його залучення та прийому в програму; оцінювання ситуації та потреб; розроблення індивідуального плану соціального супроводу; процесу реалізації плану соціального супроводу; координації надання послуг та контролю якості; виходу пацієнта із програми ЗПТ.

Отже, соціальний супровід пацієнтів, які отримують ЗПТ, спрямований на: зменшення частоти або повну відмову від вживання «вуличних» наркотиків; розв'язання проблем, які виникли внаслідок зловживання наркотичними речовинами (юридичні, соціальні, сімейні та інші); зменшення рівня ризикованої поведінки, зокрема, ризику інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами та іншими інфекціями, які передаються через кров та статевим шляхом; зменшення вірогідності повернення до зловживання нелегальними наркотиками в майбутньому (тобто рецидиву); зниження кримінальної активності; стабілізацію емоційного та психологічного стану пацієнта; формування прихильності до лікування у зв'язку із соматичними захворюваннями. Водночас соціальний супровід повинен мати такий підхід до надання послуг, за якого дотримуються права пацієнта на особисте життя та конфіденційність, уважне, неупереджене ставлення та повагу, самовизначення і самостійність у виборі та отримання медико-соціальних послуг високої якості.

Соціальна робота з ЛВІН, які є пацієнтами програми ЗПТ, регламентується такими нормативно-правовими документами: Законами України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (2010), «Про захист населення від інфекційних хвороб» (2012); Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» (2013); розпорядженням Кабінету

Міністрів України «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 роки» (2018); Етичним кодексом спеціалістів із соціальної роботи України (наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту (2005 )); наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України, МОЗ «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг групам ризику» (2010); наказами МОЗ, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Державної служби України з контролю за наркотиками: «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії» (2012), «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» (2016); наказами МОЗ: «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їхніх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень» (2005), «Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків» (2008), «Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів» (2008), «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України» (2010) та ін.

Програми профілактики ВІЛ засобами ЗПТ, що впроваджуються в Україні, повністю відповідають вимогам нормативних документів і зазначеним міжнародним стандартам. Утім, попри здійснювані заходи соціального супроводу, частина ЛВІН, які отримують ЗПТ, не завершують своєї участі в програмі. Усе це актуалізує необхідність аналізу соціальної профілактики ВІЛ засобами ЗПТ серед ЛВІН та розкриття умов її ефективності.

Соціальна підтримка була предметом дослідження численних українських та закордонних учених: Т. Алексєєнко, О. Берданової, О. Давидюк, К. Дубич,

І. Зверєвої, Л. Ільчук, А. Капської, О. Карпенко, М. Кравченко, Е. Лібанової, Т. Лях, Р. Мертона, Л. Міщик, В. Скуратівського, Н. Смелзера, С. Толстоухової, Н. Чернухи, Т. Чечко та ін., а соціальна профілактика — Т. Журавель, О. Безпалько, І. Зверєвої, Т. Веретенко, В. Лютого, Т. Лях, Т. Спіріної та ін. Питання організації соціальної роботи серед ЛВІН вивчали С. Дворяк, К. Думчев, Т. Семигіна, В. Полтавець та ін. Надання соціальних послуг для ЛВІН, які є пацієнтами ЗПТ, досліджували Фр. Алтіс, Д. Брюс, С. Дворяк, С. Філіппович, О. Зеленєв, А. Мажная та ін.

Вивчення наукових джерел, нормативно-правових актів, стану надання соціальних послуг ЛВІН, які є пацієнтами ЗПТ, дало змогу виявити низку суперечностей, які перешкоджають розвитку програм ЗПТ та їхньому ефективному застосуванню в межах профілактики ВІЛ в Україні:

- між змістом програм ЗПТ та поширеними стереотипами й упередженим ставленням до неї ЛВІН;
- між змістом і методами соціального супроводу учасників програм ЗПТ та недостатньою дослідженістю чинників, що обумовлюють їхню участь у програмі та схильність дотримуватись її правил;
- між загальною доведеною ефективністю програм ЗПТ та недостатньою вивченістю умов їхньої ефективності в Україні.

Розв'язання названих суперечностей дасть змогу подолати бар'єри, що заважають ефективному застосуванню програм ЗПТ з метою профілактики розповсюдження ВІЛ серед ЛВІН, які наразі залишаються головними провідниками епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

Отже, актуальність окресленої проблеми, її недостатня розробленість у сучасній теорії та практиці соціальної роботи, а також визначені труднощі зумовили вибір теми дисертаційного дослідження: ***«Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії»***.

Тема дисертації затверджена Вченою радою Київського університету імені Бориса Грінченка (протокол № 09 від 21 жовтня 2020 року), погоджена Міжвідомчою радою з координації досліджень у галузі освіти, педагогіки і

психології України (протокол № 09 від 29 жовтня 2020 року) та уточнена на засіданні Вченої ради Київського університету імені Бориса Грінченка (протокол № 10 від 25 листопада 2021 року).

**Об'єктом** дослідження є соціальна профілактика ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики.

**Предмет** дослідження – умови ефективності соціальної профілактики ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики.

**Мета** дослідження: на основі аналізу теоретичних засад, вивчення українського та міжнародного досвіду визначити та експериментально перевірити умови ефективності соціальної профілактики ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики.

Відповідно до поставленої мети визначено основні **завдання** дослідження:

1. На підставі аналізу науково-методичних джерел визначити чинники ризику інфікування ВІЛ людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхню роль в поширенні епідемії ВІЛ в Україні.

2. Розкрити теоретичні засади та проаналізувати досвід соціальної профілактики ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, в Україні та світі.

3. На основі аналізу світового та вітчизняного досвіду розкрити зміст та профілактичні можливості замісної підтримувальної терапії.

4. Обґрунтувати умови та критерії ефективності соціальної профілактики ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії.

5. За допомогою аналізу процесу добору та участі людей, які вживають ін'єкційні наркотики, у програмах замісної підтримувальної терапії в Україні та її впливу на учасників експериментально перевірити умови ефективності соціальної профілактики ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії.

**Теоретико-методологічну основу** дослідження становлять: наукові дослідження щодо природи ВІЛ-інфекції та чинників її поширення (Всесвітня організація охорони здоров'я, Центр контролю за захворюваннями США,

ЮНЕЙДС); положення міжнародних документів щодо протидії ВІЛ (клінічні протоколи Всесвітньої організації охорони здоров'я, керівництва Центрів контролю за захворюваннями США); теоретичні підходи до визначення сутності, змісту, методів, видів, моделей соціальної профілактики (О. Безпалько, Т. Веретенко, Т. Журавель, І. Зверева, В. Лютий, Т. Лях, Т. Спіріна); нормативно-правові засади профілактики ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (Закони України, Укази Президента, Постанови Верховної Ради України, Постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України); теоретичні та методичні засади впровадження замісної підтримувальної терапії (затверджені Міністерством охорони здоров'я України протоколи та стандарти, С. Дворяк, К. Думчев, Т. Семигіна, В. Полтавець); теоретичні та методичні засади емпіричних досліджень ефективності програм профілактики ВІЛ (Всесвітня організація охорони здоров'я, Центри контролю за захворюваннями США, ЮНЕЙДС); міжнародні дослідження ефективності програм замісної підтримувальної терапії (Всесвітня організація охорони здоров'я, Центри контролю за захворюваннями США, Фр. Алтіс, Д. Вульф та інші.), специфіка надання соціальних послуг для людей, які вживають ін'єкційні наркотики і є пацієнтами замісної підтримувальної терапії, в Україні (Фр. Алтіс, Д. Брюс, С. Дворяк, С. Філіппович, О. Зеленев, А. Мажная).

Задля виконання окреслених завдань використовуються такі **методи дослідження**: *теоретичні* — аналіз наукових соціологічних, психологічних, соціально-педагогічних праць, присвячених проблемі дослідження, з метою визначення науково-теоретичного підґрунтя впровадження програм замісної підтримувальної терапії для людей, які вживають ін'єкційні наркотики; *емпіричні* — структуроване анкетування для вивчення індивідуальних особливостей людей, які вживають ін'єкційні наркотики, умов їх залучення, процесу та результату отримання ними замісної підтримувальної терапії; напівструктуровані інтерв'ю для вивчення індивідуальних особливостей людей, які вживають ін'єкційні наркотики, умов їх залучення, процесу та результату отримання ними замісної підтримувальної терапії; *методи математичної статистики* для кількісного

оброблення даних і визначення статистичної значущості отриманих під час експерименту результатів та *контентний аналіз* для оброблення якісних даних, отриманих під час напівструктурованих інтерв'ю з учасниками дослідження.

**Наукова новизна та теоретичне значення** отриманих результатів дослідження полягає в тому, що:

*вперше визначено* поняття «соціальна профілактика ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН)» як комплекс заходів, спрямованих на попередження, обмеження та зупинення передачі ВІЛ парентеральним та статевим шляхами між представниками цієї групи та між ними та іншими людьми, що реалізується за допомогою надання ЛВІН соціальних та медичних послуг і застосування інструментів соціального супроводу; «соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії (ЗПТ)» як профілактичну (соціальну) послугу або профілактичне втручання для ЛВІН, комплекс заходів, спрямованих на попередження, обмеження та зупинення передачі ВІЛ у цій ключовій групі шляхом мотивації її представників вступати в програму ЗПТ, утримуватися в програмі ЗПТ, відмовлятися від ризикованої поведінки та надання їм допомоги в подоланні проблем і складних життєвих обставин; «умови ефективності ЗПТ» як вимоги до її побудови та організації впровадження, що забезпечують досягнення очікуваних результатів щодо профілактики ВІЛ серед ЛВІН; *обґрунтовано* умови ефективності соціальної профілактики ВІЛ засобами ЗПТ: перебування споживача ін'єкційних наркотиків у програмі ЗПТ понад 6 місяців; правильність призначеної дози препарату ЗПТ; безперервне й тривале лікування; доступність лікування у зв'язку з коморбідними станами; поєднання фармакологічного лікування із заходами соціального супроводу; *розроблено* критерії соціальної профілактики ВІЛ засобами ЗПТ; *виявлено* чинники, які сприяють, та бар'єри, які заважають набору людей ЛВІН, у програму ЗПТ; *ідентифіковано* бар'єри та фасилітуючі фактори щодо тестування на ВІЛ, офіційної реєстрації в центрі СНІДу та формування прихильності до лікування;

*уточнено* зміст поняття «соціальна профілактика ВІЛ» як комплекс заходів, спрямованих на запобігання передачі ВІЛ, зниження його розповсюдження та



мінімізацію соціальних та медичних наслідків для осіб, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ); можливості ЗПТ у соціальній профілактиці ВІЛ;

*подальшого розвитку набули систематизація чинників ризику інфікування ВІЛ ЛВІН та ідентифікація їхньої ролі у поширенні епідемії ВІЛ в Україні; концептуальні положення та зміст замісної підтримувальної терапії як засобу профілактики ВІЛ.*

**Практичне значення** результатів дослідження полягає у впровадженні методики оцінювання ефективності профілактичного впливу програми ЗПТ серед ЛВІН, удосконаленні наявної моделі надання послуг із соціальної профілактики ЛВІН завдяки отриманим рекомендаціям з метою досягнення максимального рівня прихильності, утримання на лікуванні та насамперед профілактики ВІЛ серед ЛВІН в Україні; в можливості використання його результатів при подальшій розробці політик в сфері надання послуг соціальної профілактики ВІЛ для ЛВІН як на регіональному, так і на національному та міжнародних рівнях.

Основні положення та висновки дисертації можуть бути використанні в діяльності фахівців із соціальної роботи, соціальних педагогів, практичних психологів і соціальних працівників (СП) державних та громадських організацій, спеціалістів центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; закладами вищої освіти в розробленні навчальних дисциплін «Соціальна підтримка груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та інших соціально небезпечних хвороб» (для студентів першого (бакалаврського) освітнього рівня), «Сучасні стратегії надання соціальних послуг» (для студентів другого (магістерського) освітнього рівня) спеціальності «Соціальна робота».

**Упровадження результатів дисертації.** Результати дослідження впроваджено в практику роботи таких державних установ: Комунальне підприємство «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради; Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія»; Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради «Львівський обласний медичний центр превенції та терапії uzалежнень» та

Комунальне некомерційне підприємство «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради. Результати дослідження також було впроваджено в практику роботи таких недержавних організацій: Громадська організація «Синергія душ» (м. Дніпро); Громадська організація «Суспільного здоров'я та позитивних дій «Час життя» (м. Миколаїв) та Благодійний фонд «Веселка» (м. Одеса).

**Особистий внесок здобувача.** Репрезентовані в дисертації наукові результати отримано автором самостійно.

У статті «Medication-assisted treatment program as means of social prevention of HIV in people who inject drugs in Ukraine» автором було висвітлено загальний стан програми ЗПТ в Україні.

У статті «Доступ до психосоціальних послуг на сайтах замісної підтримувальної терапії – чинник профілактики ВІЛ» автором було продемонстровано роль доступу до психосоціальних послуг на сайтах ЗПТ на кожному етапі каскаду ВІЛ-послуг.

У статті «The role of access to integrated services at opioid agonist treatment sites in reaching 90-90-90 cascade in people who inject drugs in Ukraine: Country-level data» автор розглянув роль доступу до інтегрованих послуг на сайтах ЗПТ у профілактиці ВІЛ серед ЛВІН на прикладі каскаду ВІЛ-послуг.

У статті «Successful transfer of stable patients on opioid agonist therapies from specialty addiction treatment to primary care settings in Ukraine: A pilot study» автор описав перший досвід України з переведення стабільних пацієнтів ЗПТ у заклади охорони здоров'я первинної ланки.

У статті «High Perceived Stress in Patients on Opioid Agonist Therapies during Rapid Transitional Response to the COVID-19 Pandemic in Ukraine» автором висвітлено емоційний стан пацієнтів замісної підтримувальної терапії одразу після початку пандемії COVID-19 в Україні та описано роль соціального супроводу.

У статті «Medications for opioid use disorder during the war in Ukraine: a more comprehensive view on the government response» автором було представлено більш

детальний опис відповіді держави на надання послуг замісної підтримувальної терапії в перші місяці повномасштабного вторгнення на територію України.

У статті «Responding to health policy recommendations on managing opioid use disorder during Russia's invasion of Ukraine: Divergent responses from the frontline to the west» автором висвітлено перші кроки програми замісної підтримувальної терапії в перший місяць повномасштабного вторгнення в Україну в лютому 2022 року.

У статті «Rapid transitional response to the COVID-19 pandemic by opioid agonist treatment programs in Ukraine» автор проаналізував вплив пандемії COVID-19 на стан програми ЗПТ в Україні та продемонстрував вплив пандемії на набір та утримання в програмі.

У статті «Qualitative Explorations of Early Experiences of Opioid Use Disorder Patients from Private Clinics after Russia's Invasion of Ukraine in Six Large Cities» автором проаналізовано та описано досвід пацієнтів замісної підтримувальної терапії в перші місяці повномасштабного вторгнення на територію України.

У статті «Extending a lifeline to people with HIV and opioid use disorder during the war in Ukraine», опублікованій у співавторстві з Д. Бромбергом та професором Р. Алтісом у науково-метричному виданні «The Lancet» із фактором впливу 50,0, висвітлено перспективи ЛВІН, які живуть із ВІЛ, у період повномасштабного вторгнення в Україну.

У статті «Medications for opioid use disorder during war in Ukraine: Innovations in public and private clinic cooperation» автором описано успішний досвід співпраці державних та приватних сайтів замісної підтримувальної терапії в Україні в умовах воєнного стану.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення, висновки, окремі частини та практичні результати дисертаційного дослідження було представлено в доповідях на 6 міжнародних практичних конференціях: «The Role of Access to Psychosocial Support Services at Opioid Agonist Treatment Sites in Reaching the 95-95-95 HIV Cascade in People Who Inject Drugs in Ukraine: Country-Level Data» на International Network on Health and Hepatitis in Substance Users (м. Женева,

Швейцарія, 17–20 жовтня 2023 року), «The Impact of the 2014 Military Conflict in the East of Ukraine and the Autonomous Republic of the Crimea on Opioid Agonist Therapies Patients» на International Harm Reduction Conference (м. Мельбурн, Австралія, 16–20 квітня 2023 року), «Perceived Stress in Patients on Opioid Agonist Therapies Remains High Six Months Upon Rapid Transitional Response to the COVID-19 Pandemic in Ukraine» на National Institutes of Drug Addiction International Forum (м. Денвер, США, 13–19 червня 2022 року), «HIV Serosorting upon Completion of HCV Treatment in People with the History of Injecting Drug Use in Ukraine» на 24th International AIDS Conference (м. Монреаль, Канада, 29 липня — 2 серпня 2022 року) та «Who Drops out of Opioid Agonist Therapies in Ukraine and Why: Country-Wide Analysis» на National Institutes of Drug Addiction International Forum (м. Монреаль, Канада, 14–17 червня 2022 року).

Основні результати дисертаційної роботи обговорено й на них отримано позитивну оцінку на засіданнях кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи, семінарах та щорічних звітних науково-практичних конференціях Київського університету імені Бориса Грінченка (м. Київ, 2020–2024 роки).

**Публікації.** Основні положення та результати дослідження висвітлено у 11 наукових публікаціях (із них 2 — одноосібні, 9 — у співавторстві), зокрема: 2 статті — у наукових виданнях, включених на дату опублікування до переліку наукових фахових видань України; 9 статей (у співавторстві), у періодичних наукових виданнях, проіндексованих у базі даних Scopus та Web of Science Core Collection.

**Структура й обсяг дисертації.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (320 позицій, з-поміж яких 289 – іноземними мовами), 23 додатки (на 93 сторінках). Праця містить 13 таблиць та 1 рисунок. Загальний обсяг дисертації становить 329 сторінок, із них основного тексту 193 сторінок.

## РОЗДІЛ 1

### СОЦІАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ СЕРЕД ЛЮДЕЙ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ІН'ЄКЦІЙНІ НАРКОТИКИ

#### 1.1. Епідеміологічна ситуація з ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, у світі та в Україні

ВІЛ — це абревіатура, що означає ретровірус повільної дії, який належить до роду лентівірусів. Його вважають головною або єдиною причиною СНІДу. ВІЛ передається через статевий шлях, кров або вертикально (від матері до дитини). Відомо два типи ВІЛ: ВІЛ-1 та ВІЛ-2 (Mendes et al., 2023). Коли ВІЛ проникає в клітини людини, він вивільняє РНК і фермент, який називають зворотною транскриптазою, робить копії РНК ВІЛ у ДНК. Отримана ДНК ВІЛ інтегрується в ДНК інфікованих клітин. Цей процес протилежний тому, який використовують клітини людини для створення копій РНК із ДНК. З цієї причини ВІЛ називають ретровірусом, маючи на увазі цей зворотний процес. Інші РНК-віруси, такі як вірус поліомієліту, вірус грипу та вірус кору, на відміну від ретровірусів, не створюють копій своєї ДНК після проникнення в клітину. Ці віруси просто роблять РНК-копії вихідної РНК. У ВІЛ-інфікованих клітинах щоразу, коли клітина ділиться, окрім власної ДНК клітини заново реплікується інтегрована ДНК ВІЛ (Kumar et al., 2023). Реплікація ДНК ВІЛ відбувається в одному з таких станів:

- неактивний (латентний) стан: вірус присутній, але не завдає шкоди;
- активний стан: вірус бере на себе функції інфікованої клітини, змушуючи її створювати та вивільняти нові копії ВІЛ у великій кількості, які потім проникають в інші клітини.

Ми зараз маємо достатньо даних про те, як передається ВІЛ. Дослідження показали, що ВІЛ може передаватися через статеві контакти, інфіковані інструменти, від матері до дитини під час вагітності або годування груддю (Hofacker et al., 2023; Sun et al., 2023). Немає доказів, що ВІЛ може передаватися через їжу, воду, комах, кашель, чхання або рукотискання. Немає випадків інфікування в школах, на робочих місцях або в інших громадських місцях (Sun et

al., 2023). Важливо розуміти правильні шляхи передачі інфекції, щоб знайти ефективні способи контролю подальшого поширення хвороби.

Розглядаючи чинники підвищеного ризику інфікування ВІЛ-інфекцією, ми можемо виділити такі (Міністерство охорони здоров'я України, 2013):

- вживання наркотиків та ПАР за допомогою ін'єкцій, яке передбачає спільне використання шприців, голочок та інших ін'єкційних засобів;
- статеві стосунки з більше ніж одним партнером без використання засобів захисту, у тому числі випадки з винагородою;
- анальні статеві стосунки без використання засобів захисту, у тому числі випадки з винагородою.

СНІД — це захворювання, спричинене інфекцією ВІЛ, яке без належного лікування призводить до важкого системного імунодефіциту. За відсутності належного лікування СНІД спричиняє опортуністичні інфекції та злоякісні пухлини. В останні роки розробка терапевтичних препаратів значно прогресувала, і зараз є можливість вести нормальне життя без втрати імунітету, якщо пацієнт отримує медикаментозне лікування на ранній стадії (Iwarson, 1984).

ВІЛ — це вірусна інфекція, яка поступово руйнує певні лейкоцити й може викликати СНІД (Shelke et al., 2023). Незважаючи на зареєстровані випадки СНІДу в Західному світі з початку 1980-х років, вчені вважають, що ВІЛ, імовірно, з'явився в результаті переходу від шимпанзе до людини, близько 100 років тому (Castro et al., 1989; Shankey & Eyster, 1983).

За історичними прикладами, під час різких змін економічного та політичного стану в суспільстві зазвичай спостерігається зростання різних негативних явищ, у тому числі поширення соціально небезпечних хвороб, таких як ВІЛ-інфекція / СНІД (Friedman et al., 2023). За даними експертів ВООЗ, на початок 2022 року оцінюється, що загальна кількість зареєстрованих хворих на ВІЛ у світі становила близько 38 мільйонів осіб (World Health Organization, 2022).

Деякі наукові дослідники (Johnson et al., 2023; McIntyre et al., 2023; Mody et al., 2023) висувають високоймовірну «гіпотезу мисливця» щодо походження ВІЛ. Згідно з цією гіпотезою, передача вірусу з шимпанзе на людину, відома як

«спільництво» або «перелив», могла відбуватися не раніше, ніж у 1920-ті роки. У цьому варіанті передачі вірусів, наприклад, через укуси або порізи, шимпанзе, який був здобутий людиною-мисливцем під час полювання, передав свої віруси родовому виду людини. З огляду на існування різних штамів ВІЛ у людини є припущення, що такі передачі відбувалися неодноразово.

Доповіді досліджень, проведених американськими дослідниками, виявили присутність ВІЛ у зразках збережених людських тканин, взятих в Африці в 1959 і 1960 роках (Rousseau et al., 2007; Worobey et al., 2008). Також робиться припущення, що вірус перейшов з Африки через Карибський басейн до Америки в 1960–1970-ті роки. В Сполучених Штатах вірус, можливо, розповсюджувався непомітно приблизно 10 років аж до того моменту, коли зростання випадків СНІДу на початку 1980-х років привернуло увагу медичних фахівців, учених та широкої громадськості (Pépin, 2013).

Протягом останніх десятиліть світова спільнота досягла значного прогресу у відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу. Однак, у контексті ЛВІН, ця проблема залишається особливо складною через множинні бар'єри, які перешкоджають ефективній профілактиці та лікуванню. Серед них стигматизація, обмежений доступ до медичної допомоги, законодавчі обмеження та недостатність програм профілактики, спеціально розроблених для цієї групи населення (Ballard et al., 2023; Vigio et al., 2023).

Проблема ВІЛ/СНІДу залишається важливою на світовому рівні, оскільки поширення ВІЛ досягло масштабів глобальної епідемії, створюючи загрозу соціально-економічному розвитку багатьох країн. Україна також зіткнулася із серйозними викликами через зростаючу кількість ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Це стало одним із ключових напрямів в охороні здоров'я та соціальному розвитку в державній політиці України, а також предметом її міжнародних зобов'язань, включно з виконанням Декларації Цілей розвитку тисячоліття та Політичної декларації ООН щодо боротьби з ВІЛ/СНІДом (Міністерство охорони здоров'я України, 2022).

Сучасна проблема ВІЛ/СНІДу вже давно вийшла за межі простого медичного виміру і стала однією з найбільших загроз соціально-економічному прогресу в усьому світі. Україна також не є винятком, оскільки епідемія ВІЛ/СНІДу — це серйозний виклик для суспільства й загроза національній безпеці країни. За результатами досліджень та експертних думок, масштаби поширення цього захворювання в нашій країні вимагають нового, комплексного підходу з урахуванням різних аспектів науки та державного управління (Міністерство охорони здоров'я України, 2022).

Наприкінці ХХ та на початку ХХІ століття соціум зіткнувся з проблемою розповсюдження епідемій СНІДу і наркоманії, а також високої кількості народження дітей, інфікованих ВІЛ або хворих на СНІД. ВІЛ-інфекція стала однією з найважливіших соціальних і економічних проблем сучасного суспільства.

Згідно зі статистикою, у 2000 році 3 мільйони людей померли від СНІДу. Серед них 48% були жінками, а кожна п'ята загибла особа — дитина (UNAIDS, 2017b).

З огляду на доповідь, опубліковану міжнародною організацією ЮНЕЙДС, є три основні моделі епідеміологічного поширення ВІЛ-інфекції, ідентифіковані на глобальному рівні (Cuadros et al., 2019; Doan et al., 2022; Khalifa et al., 2019). Їх наведено нижче.

Модель І поширення ВІЛ у регіонах, таких як Північна та Південна Америка, Західна Європа, Скандинавія, Австралія та Нова Зеландія, переважно зафіксована серед чоловіків, які мають одностатеві стосунки, а також серед осіб, що вживають наркотики через внутрішньовенні ін'єкції. При цьому близько 90% інфікованих становлять чоловіки. Незважаючи на важливість використання стерильних голочок, ризик передачі ВІЛ залишається високим через часте використання нестерильних голочок серед наркозалежних. Співвідношення числа випадків СНІДу між чоловіками та жінками варіюється від 10 до 1 та 15 до 1, що відображає нижчий рівень інфікування серед жінок. Це також призводить до відносно рідкісних випадків передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності.



У регіонах, таких як Африка, Карибський басейн та деякі частини Північної Америки, спостерігається унікальна тенденція поширення ВІЛ, відома як модель II. У цих місцях основним шляхом передачі вірусу є гетеросексуальні контакти, тобто стосунки між партнерами протилежної статі. Цікаво, що в цих регіонах співвідношення інфікованих чоловіків і жінок приблизно рівне. Водночас перенесення вірусу через одностатеві контакти чи в результаті внутрішньовенного вживання наркотиків є або вкрай рідкісним, або повністю відсутнім. Особливість цієї моделі полягає у великій кількості випадків передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності, пологів або годування груддю через високий рівень інфекційності серед жінок. Це створює унікальний виклик у профілактиці та лікуванні ВІЛ у цих спільнотах.

Модель III поширення ВІЛ є особливою для регіонів, таких як Східна Європа, Північна Африка, Близький Схід, Азія та Тихоокеанський басейн (окрім Австралії та Нової Зеландії), де динаміка епідемії ВІЛ відрізняється від інших частин світу. Цікаво, що в цих місцях загальна кількість випадків зараження залишається відносно низькою, але більшість із них пов'язана з контактами з особами, які перебували в регіонах з поширенням моделей I та II ВІЛ. Особливістю цих регіонів є те, що лише протягом останніх 3–4 років спостерігається зростання кількості місцевих випадків інфекції, які передаються через статеві контакти та внутрішньовенні ін'єкції, особливо в медичних установах. Іншим джерелом інфекції в цих регіонах є імпортована донорська кров та її продукти. Наприклад, у таких країнах, як Румунія, де епідемія розвивається за цією моделлю, було зафіксовано високу кількість випадків СНІДу.

Ця модель підкреслює глобальну взаємозалежність у поширенні ВІЛ, через яку міграційні потоки та міжнародні зв'язки грають ключову роль у розповсюдженні вірусу. Водночас зростаюча кількість місцевих випадків зараження свідчить про необхідність зміцнення систем охорони здоров'я та підвищення обізнаності про безпечні медичні практики.

У країнах Східної Європи та Центральної Азії (СЄЦА) епідемія ВІЛ продовжує зростати. Так, у період із 2010 по 2015 роки кількість нових випадків ВІЛ у цьому регіоні зросла на 50% (Bailey et al., 2017; Gökengin et al., 2023).

Особи, які перебувають у складних життєвих обставинах, мають підвищений ризик інфікування ВІЛ. Це пов'язано з тим, що вони часто мають доступ до обмежених ресурсів, що може призвести до ризикованої поведінки, яка сприяє передачі ВІЛ (Міністерство охорони здоров'я України, 2013). До таких осіб належать:

1. Особи, які перебувають у в'язницях. У в'язницях часто поширені такі фактори ризику, як спільне використання голочок, примусовий секс і жорстоке поводження.

2. Безпритульні особи. Вони часто не мають доступу до безпечних місць для сексуальних контактів або ін'єкцій наркотиків, що може призвести до ризикованої поведінки.

3. Мігранти. Часто вони мають обмежений доступ до медичних послуг і освіти, що може призвести до незнання про ВІЛ і способи його профілактики.

4. Особи, звільнені від відбування покарань. Особи, які звільняються з в'язниці, часто мають обмежені можливості для працевлаштування й пошуку житла, що може призвести до ризикованої поведінки.

5. Безпритульні та діти без опіки. Представники цієї категорії часто мають обмежений доступ до освіти й охорони здоров'я, що може призвести до ризикованої поведінки.

Нижче наведено конкретні приклади того, як ризикова поведінка може призвести до інфікування ВІЛ у цих групах:

1. У в'язницях спільне використання голочок для ін'єкцій наркотиків є поширеним явищем. Це може призвести до передачі ВІЛ від однієї людини до іншої.

2. Безпритульні особи часто мають нестабільні сексуальні стосунки й можуть не використовувати презервативи. Це може призвести до передачі ВІЛ через незахищений секс.

3. Мігранти можуть не знати про ВІЛ і способи його профілактики. Через це вони можуть не використовувати презервативи або не проходити тестування на ВІЛ.

4. Особи, які звільняються з в'язниці, часто мають обмежені можливості для працевлаштування й пошуку житла. Це може призвести до того, що вони будуть жити в умовах, які підвищують ризик інфікування ВІЛ, таких як бідність, насильство і торгівля людьми.

5. Безпритульні діти та діти без підтримки часто не отримують належної сексуальної освіти. Тому вони можуть не знати про ризики незахищених сексуальних стосунків і не будуть використовувати презервативи.

Важливо зазначити, що не всі особи, які перебувають у складних життєвих обставинах, мають підвищений ризик інфікування ВІЛ. Однак ці групи населення мають більший ризик, ніж інші, і тому вони повинні бути особливо уважними до ризикованої поведінки. У своїй доповіді на конференції «ВІЛ-інфекція в Україні: сучасні тенденції та шляхи протидії» у 2023 році Надія Дугіна, керівниця відділу профілактики Центру громадського здоров'я МОЗ України, акцентувала на таких ключових групах, схильних до ризику інфікування ВІЛ в Україні: чоловіки, що мають статеві відносини з чоловіками, та бісексуальні чоловіки (50% нових випадків інфікування), жінки, які надають сексуальні послуги (20% нових випадків), особи, що вживають ін'єкційні наркотики (15% нових випадків), а також особи з низьким рівнем освіти та доходів (10% нових випадків). Н. Дугіна також звернула увагу на зростання відсотка інфікованих жінок, особливо у віковій категорії репродуктивного віку, що пояснюється зростанням рівня ін'єкційного наркотичного вживання серед жінок, недостатньою увагою до використання засобів захисту під час статевих актів та низьким рівнем обізнаності про ВІЛ. Вона запропонувала зосередитись на таких заходах: розширення доступу до тестування на ВІЛ, проведення інформаційних кампаній для підвищення обізнаності про ВІЛ-інфекцію та її передачу, забезпечення доступу до якісного лікування. Важливість роботи з ключовими групами ризику для підвищення їхньої обізнаності про ВІЛ та

способи запобігання йому було також підкреслено (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023а).

Під час Національної оцінки ситуації ВІЛ/СНІД в Україні (2021) було виділено такі ключові групи щодо інфікування ВІЛ:

- ЛВІН — на них припадає близько 50% усіх нових випадків ВІЛ-інфекції в Україні;
- люди, які займаються сексом за гроші, — близько 25% усіх нових випадків ВІЛ-інфекції в Україні;
- гомосексуальні та бісексуальні чоловіки — близько 20% усіх нових випадків ВІЛ-інфекції в Україні.

Крім того, ВІЛ-інфекцією можуть заразитися люди, які мають незахищений секс із партнером, у якого є ВІЛ, а також діти, народжені жінками, які живуть із ВІЛ.

Світ, у якому понад 40 мільйонів людей живуть із ВІЛ/СНІД, не може відгородитись від них. Однак і нині упередженість стосовно ЛЖВ і стигма є дуже актуальними (Davy-Mendez et al., 2023; Masa et al., 2023).

У контексті ВІЛ-інфекції ризиковані практики, пов'язані зі стигмою, охоплюють такі аспекти (Gruszczynska & Rzeszutek, 2023; Yuan et al., 2023):

1. Ставлення до ЧСЧ (чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками). Дослідження, проведене в США, виявило, що стигма, пов'язана з ВІЛ, є значним бар'єром для залучення до профілактики та лікування ВІЛ і серед ВІЛ-негативних, і ВІЛ-позитивних ЧСЧ. З'ясовано, що внутрішня стигма пов'язана з нижчим рівнем лікування серед ВІЛ-позитивних ЧСЧ. Також було виявлено, що ВІЛ-позитивні ЧСЧ на півдні США більше схильні до ризикованої сексуальної поведінки.

2. Загальні впливи стигми на ВІЛ-інфікованих. Дослідження в Манітобі, Канада, показало, що стигма, пов'язана з ВІЛ, має емоційний та соціальний вплив на ЛЖВ, що підкріплюється опресивними структурами та міжособистісними ставленнями та поведінкою. Ці впливи поглиблюються через перетинання різних форм опресії, у тому числі расизм, сексизм та гомофобію. Учасники дослідження

також ділилися своїми персональними стратегіями та переходами до протидії стигмі.

3. Механізми впливу стигми. Стаття описує різні механізми, через які стигма впливає на індивідів, у тому числі реалізована, очікувана та внутрішньо усвідомлена стигма. Реалізована стигма охоплює дискримінаційну поведінку щодо осіб зі стигматизованими станами здоров'я та всі способи, якими люди відчували дискримінацію через насильство, виключення, звинувачення та інші поведінки, які ставлять їх у невігідне соціальне та економічне становище. Очікувана стигма означає очікування людей на переживання упередження та дискримінації від інших, а внутрішньо усвідомлена стигма — негативні ставлення та почуття, які людина з ВІЛ може мати щодо себе самої.

4. Вплив стигми на ризиковані поведінкові моделі. Дослідження показало, що переживання стигми, пов'язаної з ВІЛ, прогнозовано асоціюється із симптомами депресії, паніки та загальної тривожності. Крім того, сприйняття стигми, пов'язаної з ВІЛ, прогнозовано пов'язане з ризикованою сексуальною поведінкою, у тому числі незахищеними рецептивними або інсертивними анальними статевими актами з ВІЛ-негативними або невідомими партнерами.

5. Поведінка, яка несе в собі ризик інфікування ВІЛ, особливо серед ключових груп, часто пов'язана з їхньою соціальною вразливістю. Ця вразливість посилюється через стигматизацію в суспільстві, що створює бар'єри для доступу до ефективних профілактичних заходів та соціальної підтримки. Ставлення суспільства, яке часто відображає негативні упередження, перешкоджає залученню цих груп до програм, спрямованих на зниження ризику зараження та підтримку в подоланні їхньої вразливості.

Слово «стигма» походить від грецького слова «stigma», що означає «тавро» або «пляма». У Давній Греції людям, яких було визнано винуватими в деяких злочинах або зганьбленнях, можна було нанести тавро розпаленим залізом або застосувати інші методи, щоб вони були впізнаваними та відрізнялися від інших. Це слугувало для публічного позначення їхньої негативної поведінки (Turun et al., 2023).

У сучасному використанні термін «стигма» не вказує на конкретний знак на тілі, як у давньогрецькому визначенні. Зазвичай він вказує на принизливий або ганебний статус індивіда в суспільстві через певні характеристики, які можуть бути пов'язані з його особистістю, станом здоров'я, соціальним статусом тощо.

Висловлюючи свою думку про роль стигми, американський психолог Гордон Олпорт дуже точно відзначив: «Ярлики діють на нас так само, як пронизливий звук сирени, і ми стаємо глухими до всіх тонких звуків, які у спокійних обставинах обов'язково помітили б». Стигма призводить до того, що особа стає визначеною лише своїми негативними характеристиками, що ставить її в соціальну небезпеку (Perry et al., 2022; Pullen et al., 2022).

Ірвін Гоффман, американський дослідник, якого вважають класиком теорії стигми, надав опис характеристик хвороб, які можуть бути предметом стигматизації (Birenbaum, 1992; Goldin, 1994):

1. В суспільстві часто поширене уявлення про те, що людина сама відповідає за свою хворобу. Це може бути пов'язано з неправильними уявленнями про причини, що призводять до хвороби, або стереотипами щодо здоров'я і хвороби.

2. Багато хвороб є прогресуючими й невиліковними, що може створювати незручності й дискримінацію для людей, які ними хворіють. Це також може спричиняти відчуття безнадійності й байдужості відносно свого стану.

3. Недостатній рівень освіти та обізнаності суспільства стосовно конкретної хвороби може поглиблювати стигму. Люди, які мають обмежене розуміння або неправильні уявлення про хворобу, можуть виявляти некоректну поведінку або виражати недоречні коментарі, що сприяє посиленню стигми.

4. Стигми, пов'язані з хворобами, які важко приховувати або неможливо повністю приховати. Це може бути видно особливо у випадку хронічних або видимих станів. Вигляд, фізичні обмеження або лікування можуть бути помітними і впливати на сприйняття інших людей.

5. Враховуючи це, важливо підтримувати інклюзивне суспільство, де хворі люди не будуть стикатися зі стигматизацією і дискримінацією, але отримуватимуть повагу, підтримку та правильну інформацію.

Очевидно, що ці ознаки можна застосувати і до ВІЛ-інфекції, оскільки людей, які інфікувалися ВІЛ, суспільство сприймає як відповідальних за свій стан (це стосується, наприклад, статевого шляху передачі або спільного використання забрудненого інструментарію для вживання наркотиків). Навіть за наявності ефективного підтримувального лікування ВІЛ-інфекція залишається невиліковною хворобою. Рівень знань про ВІЛ у суспільстві все ще низький, і пізня стадія ВІЛ-інфекції, СНІД, зазвичай має негативний вплив на фізичний стан людини.

Виділяють дві категорії стигми: стигму, яка проявляється ззовні, та стигму, що присутня внутрішньо.

Зовнішня стигма націлена на зазначену особу ззовні й може виявлятися в різних формах, таких як фізичне насилля, моральне приниження, звинувачення, осуд, ігнорування тощо. Іншими словами, це прояв неприязного ставлення оточення до людини, яка відрізняється від інших.

Внутрішня стигма виникає внаслідок внутрішніх переживань особи, таких як відчуття власної неповноцінності та безпорадності. Виникнення внутрішньої стигми спричиняється ставленням та діями оточення, проте внутрішня стигма підсилює зовнішню, оскільки захисні дії, до яких звертаються ВІЛ-позитивні особи, часто полягають в униканні або самоізоляції (відмова від отримання медичної допомоги, лікування, уникання соціальної активності, близьких відносин з іншими людьми). Це підтверджується результатами дослідження «Показник рівня стигми людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом — індекс стигми», проведеного ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» (Vasylyeva et al., 2015).

Дуже часто одна особа може долати не одну, а кілька форм стигми одночасно. У контексті епідемії ВІЛ-інфекції стигма, пов'язана з ВІЛ, часто накладається на вже наявні в людини стигми, такі як гомосексуальність, вживання ПАР та ін. Це може суттєво посилити негативне ставлення соціуму до такої особи. Отже, це не лише збільшує ступінь соціальної неприйнятності, а й робить важчим для людини з ВІЛ знаходження підтримки та розуміння у своєму оточенні.

Стійка стигматизація завжди безпосередньо призводить до проявів дискримінації, часто охарактеризованої як стигматизація в практиці.

Поняття «дискримінація» означає умисне обмеження прав певної частини населення, конкретних груп чи індивідів за певною ознакою (Jones, 2019). У випадку ВІЛ-інфекції ця ознака може призвести до втрати роботи, неправильного надання медичної допомоги, виключення дитини зі школи тощо (Akrami & Abbasi, 2019).

Стигматизація та дискримінація, пов'язані з ВІЛ, знаходять свій корінь в самому виникненні хвороби і є актуальними проблемами, що впливають на всі аспекти життя ЛЖВ. Це не лише перешкоджає особистому розвитку ВІЛ-позитивних осіб, а й утруднює боротьбу з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні.

Найпоширенішими формами стигматизації є плітки, образи, переслідування та усна агресія, спрямована на людей із ВІЛ.

У своєму дослідженні О. Іванова, І. Дідик, В. Куценко, О. Воробйова зосередили увагу на тому, що стигма й дискримінація, асоційовані з ВІЛ, мають значний психологічний вплив, часто призводячи до розвитку депресії, зниження самоповаги та відчуття відчаю у ЛЖВ. Такий вплив не тільки підриває психічне здоров'я осіб із ВІЛ, а й послаблює їхню волю до боротьби, спонукаючи їх до самоприниження і відчуття вини. Автори вказують, що рівень самостигматизації серед цієї групи населення залишається високим — 82% (Іванова О.В., 2022).

У 2014 році, в межах проєкту RESPECT, що має на меті зменшення стигми та дискримінації, пов'язаних із ВІЛ, серед груп із високим ризиком зараження у медичних установах України, Всеукраїнська мережа ЛЖВ розробила інформаційний посібник. Цей проєкт, реалізований за фінансової підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), містив важливі статистичні дані про самостигматизацію серед осіб, які живуть із ВІЛ. Ця ініціатива стала значущим кроком у зміцненні освітніх та підтримувальних зусиль, спрямованих на подолання викликів, з якими стикаються ЛЖВ, в контексті охорони здоров'я в Україні.

Упереджене ставлення до ЛЖВ часто є результатом страху перед інфікуванням, а також експлуатаційних та моральних пристрастей (Mendez-Lopez et al., 2023). Люди бояться інфікуватися ВІЛ, оскільки це може призвести до



серйозних проблем зі здоров'ям і навіть смерті. Крім того, деякі люди негативно ставляться до ЛЖВ через їхню сексуальну орієнтацію, гендерну ідентичність або інші особливості поведінки (Nkulu-Kalengayi et al., 2023).

Щоб боротися зі стигмою та дискримінацією, необхідно підвищувати обізнаність про ВІЛ та інші стигматизовані групи (Beer et al., 2023). Це можна зробити завдяки освітнім кампаніям, які допоможуть людям краще зрозуміти ВІЛ та шляхи його передачі. Також важливо пропагувати толерантність та розуміння до ЛЖВ незалежно від їхньої сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності або інших особливостей поведінки (D'Anna & Chang, 2023).

Стигма, пов'язана з ВІЛ, може мати серйозні наслідки для ЛЖВ, а також для суспільства загалом (Guaraldi et al., 2023; Ulvund et al., 2023):

1. Уникнення тестування на ВІЛ. Люди, які бояться стигматизації, можуть уникати тестування на ВІЛ. Це може призвести до пізнього виявлення ВІЛ-інфекції, що ускладнює лікування та підвищує ризик поширення інфекції.

2. Уникнення медичної допомоги. Люди, які живуть із ВІЛ і стикаються зі стигмою, можуть уникати медичної допомоги. Це може призвести до прогресування ВІЛ-інфекції та погіршення здоров'я.

3. Приховування статусу. Люди можуть приховувати свій ВІЛ-статус, щоб уникнути стигми та дискримінації. Це може ускладнити отримання підтримки та лікування.

4. Відмова від безпечного поведінки. Стигма може призвести до відмови від практикування безпечних форм поведінки, таких як використання презервативів або обмеження кількості сексуальних партнерів. Це може підвищити ризик зараження ВІЛ та іншими ППСШ.

5. Вплив на лікування та підтримку. Стигма може негативно впливати на доступ до якісного лікування та підтримки для ЛЖВ. Вони можуть зазнати дискримінації в медичних установах, розчаруватися в системі догляду або не отримувати необхідної підтримки.

Стигма, пов'язана з ВІЛ, може суттєво погіршувати якість життя ЛЖВ і впливати на їхнє фізичне і психічне здоров'я, а саме (Armstrong-Mensah et al., 2023; Logie et al., 2023):

1. Психологічний стан. Стигма може викликати почуття вини, сорому, відчуття неповноцінності та недостойності. Ці негативні емоції можуть погіршити психологічний стан людини, спричинити стрес, тривожність та депресію.

2. Здоров'я. Стигма може ускладнити доступ до належної медичної допомоги, знижувати згоду на лікування та вживання превентивних заходів. Це може зумовити прогресування ВІЛ-інфекції та зниження імунітету, що спричинює погіршення фізичного самопочуття й загрозу для загального здоров'я.

3. Соціальна захищеність. Стигма може призвести до соціальної відчуженості, втрати робочих місць, обмеження можливостей.

У межах цього дослідження основний фокус буде спрямований саме на ЛВІН як на ключову групу інфікування ВІЛ. ЛВІН — це соціальна група, яка використовує наркотичні речовини шляхом введення їх безпосередньо в кров за допомогою шприців або інших ін'єкційних засобів. Ця категорія охоплює осіб, які можуть вживати різноманітні речовини, такі як опіати, амфетаміни, кокаїн та ін., шляхом введення їх у вену, м'язи чи інші частини тіла. Заведено вважати людину ЛВІН, якщо вона приймала ін'єкційно не менше одного разу за останні 30 днів (Nesoff et al., 2023).

Епідемія ВІЛ серед ЛВІН є однією з найсерйозніших проблем охорони здоров'я у світі. Вона почалася в 1970-ті роки і з того часу поширилася на всі континенти. Вперше ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН було виявлено в 1981 році в США. У той час епідемія була зосереджена в Нью-Йорку, Сан-Франциско та Лос-Анджелесі (Ока, 2022). У 1980-ті роки епідемія поширилася на Європу, Азію та Африку. У цей період ВІЛ-інфекція серед ЛВІН була однією з основних причин смерті від СНІДу (Worobey et al., 2016).

До основних факторів, що сприяли поширенню епідемії ВІЛ серед ЛВІН, належать:

1. Вживання ін'єкційних наркотиків. Це основний шлях передачі ВІЛ-інфекції серед ЛВІН. У разі спільного використання шприців та голок вірус може передаватися від однієї людини до іншої.

2. Нестача інформації про ВІЛ та шляхи його передачі. Багато людей, які використовують ін'єкційні наркотики, не володіють достатньою інформацією про ВІЛ та шляхи його передачі. Це призводить до того, що вони не знають про ризик інфікування ВІЛ (Zhou et al., 2023). Чисельні дослідження, проведені в різних країнах світу, свідчать про те, що ЛВІН часто не усвідомлюють, що практикують ризиковану поведінку щодо інфікування та передачі ВІЛ (Bayani et al., 2020; Spencer et al., 2023; Uusküla et al., 2020).

3. Стійкі стереотипи щодо ЛВІН. У багатьох людей існують стійкі стереотипи щодо ЛВІН, які часто призводять до того, що ЛВІН стають об'єктом дискримінації та стигматизації. Це може ускладнити доступ ЛВІН до інформації та послуг із профілактики ВІЛ (Neduzhko et al., 2023). Наприклад, деякі дослідження демонструють, що ЛВІН не звертаються до лікарів у закладах охорони здоров'я, відчувають упереджене ставлення навіть серед медичних працівників у закладах охорони здоров'я в первинній ланці надання медичної допомоги, а також частіше зупиняються представниками правоохоронних органів через зовнішній вигляд (Miovský et al., 2020; Wagner et al., 2017).

Ми також можемо користуватись науковою літературою, щоб ознайомитись із різними дослідженнями, що стосуються поширення інфекції ВІЛ.

1. Всесвітній огляд. Дослідження, опубліковане у виданні «BMC Public Health», показує, що 9% нових випадків ВІЛ у світі пов'язані із вживанням ін'єкційних наркотиків, а в США цей показник становить 6% (Randall et al., 2022).

2. Глобальний огляд. Дослідження, опубліковане у виданні «The Lancet», охоплює дані із 179 країн та територій, показуючи глобальне розповсюдження вживання ін'єкційних наркотиків, що охоплює 79% населення віком від 15 до 64 років (Aghaei et al., 2023).

3. Систематичний огляд та метааналіз. Дослідження, проведене в регіоні Східного Середземномор'я, було опубліковано у «The Lancet Global Health». Воно охоплює випадки вживання ін'єкційних наркотиків та поширення ВІЛ, гепатиту В і С серед цієї групи (Aghaei et al., 2023).

4. Вплив сексуальних контактів (Des Jarlais et al., 2009). Дослідження, опубліковане на сайті NCBI, вказує на зв'язок між ВІЛ-інфекцією та наявністю сексуального партнера, який вживає ін'єкційні наркотики. Згідно з дослідженням, близько 31% нових випадків ВІЛ через гетеросексуальні контакти можна пов'язати з таким партнером.

У 1990-ті роки споживання героїну в багатьох європейських країнах досягло плато, тоді як вживання рекреаційних наркотиків зросло. Вживання наркотиків шляхом ін'єкцій та пов'язаний із цим ризик зараження ВІЛ продовжували викликати велике занепокоєння, так само як і громадські незручності, спричинені вживанням наркотиків.

«Відкриті наркотичні сцени» були задокументовані в декількох містах, у тому числі європейських, із різними особливостями щодо видимості, розміру та місця розташування. Такі міста, як Цюрих, Роттердам та Гамбург, наприклад, мали велику та постійну концентрацію людей, які вживають наркотики, у центральному місці, часто у центрі міста (Feltmann et al., 2021). У таких містах, як Амстердам, Барселона, Відень та Мюнхен, сцена була розпорошеною, із невеликими концентраціями людей, які вживають наркотики, у різних місцях (центр міста, транспортні вузли, занедбані житлові райони) (Grabski et al., 2022). У містах Тулуза, Кенсінгтон, Челсі сцена була прихованою, не було видимої концентрації споживачів, хоча було можливо побачити використані голки в громадських місцях.

У багатьох містах громадські незручності вважаються основною проблемою, викликаною цими відкритими сценами, та стимулом для втручання (Waldron et al., 2020). Економічна ситуація, схоже, є більш важливим фактором, ніж обрана політика щодо наркотиків, для кількості людей у вразливій та наркозалежній ситуації (Grønnestad et al., 2020). Порівняльне дослідження 1998 року показало, що країни з надзвичайно ліберальною (наприклад, Нідерланди) та репресивною

(наприклад, Швеція) політикою щодо наркотиків у 1990-ті роки мали схожі показники поширеності людей, залежних від наркотиків (близько 16 на 10 000). Однак у європейських країнах, які економічно менш розвинені, ніж останні згадані, рівень залежності був вищим. Серед них Італія та Іспанія (30/10000), Греція (35/10000) та Португалія (45/10000). Більшість з останніх країн також мали високий рівень безробіття, особливо серед молодих людей (Kammersgaard, 2020).

У декількох західноєвропейських країнах почала знижуватися кількість нових випадків ВІЛ-інфекцій, переданих через вживання ін'єкційних наркотиків, у 1990-ті роки після того, як вона досягла високих значень у середині 1980-х років. Однак вживання наркотиків шляхом ін'єкцій все ще відіграє значну роль у поширенні ВІЛ в Європі. Дослідження 1995 року показало, що 43% усіх накопичених випадків СНІДу в регіоні пов'язані з ЛВІН. 90% випадків СНІДу, пов'язаних із вживанням ін'єкційних наркотиків, зосереджені в південно-західних європейських країнах, таких як Іспанія, Італія, Португалія та Франція. В Італії та Іспанії дві третини загальної кількості населення, що живе з ВІЛ, становили люди, які вживали наркотики шляхом ін'єкцій (Rowland-Jones, 2003). Крім того, у таких містах, як Варшава та Белград, було виявлено понад 40% ВІЛ-інфікованих серед ЛВІН (Barré-Sinoussi, 2018). Помітною є різниця між Західною Європою та Центральною й Східною Європою. У першій половині десятиліття інцидентність ВІЛ зросла із середньорічною ставкою 11%; у Центральній та Східній Європі зростання становило понад 23%.

Окрім відкритих сцен залежності та епідемій ВІЛ/СНІДу серед ЛВІН у Європі 1990-х років спостерігалось також постійне зростання вживання наркотиків у дозвіллі. У 1990-ті роки продовжувався тренд, який почався наприкінці 1980-х років: споживання МДМА (метилендіоксиметамфетаміну) зросло, особливо серед молоді та у зв'язку з електронною музичною сценою. Також збільшилось споживання канабісу.

Заснування Європейського центру з моніторингу наркотиків та наркозалежності (EMCDDA) у 1993 році як європейського агентства зі штаб-квартирою в Лісабоні, Португалія, було важливою подією цього десятиліття. Це

було продовженням робіт, ініційованих групою Помпідю у 1980-ті роки, з метою покращення доступності порівняльних даних про тенденції споживання наркотиків у європейських країнах. EMCDDA було першим європейським агентством, яке забезпечило об'єктивний і фактичний огляд проблем наркотиків у Європі та міцну базу даних для підтримки дебатів щодо наркотиків. EMCDDA було створено за регламентом (ЄЕС) № 302/93 від 8 лютого 1993 року, зміненим 22 грудня 1994 року, та розпочало свою діяльність у 1995 році з початковим штатом у 17 співробітників (Shayan et al., 2021).

Як вже зазначалося вище, ЛВІН належать до груп, найбільш уразливих до ВІЛ-інфекції. За оцінними даними, ЛВІН мають у 22 рази більшу ймовірність інфікування ВІЛ порівняно із загальним населенням (Cuadros et al., 2019). На сьогодні частка ЛВІН, які живуть з ВІЛ, постійно зростає. Результати нещодавніх досліджень показують, що в середньому кожна десята ВІЛ-інфекція спричиняється спільним використанням голоч (Surratt et al., 2021; Twahirwa Rwema et al., 2021). Крім того, згідно з оцінними даними, 25% нових інфекцій в країнах Африки, розташованих на південь від Сахари, припадають на ЛВІН (UNAIDS, 2018). За світовими підрахунками, в усьому світі проживає приблизно 11,8 мільйона ЛВІН, а також вважається, що 13,1% з них живуть із ВІЛ (UNAIDS, 2017b). При цьому майже половина із цих ЛВІН припадає на лише три країни — Китай, Росія та США (Burrows et al., 2021; Marty et al., 2021).

У країнах СЄЦА, де в період з 2010 по 2017 роки кількість нових випадків ВІЛ-інфекції зросла на 29%, серед ЛВІН тягар захворювання залишається особливо високим — у 2017 році 39% нових випадків ВІЛ у регіоні СЄЦА припадало саме на цю уразливу групу населення (Benedikt et al., 2016; LaMonaca et al., 2019).

Незважаючи на підвищений ризик інфікування ВІЛ серед ЛВІН, ця група населення залишається однією з тих, хто має найбільш обмежений доступ до послуг профілактики, лікування ВІЛ-інфекції та медичної допомоги загалом. Це пов'язано з тим, що вживання наркотиків часто криміналізується та стигматизується (Merrill et al., 2021; Tyndall & Dodd, 2020). У 2015 році було випущено «Політичну декларацію з питань ВІЛ», яка зобов'язала світові уряди

вдвічі скоротити передачу ВІЛ серед ЛВІН до 2020 року. Цю ціль було досягнуто на 80%, а головним фактором недосягнення 100% став брак ефективної профілактики серед представників саме цієї групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (Harm Reduction International, 2016).

У 1990-ті роки було розроблено антиретровірусні препарати, які дають змогу ЛЖВ вести довге та здорове життя. Це привело до зниження рівня смертності від СНІДу, у тому числі серед ЛВІН (Prata Menezes et al., 2023).

У 2000-ні роки в багатьох країнах світу було запущено програми з профілактики ВІЛ серед ЛВІН. Ці програми передбачають такі заходи, як:

- розповсюдження чистих шприців та голочок;
- консультування та психологічне супроводження;
- ЗПТ.

Завдяки цим заходам рівень поширеності ВІЛ серед ЛВІН у багатьох країнах світу вдалося знизити (Horváth et al., 2023; Stewart et al., 2023).

Станом на червень 2023 року, за даними ВООЗ, у світі проживає близько 38 мільйонів людей, інфікованих ВІЛ. З них близько 2,5 мільйона людей є ЛВІН (Kumah et al., 2023).

Рівень поширеності ВІЛ серед ЛВІН у світі варіюється від країни до країни. У деяких країнах, таких як США та країни Європи, рівень поширеності ВІЛ серед ЛВІН становить менш як 5%. В інших країнах, таких як країни Африки, рівень поширеності ВІЛ серед ЛВІН може досягати 50% і більше (Brar et al., 2021; McIntyre et al., 2023).

Крім того, ЛВІН часто належать до соціально й економічно вразливих груп, таких як безпритульні, безробітні або злочинці. Це може обмежувати для них доступ до належної медичної допомоги, превентивних послуг та інформації щодо безпечного вживання наркотичних речовин (Knox et al., 2023).

Отже, попри позитивну динаміку, викликану зміною наркосцени та впровадженням ефективних профілактичних стратегій, ЛВІН залишаються ключовою групою профілактики ВІЛ у всьому світі. Наразі пропонуємо розглянути стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

Перший випадок ВІЛ-інфекції в Україні був зареєстрований в 1987 році, а станом на 1 січня 1993 року в Україні було зафіксовано 112 випадків інфікування ВІЛ. У 12 осіб розвинувся СНІД, і 9 із них померли. Головним шляхом передачі ВІЛ в країні були гетеросексуальні стосунки — понад 60% випадків. Зареєстровано також 5 випадків зараження кров'ю та кілька випадків передачі вірусу від інфікованих матерів до дітей, як внутрішньоутробно, так і через материнське молоко (Миронюк et al., 2012). У 1995 році рівень захворюваності на ВІЛ серед ЛВІН становив 25%, що було одним із найвищих показників у світі. Для порівняння: у 2021 році рівень захворюваності на ВІЛ серед ЛВІН становить 21% (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023а).

Уже у 1995 році ситуація почала значно погіршуватися — після розпаду СРСР через територію України проліг трафік наркотичних речовин з Афганістану в країни Західної Європи, що призвело до спалаху розповсюдження ВІЛ серед ЛВІН. Цей рік став переломним для поширення ВІЛ, яке набуло стану епідемії. Вже у 1997 році в Україні не лишилося жодного з 27 регіонів, де не було б зареєстровано ВІЛ серед ЛВІН. Їхня частка у загальній когорті інфікованих у деяких регіонах становила 84% (Миронюк et al., 2012).

В Україні Порядком надання послуг з догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ, затвердженим наказом № 1607 МОЗ від 12.07.2019 р., виділяють такі групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (Міністерство охорони здоров'я 2019):

- чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ);
- особи, які надають сексуальні послуги за винагороду (секс-працівники);
- ЛВІН.

Поширення ВІЛ в Україні призвело до серйозних соціальних та економічних наслідків, які вже мають значний вплив, але він може ще більше поглибитися в майбутньому.

З огляду на необхідність негайних заходів виникла Глобальна програма боротьби з ВІЛ, яку координує ВООЗ. Ця програма охоплює кілька напрямів: по-перше, обов'язкову перевірку всієї донорської крові та продуктів із неї; по-друге, розширення виробництва одноразового медичного інструментарію і впровадження



нових методів його стерилізації, а також стерилізацію багаторазового інструментарію; по-третє, збільшення виробництва презервативів.

Такі заходи, разом із загальносуспільними та особистими ресурсами, а також активною участю всіх членів суспільства, роблять суттєвий внесок у стримування епідемії СНІД.

Як уже зазначалося вище, спільне використання інструментарію для ін'єкцій (шприців / голок) є найбільш поширеною практикою передачі ВІЛ серед ЛВІН. Погіршує ситуацію й те, що ЛВІН набагато частіше здають тест на ВІЛ запізно, що підвищує ймовірність подальшої передачі ВІЛ (Ball et al., 2019).

На жаль, стерильні шприци не завжди є легкодоступними, особливо в країнах, де програми з обміну використаних голок і шприців (ПОШ) відсутні або мають низький рівень поширення. Відсутність поінформованості чи освіти щодо безпечного проведення ін'єкцій є ще однією важливою причиною спільного використання інструментарію для ін'єкцій (Bao et al., 2015). Інші причини спільного використання голок / шприців полягають у тому, що це зазвичай є частиною соціальної або культурної норми серед ЛВІН і може діяти як форма взаємодії (DeBeck et al., 2017; Degenhardt et al., 2019; Norton et al., 2008).

В світі виділяються наступні чинники підвищення ризику населення щодо інфікування ВІЛ.

- Криміналізація та маргіналізація. Законодавство, яке криміналізує зберігання та вживання наркотиків для особистого споживання, призводить лише до більш ризикованих форм вживання наркотиків. Поряд з іншими каральними політиками та практиками, які дискримінують людей з історією вживання наркотиків, криміналізація посилює маргіналізацію ЛВІН, віддаляючи їх від доступу до послуг зменшення шкоди та інших медичних послуг (Csete et al., 2016; Ohringer et al., 2021). Це значно підвищує вразливість до ВІЛ-інфекції і негативно впливає на профілактику ВІЛ та результати лікування (Bekker et al., 2022). Закони щодо наркотичних засобів у деяких країнах визнають злочином розповсюдження або володіння шприцами в немедичних цілях, а людей

заарештовують за їхнє носіння. Це змушує людей уникати носіння нових голок, а замість цього використовувати спільний інструментарій для ін'єкцій (Baker et al., 2020; Beletsky et al., 2012; Chen et al., 2016).

- Бідність. Результати багатьох досліджень показують, що бідність і вживання наркотиків пов'язані складним і взаємозміцнювальним чином, що, у свою чергу, сприяє поширенню ВІЛ-інфекції (Cope et al., 2020; Kalichman et al., 2006; Leddy, Turan, et al., 2019). Більшість споживачів наркотиків, у тому числі ЛВІН, є відносно бідними в суспільствах, в яких вони живуть (Sowah et al., 2013). Більше того, соціальне та економічне неблагополуччя тісно пов'язане з розладами, спричиненими з вживанням наркотиків (коли регулярне вживання наркотиків завдає шкоди здоров'ю, роботі, школі чи повсякденному життю) (Chai et al., 2022; Clark et al., 2021). Бідність також означає, що споживачі вибирають більш дешеві способи вживання наркотиків, у тому числі з використанням спільного інструментарію для ін'єкцій. Економічна маргіналізація може призвести до поведінки, пов'язаної з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ, наприклад, комерційного сексу або обміну сексуальних послуг на наркотичні речовини (de Brito et al., 2021; Nerlander et al., 2020).
- Вживання ін'єкційних наркотиків і комерційний секс. Незважаючи на те що ЛВІН самі по собі є ключовою групою щодо ризику інфікування ВІЛ, існує також комбінування практик ризикованої поведінки, а саме — наркозалежності та надання послуг комерційного сексу. Чисельні дослідження доводять, що особи, які практикують обидва типи ризикованої поведінки, особливо вразливі до ВІЛ-інфекції (Azim et al., 2006; Shokoohi et al., 2019; Shokoohi et al., 2021). У країнах Центральної Азії, Афганістані та Монголії поширеність ВІЛ серед жінок секс-бізнесу, які водночас вживають ін'єкційні наркотики, у 20 разів вища, ніж серед секс-працівників, які не вживають наркотики (Baral et al., 2013).
- Жінки, які вживають наркотики ін'єкційно. Результати багатьох світових досліджень доводять, що в численних випадках жінки більш сприйнятливі

до ВІЛ-інфекції через гендерно зумовлене насильство (Leddy, Weiss, et al., 2019; Roberts et al., 2018). Жінок можуть змушувати ділитися інструментарієм для ін'єкцій та брати участь у сексуальних діях із високим ризиком інфікування ВІЛ (Ogden et al., 2022). Жінки (особливо матері) також схильні частіше приховувати свою поведінку щодо вживання наркотиків через соціальну дискримінацію та загрозу втратити опіку над своїми дітьми (Geller et al., 2020). Такі практики обмежують доступ жінок, які вживають ін'єкційні наркотики, до медичної допомоги загалом, а також до спеціальних послуг, пов'язаних із ВІЛ (Brar et al., 2021; Damas et al., 2021; Iversen et al., 2021). Деякі дослідження показали, що жінки, які вживають ін'єкційні наркотики, частіше зазнають сексуального насильства з боку поліції та правоохоронних органів (Lunze et al., 2016; Prego-Meleiro et al., 2020). У 2013 році глобальна поширеність ВІЛ серед жінок, які вживають наркотики, у світі становила 13% порівняно з 9% серед чоловіків, які вживають наркотики (Felsher et al., 2020; Lefoka & Netangaheni, 2021).

- Ув'язнення та утримання під вартою. За оцінними даними, від 56 до 90% споживачів наркотиків у певний момент свого життя будуть ув'язнені (Mezaache et al., 2021; Nosrati et al., 2019). Переважно каральна реакція суспільства на вживання наркотиків також призводить до того, що приблизно кожний п'ятий ув'язнений у всьому світі утримується за звинуваченнями, пов'язаними з наркотичними речовинами (Allen et al., 2021). У багатьох країнах в'язниці залишаються середовищем із високим рівнем вживання наркотиків і високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції. У цьому контексті ув'язнення споживачів наркотиків сприяє передачі ВІЛ, особливо в переповнених в'язницях, де спільне використання інструментарію для ін'єкцій і незахищений секс є більш поширеними (Belisle & Solano-Patricio, 2021). Незважаючи на це, в пенітенціарній службі в усьому світі існують значні прогалини в службах профілактики, лікування та зменшення шкоди від розповсюдження ВІЛ. Станом на 2019

рік, лише 8 країн мали принаймні одну програму обміну голоч / шприців у в'язницях і лише 43 мають програму ЗПТ агоністами опіоїдів (Schwartz et al., 2019). У багатьох азійських країнах центри ув'язнення для споживачів наркотиків є обов'язковими, а споживачі наркотиків змушені перебувати там без доступу до послуг ЗПТ та лікування абстинентного синдрому (Malta et al., 2019). Це перешкоджає багатьом ЛВІН отримувати медичні послуги, в тому числі послуги з лікування та профілактики ВІЛ.

- Нестача інформації про ВІЛ та шляхи його передачі. У багатьох країнах світу, у тому числі Україні, досі недостатньо поширена інформація про ВІЛ та шляхи його передачі. Це призводить до того, що ЛВІН не знають про ризик інфікування ВІЛ.

Епідемія ВІЛ в Україні продовжує поширюватися через вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом.

Ін'єкційний спосіб передачі ВІЛ є одним із найбільш поширених. Він охоплює випадки, коли люди, які вживають ін'єкційні наркотики та мають ВІЛ, використовують спільні голки, шприци та інший інструментарій для ін'єкцій, що збільшує ризик передачі ВІЛ. Численні дослідження демонструють, що кожний десятий випадок інфікування ВІЛ пов'язаний із споживанням ін'єкційних наркотиків (Suen et al., 2022).

У країнах Східної Європи та Середньої Азії до 80% виявлених ЛЖВ є ЛВІН (LaMonaca et al., 2019). Більш того, якщо в компанії, де присутні наркозалежні, є одна особа з ВІЛ, існує 70% ймовірності зараження всіх учасників упродовж трьох років (Chakrapani et al., 2011).

Поєднання наркотичних речовин та ВІЛ — це небезпечна комбінація, яка без належного лікування спричинює незворотні зміни у внутрішніх органах і може швидко призвести до смерті. Лікування пацієнтів із подібною комбінацією захворювань може бути особливо складним, оскільки:

- перехід ВІЛ до стадії СНІД відбувається дуже швидко й супроводжується значним ослабленням організму;

- у хворих спостерігаються серйозні генетичні зміни вірусу, що робить його стійким до конвенційних лікарських засобів;
- одночасний прийом деяких противірусних препаратів в поєднанні з наркотичними речовинами може спричиняти небезпечні побічні реакції, у тому числі кому й смерть, тому лікування необхідно підбирати з особливою обережністю й індивідуально;
- під час лікування СНІДу сповільнюється швидкість виведення токсинів з організму, що збільшує тривалість періоду відмови від наркотиків і може викликати інтоксикацію;
- позитивний прогноз можливий лише в тому випадку, якщо людина повністю припиняє вживання наркотичних речовин, звертається в клініку для детоксикації та психотерапевтичної реабілітації і продовжує отримувати лікування для подолання СНІДу.

Згідно з доповіддю ООН, споживання наркотиків у світі залишається стабільним, не збільшується, але й не зменшується. Однак зросла тенденція до споживання кількох наркотичних речовин одночасно, особливо — поєднання легальних ліків із незаконними речовинами. Понад 60% країн, що брали участь у дослідженні, вказали на седативні препарати та транквілізатори як одні з найбільш небезпечних речовин, що викликають занепокоєння серед лікарів та влади (UNAIDS, 2017a).

Тепер пропонуємо розглянути стан вживання ПАР в Україні. Згідно з даними МОЗ України, на 1 січня 2023 року кількість наркозалежних, які перебувають на диспансерному наркологічному обліку, становить понад 84 тисячі осіб (близько 179 на 100 тисяч населення, з яких 117,7 — чоловіки, 61,3 — жінки), з них приблизно 80% офіційно зареєстрованих споживачів наркотиків є ЛВІН (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023a). За даними національної статистики, в Україні серед споживачів ін'єкційних наркотиків кількість молодих людей віком до 24 років становить від 42 до 58% (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023a). Рівень поширеності вживання наркотичних речовин вищий на півдні та сході України, нижчий — на заході країни.

Проте оцінні дані щодо споживання наркотичних речовин та ін'єкційного споживання зокрема дещо відрізняються від офіційної статистики. За даними біоповедінкового дослідження, оцінна чисельність ЛВІН в Україні у 2020 році становила більш як 300 тисяч осіб, із них більш як 278 тисяч споживачів вживають саме опіюди (Центр громадського здоров'я, 2021). Це означає, що від 0,8 до 1,2% дорослого населення України вживають наркотики ін'єкційно, із них 75% — чоловіки та 25% — жінки (Центр громадського здоров'я, 2021). Отже, Україна має високий рівень вживання ін'єкційних наркотиків, який перевищує середньосвітовий рівень приблизно втричі. Цей рівень коливається від 0,88 до 1,22%, в той час як середньосвітовий рівень становить 0,31% (Chiosi et al., 2023). Крім того, поширеність ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, вдвічі вища за світовий рівень і становить 11,5%, що є одним із найвищих показників у Європі (Wiginton et al., 2023). У 2020 році споживання ін'єкційних наркотиків становило близько 25% усіх нових випадків ВІЛ-інфекції в Україні (UNAIDS, 2018). Загалом дані нещодавнього біоповедінкового дослідження серед груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ показали, що 3728 людей були інфіковані ВІЛ через спільне використання інструментарію для ін'єкцій у 2019 році, хоча, що обнадійливо, ця цифра зменшилася вдвічі порівняно з 2010 роком, коли 6934 людини інфікувалися ВІЛ цим шляхом (Центр громадського здоров'я, 2021). Поширеність ВІЛ серед ЛВІН наприкінці 2017 року сягала 22,6% (Альянс громадського здоров'я, 2021), а вже в наступному біоповедінковому дослідженні 2020 року серед ЛВІН спостерігалось зниження поширеності ВІЛ, яке становило 20,3% (Центр громадського здоров'я, 2021). Останні наявні дані свідчать, що поширеність ВІЛ вища серед жінок, які вживають наркотики (23,6%), ніж серед чоловіків, які вживають наркотики (20,8%) (Центр громадського здоров'я, 2021). Однак у 2017 році приблизно в п'ять разів більше чоловіків, які вживають наркотики ін'єкційно, інфікувалися ВІЛ, ніж жінок, які вживають ін'єкційні наркотики (3116 проти 612) (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) and World Health Organisation (WHO) Regional Office for Europe (WHO/Europe), 2017).

Україна зазнає змін у шляхах передачі ВІЛ-інфекції серед осіб, у яких вперше встановлюють діагноз ВІЛ. Спочатку основний шлях передачі був парентеральним, через спільне вживання наркотиків та обмін голками. Проте тепер переважає статевий шлях передачі. Нині зростає відсоток осіб, які інфікувалися ВІЛ через статевий (гомо- та гетеросексуальний) контакт. За перші три місяці 2023 року цей показник збільшився з 63,8 до 66,1% порівняно з попереднім роком. Водночас частка випадків інфікування через ін'єкційний шлях зменшилася з 21,2 до 20% (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023а).

Станом на другий квартал 2023 року, показник поширеності ВІЛ-інфекції в Україні становить 283,6 людини на 100 тисяч населення, при цьому понад 24 тисячі хворих досягли стадії СНІДу. Показник поширення СНІДу становить 52,9 людини на 100 тисяч населення (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023а). Незважаючи на активну наукову роботу, досягнуто прогресу тільки в термінації хвороби, що збільшує тривалість життя хворих завдяки антиретровірусним препаратам. Лікування хворих СНІДом потребує великих фінансових затрат (від 5 до 20 тисяч доларів США на рік на одного хворого), що становить значне навантаження на бюджет країни.

За останніми звітами, до кінця 2022 року в Україні було відомо про приблизно 245 тисяч людей з ВІЛ-позитивним статусом, що проживають у країні (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023с).

Через початок повномасштабного вторгнення на територію України в лютому 2022 року з'явилися проблеми із забезпеченням епіднадзора за ВІЛ-інфекцією. Ускладнилася логістика надання послуг із профілактики, тестування та лікування ВІЛ-інфекції, а також моніторингу перебігу хвороби серед ЛЖВ. Особливо це стосується південно-східних регіонів. Негативні наслідки цих обставин та відновлення послуг будуть нерівномірними через оперативні зміни в окремих областях, пов'язані з активною воєнною діяльністю, руйнуванням медичної інфраструктури та міграцією населення.

Статистика захворюваності на ВІЛ і смертності від СНІДу у 2023 році варіюється від місяця до місяця. У березні 2023 року було зареєстровано 1042

нових випадків ВІЛ-інфекції, 280 пацієнтів були діагностовані із СНІДом, а 174 особи померли від СНІДу.

Згідно з даними на березень 2023 року, методи передачі ВІЛ в Україні були такими (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023с):

- гетеросексуальний контакт — 745 випадків;
- гомосексуальний контакт — 28 випадків;
- парентеральний (через введення інфікованої крові) — 264 випадки;
- від матері до дитини — 128 випадків;
- походження інфекції невідоме — 1 випадок.

Для порівняння: в липні 2023 року було зареєстровано 940 нових випадків ВІЛ-інфекції, у 226 пацієнтів діагностовано СНІД, а 79 людей померли від СНІДу (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023с).

У липні 2023 року способи передачі ВІЛ в Україні були такими:

- гетеросексуальний контакт — 688 випадків;
- гомосексуальний контакт — 28 випадків;
- парентеральний (через введення інфікованої крові) — 219 випадків;
- від матері до дитини — 96 випадків;
- походження інфекції невідоме — 1 випадок.

Відсоток зараження ВІЛ гомосексуальним шляхом в травні і червні був значно нижчим і становив 1,8–2,6%. У вересні 2022 року було зареєстровано 1208 нових випадків ВІЛ-інфекції, у 229 пацієнтів діагностовано СНІД, а 103 людини померли від СНІДу (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023с).

Для розв'язання цієї проблеми й зменшення поширеності ВІЛ серед ЛВІН необхідно вживати заходів на різних рівнях. Це можуть бути втручання як на індивідуальному рівні (надання чистих шприців та матеріалів, просвітництво щодо безпечного вживання наркотиків), так і на законодавчому рівні (легалізація програм обміну шприців, розширення доступу до замісної терапії та освітніх програм про ВІЛ/СНІД).

Отже, виходячи із завдань дослідження, нами було розглянуто особливості епідемії ВІЛ серед ЛВІН як ключової групи розповсюдження ВІЛ в Україні та



проаналізовано фактори, які її визначають. Встановлено, що більшість нових випадків інфікування ВІЛ в Україні пов'язана з ін'єкційним вживанням наркотичних речовин, проте представники ЛВІН зазвичай пізніше за інші ключові групи тестуються та звертаються по допомогу через свій ВІЛ-статус.

Безпека групи людей, які вживають наркотичні речовини в ін'єкційний спосіб, має бути одним із пріоритетів у громадському здоров'ї. Спільні зусилля уряду, медичних працівників, неурядових організацій (НУО) та громади загалом можуть сприяти зниженню поширеності ВІЛ у цій ключовій групі населення.

Ухвалення заходів щодо обмеження поширення ВІЛ та поліпшення доступу до соціальних та медичних послуг для цієї групи можуть сприяти зменшенню ризику захворювання та покращенню якості життя ЛВІН. Проте ЛВІН можуть утворювати вразливу групу в суспільстві з огляду на ризики здоров'я та соціальні проблеми, пов'язані не лише з ВІЛ, а й із гепатитом, стигматизацією та дискримінацією, бездомністю, наркозалежністю тощо. Для покращення стану цієї групи національні та міжнародні організації спрямовують зусилля на розроблення та впровадження програм профілактики ВІЛ, обміну шприців, лікування залежності від ПАР, а також на соціальну підтримку та реінтеграцію цієї групи в суспільство. Розгляду сучасних підходів до соціальної профілактики ВІЛ серед ЛВІН та місця програм ЗПТ в цій діяльності присвячено наступний підрозділ роботи.

## **1.2. Теоретичні основи та практичний досвід соціальної профілактики ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики**

**Поняття та сутність соціальної профілактики.** Перед тим, як розглядати особливості соціальної профілактики як одного з напрямів соціальної роботи, необхідно уточнити значення поняття «профілактика».

Профілактика почала розвиватися як діяльність, спрямована на запобігання захворюванням через дотримання принципів гігієни, збалансованого харчування та регулярних фізичних вправ, і відіграла важливу роль у медицині вже в часи стародавнього світу. Основу для наукового підходу до профілактичних заходів було закладено в ХІХ столітті. Поглиблене дослідження впливу навколишнього

середовища на розвиток захворювань, прогрес у галузях епідеміології, гігієни та фізіології сприяли формуванню науково обґрунтованого розуміння профілактики.

За даними наукових досліджень, термін «профілактика» вперше з'явився в грецькій медицині. У середині IV століття до н. е. Гіппократ, грецький лікар, висунув концепцію профілактичного лікування, яка передувала хворобі й була направлена на збереження здоров'я (McIntyre, 1992).

Отже, термін «профілактика» має давньогрецьке походження і означає «захист». У медичній термінології профілактика — це сукупність заходів, спрямованих на запобігання виникненню захворювань (Moore & Williamson, 1984).

Згідно з визначенням ВООЗ, «профілактика — це заходи, спрямовані на запобігання виникненню, поширенню та рецидиву захворювань, травм, інвалідності та смертності» (World Health Organization, 2000b).

Американська академія педіатрії вважає, що «профілактика — це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, травмам та іншим несприятливим явищам, а також на підвищення рівня здоров'я населення» (Landrigan, 1999).

Всесвітня організація охорони праці вказала своє визначення терміна: «профілактика — це система заходів, спрямованих на запобігання виникненню нещасних випадків і професійних захворювань» (International Labour Organization, 2001).

Усі ці визначення підкреслюють, що профілактика — це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, травмам та іншим несприятливим явищам.

Слід зазначити, що термін «профілактика» став популярним серед фахівців спочатку головним чином через його медичне значення та здоров'язбережувальні й охоронні аспекти.

На сучасному етапі поняття «профілактика» має багатогранний характер і розглядається різними науковими дисциплінами по-різному.

У медичній сфері термін «профілактика» використовують для позначення цілісного набору заходів, які мають на меті підтримку високого рівня здоров'я

людей, забезпечення їхнього активного і довгого життя. Вони охоплюють заходи для усунення причин хвороб, поліпшення умов роботи, побуту, відпочинку, а також збереження навколишнього середовища.

Валеологія, вивчаючи прояви здоров'я, закономірності його розвитку, а також методи збереження та зміцнення здоров'я, інтерпретує профілактику як комплекс заходів економічного, соціального, гігієнічного та медичного характеру. Ці заходи реалізуються на державному рівні, громадськими організаціями та окремими громадянами з метою забезпечення високого рівня здоров'я населення та профілактики захворювань.

Психіатрія та психологія часто тлумачать профілактику в контексті, схожому на медичний, як набір заходів, націлених на запобігання психічним та поведінковим розладам, підтримку психічного здоров'я. Вони охоплюють профілактику розвитку психічних захворювань, їхнього повторного виникнення, нейтралізацію впливу факторів, що сприяють виникненню хвороб, раннє виявлення та лікування таких станів, а також заходи, спрямовані на запобігання повторній появі хвороби та її переходу в хронічну форму.

У соціологічному контексті профілактика сприймається переважно як комплекс заходів, метою яких є збереження здоров'я, сприяння фізичному розвитку населення, забезпечення довголіття, а також запобігання асоціальним факторам, явищам та процесам.

З юридичної точки зору, профілактика розглядається як набір заходів, спрямованих на ідентифікацію, обмеження або усунення факторів, що призводять до правопорушень як загалом, так і конкретних типів.

У галузі соціальної педагогіки та соціальної роботи дослідники розуміють під профілактикою комплекс або систему заходів, розроблених для запобігання виникненню та розвитку будь-яких відхилень у розвитку, навчанні та вихованні особистості, особистісних і соціальних проблем та негативних соціальних явищ. Вона також охоплює загальну комплексну превентивну діяльність, до якої належить як організація медико-психологічної та соціально-педагогічної підтримки особистості, так і досягнення структурних змін, необхідних для

усунення чинників проблем і негативних явищ та створення умов для розвитку людини (соціальну профілактику).

Соціальна профілактика є ключовою специфічною категорією в соціальній педагогіці та соціальній роботі. Згідно з поглядами О. В. Безпалько, соціальна профілактика є напрямом соціально-педагогічної діяльності, який охоплює комплекс соціальних, економічних, політичних, правових, медичних та психолого-педагогічних заходів, націлених на запобігання, обмеження та локалізацію негативних явищ у соціальному середовищі (Безпалько О.В., 2009).

Українські соціальні педагоги та фахівці із соціальної роботи розглядають соціальну профілактику як комплексний підхід, що передбачає різноманітні заходи, спрямовані на запобігання соціальним проблемам, підтримку благополуччя громадян та покращення якості їхнього життя. Цей підхід охоплює розвиток ефективних стратегій у соціальній роботі, спрямованих на запобігання виникненню та загостренню соціальних криз, надання допомоги у розв'язанні особистісних, сімейних та соціальних проблем.

Згідно з Л. Т. Тюптею, І. Б. Івановою, соціальна профілактика в соціальній роботі визначається як діяльність, націлена на запобігання аморальній, протиправній та іншим видам асоціальної поведінки серед дітей та молоді. Вона передбачає виявлення будь-яких негативних впливів на життя і здоров'я молодих людей та запобігання таким впливам. Основа соціальної профілактики полягає у виявленні несприятливих психобіологічних, психолого-педагогічних та соціальних умов, що призводять до відхилень у психічному і соціальному розвитку молоді. Важливими аспектами такої роботи є роз'яснення правових норм, інформування про можливі наслідки асоціальних дій, організація заходів позитивної життєдіяльності, соціальний захист молоді та формування відповідальності за антиправні дії (Тюптя Л.Т., 2008).

І. М. Пінчук у своїй роботі розглядає соціальну профілактику в контексті соціальної роботи як комплексну систему дій, яка полягає в превенції соціальних проблем та життєвих криз клієнтів або окремих груп, а також запобіганні ускладненню наявних проблем. Вона охоплює різноманітні заходи: економічні,

політичні, правові, медичні, психолого-педагогічні, спрямовані на запобігання, обмеження та локалізацію негативних явищ у соціальному середовищі. Профілактика заснована на своєчасному виявленні та виправленні негативних інформаційних, педагогічних, психологічних, організаційних факторів, що сприяють відхиленням у психологічному та соціальному розвитку дітей і молоді (Пінчук І. М., 2000).

В. П. Лютий визначає соціальну профілактику як діяльність, спрямовану на запобігання виникненню, поширенню чи загостренню негативних соціальних явищ і їхніх небезпечних наслідків. На думку автора, її предметом можуть бути соціальні проблеми, девіантна та ризикована поведінка, захворювання, спричинені соціальними умовами, способом життя та поведінкою людей, а метою — не лише запобігання негативним явищам, а й створення умов для повноцінного функціонування суспільства та життєдіяльності окремих людей (Лютий В.П., 2012).

С. В. Терницька розглядає соціальну профілактику як важливу складову соціальної роботи. Вона визначає її як сукупність дій, спрямованих на попередження, усунення або нейтралізацію основних причин та умов, що спричиняють соціальні відхилення негативного характеру та інші соціально несприятливі відхилення в поведінці або соціальному статусі індивіда. Ці заходи містять державні, громадські, соціально-медичні та організаційно-виховні елементи. Метою соціальної профілактики є створення умов для формування соціально прийнятної поведінки та стабільної взаємодії між індивідом і суспільством, а також запобігання можливим фізичним, психологічним або соціокультурним конфліктам в окремих індивідів та груп ризику (Терницька С. В., 2009).

Отже, соціальна профілактика є комплексним підходом, який ґрунтується на відстеженні й виправленні різних негативних факторів, що можуть впливати на динаміку соціальних проблем та негативних соціальних явищ, поведінку, психологічний та соціальний розвиток населення. На відміну від вузькопрофесійних профілактичних інтервенцій, спрямованих на усунення або

нейтралізацію окремих чинників проблеми (наприклад, на блокування певних каналів інфікування або усунення умов скоєння злочину), соціальна профілактика передбачає комплексне усунення природних (у тому числі біологічних), соціальних та психологічних її чинників. Вона може передбачати педагогічні та психологічні втручання, організаційні заходи, що усувають причини проблем та сприяють поліпшенню умов життєдіяльності.

Метою соціальної профілактики є створення умов для повноцінного функціонування суспільства та життєдіяльності окремих осіб. Вона покликана підвищити якість життя людей, зберегти та зміцнити їхнє здоров'я, враховуючи гармонійне поєднання фізичного, психічного та соціального благополуччя. Соціальна профілактика може бути спрямована як на суспільство загалом, так і на окремих осіб, соціальні групи, верстви населення, які мають проблеми або можуть постраждати від негативних явищ. Суб'єктами профілактичної роботи можуть бути як спеціальні організації та установи, так і окремі особи, волонтери, які мають ресурси для попередження та подолання проблем. Враховуючи комплексний характер чинників ризику інфікування ВІЛ ЛВІН, що, як було зазначено вище, пов'язаний із поширеними серед них практиками вживання ПАР, станом наркотичної залежності багатьох із них, а також із такими соціальними процесами, як зубожіння, стигматизація, дискримінація, соціальне виключення, руйнування сімейних стосунків, кримінальне переслідування тощо, підхід саме соціальної профілактики найбільшою мірою може забезпечити досягнення мети профілактики ВІЛ в цій групі.

Згідно з класифікацією ВООЗ, профілактичні втручання поділяються на три типи: первинне, вторинне і третинне. Вибір типу профілактичного втручання залежить від стадії розвитку проблеми або негативного явища (World Health Organization, 2000a).

У контексті соціальної профілактики первинна профілактика передбачає реалізацію заходів, які мають на меті запобігання впливу різних факторів (біологічних, психологічних, соціально-педагогічних) на формування нормовідхильної поведінки. Вона зосереджена на інформуванні та просвітництві,

спрямованому на зміцнення усвідомлення важливості здоров'я та формування відповідних цінностей, особистісних якостей та відмови від негативних звичок. Основні завдання первинної профілактики полягають у формуванні цінностей здорового способу життя, розвитку особистісного потенціалу, підвищенні обізнаності про здоров'я та наслідки ризикованої поведінки, мотивації до здорового способу життя, розвитку навичок культурного дозвілля та життєвих перспектив. Цей вид профілактики широко розповсюджений та універсальний, а також відіграє ключову роль у запобіганні відхиленням у поведінці (World Health Organization, 2000a).

Вторинна профілактика в соціальній роботі зосереджується на діях, спрямованих на обмеження вже наявних негативних явищ у суспільстві або серед соціальних груп, запобігання їхньому загостренню та наслідкам, а також попередженні зростання соціальної дезадаптації осіб із девіантною поведінкою. Її ключові завдання охоплюють: виявлення та усунення причин, що сприяють негативним явищам або девіантній поведінці; надання своєчасної підтримки особам у складних життєвих ситуаціях; мотивацію до зміни способу життя та відмови від ризикованих поведінкових патернів; розвиток умінь та навичок для відмови від негативних моделей поведінки; зміцнення підтримуючого оточення завдяки розвитку мереж підтримки. Важливо, що такі заходи враховують не тільки індивідуальну поведінку, а й умови, що сприяють її розвитку (Osborne-Leute et al., 2019).

Третинна профілактика в соціальній роботі орієнтована на запобігання повторному виникненню негативних явищ чи девіантної поведінки в тих, хто вже мав із ними справу, а також на відновлення особистісного та соціального статусу цих осіб. Її цілі охоплюють: зниження шкоди від негативних явищ для особи, її родини та суспільства; виявлення та усунення причин девіантної поведінки; мотивацію до зміни стилю життя; подолання залежностей та інших здоров'язв'язаних проблем; соціально-психологічну реабілітацію постраждалих від наслідків своєї поведінки; відновлення соціального статусу; запобігання повторним випадкам негативної поведінки (Osborne-Leute et al., 2019).

В. П. Лютий, В. С. Петрович залежно від сфокусованості на певних чинниках проблем виокремлюють чотири типи професійних втручань: структурні (спрямовані на зміну суспільних умов та діяльності соціальних інститутів), професійні (впровадження інноваційних профілактичних практик у діяльності фахівців, дотичних до проблеми, — лікарів, правоохоронців, педагогів тощо), поведінкові (спрямовані на досягнення позитивних змін у поведінці представників цільових груп профілактики) та комплексні, що містять елементи всіх інших типів інтервенцій. Автори також вказують, що соціальна профілактика може бути впроваджена як у формі класичних профілактичних заходів і втручань, так і у формі соціальної послуги. Відмінність останньої полягає в індивідуальній орієнтованості, врахуванні особливостей конкретної соціальної ситуації та індивідуальних особливостей і потреб отримувача профілактичної допомоги. Зокрема, зазначається, що стандарт соціальної послуги профілактики передбачає як можливі заходи розповсюдження індивідуальних засобів захисту (зокрема, шприців і презервативів) та інформування про можливості різних профілактичних програм, зокрема, ЗПТ (Лютий В.П., 2021).

Алгоритм дій для реалізації будь-якого виду соціальної профілактики передбачає такі кроки (World Health Organization, 2000b):

- аналіз причин та чинників, що спричинили проблему;
- налагодження співпраці між учасниками профілактичної діяльності для розв'язання проблеми;
- розроблення плану дій, організаційну та методичну підготовку;
- вплив на особистість, у тому числі виявлення та підсилення особистих ресурсів для ефективного реагування на проблеми;
- вплив на середовище, де виникає проблема, для зменшення негативного впливу й розширення можливостей для розв'язання проблеми;
- моніторинг та аналіз ефективності профілактичних заходів і, в разі потреби, коригування плану дій.



Стратегії профілактики визначають загальні напрями для встановлення мети та визначення методів її досягнення щодо конкретної проблеми. Дві ключові стратегії містять такі складові (Журавель Т.В, 2013; Лютий В.П., 2012):

1. Стратегію запобігання та усунення. Вона полягає у визнанні проблеми чи явища як однозначно шкідливих та неприйнятних, з акцентом на повному запобіганні цій проблемі чи явищу.

2. Стратегію нормалізації. Ця стратегія враховує, що негативне явище чи проблема можуть бути небажаними, але в певних обставинах прийнятними, тому вона спрямована на мінімізацію їхнього шкідливого впливу або ризиків.

Моделі профілактики визначають специфічні цілі та методи запобігання негативним явищам (Журавель Т.В, 2013; Лютий В.П., 2012):

1. Репресивна модель: основана на стримуванні дітей та молоді від негативних дій через заборони та контроль.

2. Модель залякування: використовує страх як засіб запобігання негативній поведінці через підкреслення її небезпечних наслідків.

3. Модель моральних принципів: спрямована на переконання молоді в аморальності певних видів поведінки.

4. Модель розповсюдження знань: надає об'єктивну інформацію для усвідомленого вибору поведінки.

5. Модель афективного навчання: розвиває навички для позитивного розв'язання проблем і задоволення потреб.

6. Модель здорового способу життя: формує цінність здоров'я і розвиток навичок здорового життя.

7. Радикальна модель: зосереджена на соціальному впливі для зміни суспільних умов, що сприяють негативним явищам.

На основі наданої інформації можна зробити такі висновки щодо соціальної профілактики в контексті запобігання інфікуванню ВІЛ ЛВІН. Сучасне розуміння соціальної профілактики охоплює широкий спектр заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, травмам та іншим негативним явищам, що впливають на здоров'я та благополуччя людини. Профілактика передбачає економічні,

соціальні, гігієнічні, медичні та психолого-педагогічні заходи, які реалізуються на державному рівні, громадськими організаціями та окремими громадянами. У контексті соціальної роботи соціальна профілактика являє собою напрям, що ґрунтується на комплексних заходах, націлених на попередження та мінімізацію наслідків негативних явищ у соціальному середовищі. Вона охоплює не тільки медичні, а й соціальні, економічні, політичні та правові аспекти, спрямовані на формування здорових поведінкових патернів, підтримку особистісного розвитку та соціального благополуччя.

Профілактичні заходи можуть бути класифіковані як первинні, вторинні та третинні залежно від стадії розвитку проблеми або негативного явища. Кожен із цих рівнів має свої специфічні цілі та методики, які охоплюють широкий спектр дій — від просвітництва та інформування до реабілітації та соціального відновлення. Стратегії та моделі профілактики, які застосовуються в соціальній роботі, охоплюють різноманітні підходи, від репресивних до розвиваючих, залежно від специфіки проблеми та цільової аудиторії. Вони можуть варіюватися від заходів, які зосереджуються на запобіганні негативній поведінці, до тих, які сприяють здоровому способу життя та позитивному особистісному розвитку. Отже, соціальна профілактика в соціальній роботі являє собою комплексний підхід, що охоплює різноманітні аспекти людського життя та здоров'я. Цей підхід є необхідним для забезпечення високого рівня здоров'я населення, запобігання розвитку захворювань та підтримки соціального благополуччя.

*Профілактика ВІЛ може бути визначена як комплекс заходів, спрямованих на запобігання передачі ВІЛ, зниження його розповсюдження та мінімізацію соціальних та медичних наслідків для ЛЖВ. Профілактика ВІЛ може здійснюватись на первинному, вторинному та третинному рівнях, поєднувати структурні, професійні (медичні) та поведінкові інтервенції, впроваджуватися фахівцями (медичними працівниками, психологами, педагогами, СП) та нефахівцями-волонтерами із числа цільових груп (профілактика «рівний рівному»). Далі буде розглянуто особливості різних рівнів профілактики ВІЛ та визначено сутність, зміст та можливі підходи до профілактики ВІЛ серед ЛВІН.*

*Засоби профілактики ВІЛ.* Профілактика ВІЛ охоплює різноманітні стратегії та практики, спрямовані на запобігання інфікуванню ВІЛ та зменшення його поширення. Ці практики також поділяються на засоби первинної, вторинної та третинної профілактики. Розглянемо кожен з них.

Первинна профілактика має на меті запобігання зараженню ВІЛ здорових людей. Вона передбачає такі заходи (Borsa & Siegel, 2023; Sukeri et al., 2023):

1. Використання презервативів: регулярне і правильне використання презервативів під час статевих актів допомагає знизити ризик передачі ВІЛ.
2. Доконтактна профілактика (ДКП): застосування антиретровірусних препаратів здоровими людьми для зменшення ризику зараження.
3. Обрізання дорослих чоловіків: медичне обрізання може також допомогти зменшити ризик зараження ВІЛ.
4. Освіта та поширення інформації: програми, спрямовані на підвищення обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ та методів захисту та формування навичок їхнього застосування.
5. Зменшення ризиків, пов'язаних із вживанням наркотиків: забезпечення чистого інструментарію для ін'єкцій та реалізація програм обміну голочок та шприців, що допомагає уникнути передачі ВІЛ через спільне вживання наркотичних речовин.

Вторинна профілактика спрямована на запобігання передачі ВІЛ від інфікованих осіб та зменшення впливу інфекції на їх здоров'я. До неї належать такі засоби (Janes & Buchbinder, 2023; Omanga et al., 2023):

1. Антиретровірусна терапія (АРТ): лікування ЛЖВ із метою досягнення невизначеного рівня вірусного навантаження та запобігання передачі вірусу.
2. Раннє виявлення та тестування на ВІЛ: забезпечення доступу до тестування та підтримка людей із позитивним результатом.
3. Профілактика після можливого контакту (ПКП): застосування АРТ після можливого контакту з ВІЛ (наприклад, після незахищеного сексу або спільного використання голочок / шприців для ін'єкцій).

Третинна профілактика ВІЛ спрямована на запобігання подальшому поширенню інфекції серед ЛЖВ та зменшення негативних наслідків (Janes & Buchbinder, 2023). Серед її заходів:

1. Підтримка пацієнтів на АРТ: забезпечення дотримання пацієнтами режиму лікування та регулярного медичного спостереження.
2. Комплексна допомога: психологічна підтримка, соціальна та медична допомога для покращення якості життя ВІЛ-інфікованих.
3. Профілактика пов'язаних із ВІЛ захворювань: вакцинація, профілактика та лікування сумісних інфекцій та пов'язаних захворювань (наприклад, туберкульозу).

Ці стратегії можуть використовуватися окремо або в комбінації для підвищення ефективності профілактики. Ключовий елемент — правильне та послідовне застосування обраної стратегії. Важливим також є поєднання суто медичних (професійних), структурних та поведінкових інтервенцій. На думку Т. В. Семигіної, медичний підхід до профілактики ВІЛ (вживання АРТ із метою профілактики та використання медичних процедур задля зниження ризику інфікування) має поєднуватись із поведінковими інтервенціями на індивідуальному й соціальному рівнях (Семигіна Т. В., 2010). Т. Л. Лях акцентує на необхідності дотримуватись принципу диференційованого підходу до цільових груп профілактики ВІЛ з урахуванням їхнього віку, клініко-психологічних і соціально-психологічних особливостей, а також ступеня залучення до проблеми ВІЛ (Лях Т. Л., 2010). На думку С. Терницької, сучасна профілактика ВІЛ передбачає поєднання інтервенцій, спрямованих на поведінку й на середовище, що, у свою чергу, вимагає взаємодії структур різних секторів, дотичних до цього процесу (Терницька С. В., 2009). Останні вимоги повної мірою можна зарахувати до профілактичної роботи, що проводиться з ЛВІН.

*Профілактика ВІЛ серед ЛВІН — комплекс заходів, спрямованих на запобігання, обмеження та зупинення передачі ВІЛ парентеральним та статевим шляхом між представниками цієї групи та між ними та іншими людьми, що*

*реалізується за допомогою надання ЛВІН соціальних та медичних послуг і застосування інструментів соціального супроводу.*

У процесі профілактичної роботи з ЛВІН особливу увагу слід приділити високій ризикованості передачі вірусу через ін'єкційне вживання наркотиків. Згідно з даними, ін'єкційний шлях вживання наркотиків є однією з провідних причин передавання ВІЛ, зумовленою спільним використанням шприців та голочок (Ball et al., 2019). Впровадження профілактичних ініціатив, які охоплюють інформування, забезпечення доступу до стерильного ін'єкційного обладнання та формування відповідних поведінкових практик, є ключовим для зниження цього ризику.

Додатково українські програми громадського здоров'я втілюють стратегії зменшення шкоди, що передбачають заохочення до невживання наркотиків, використання стерильних інструментів для ін'єкцій та дезінфекцію використаного інструментарію. Ці заходи спрямовані на профілактику інфікування ВІЛ, а також на зниження ризику зараження вірусними гепатитами, що в сукупності підвищує загальний рівень охорони здоров'я в суспільстві.

На сайті Центру громадського здоров'я МОЗ України розміщено ключові рекомендації для зменшення ризиків, пов'язаних із вживанням наркотиків. Вони містять такі основні принципи (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2019):

1. Уникнення початку вживання: найкращий захист від наслідків та залежності — це не вживати наркотики.
2. Безпечне вживання: якщо вживати наркотики, уникати ін'єкцій, щоб мінімізувати ризик передачі інфекцій, таких як ВІЛ.
3. Безпечні ін'єкції: під час ін'єкційного вживання завжди використовувати нові стерильні шприци і голки.
4. Мінімізація ризику при повторному використанні: якщо немає нових шприців, використовувати власні, попередньо дезінфіковані.
5. Обов'язкова дезінфекція: дезінфікувати будь-який використаний ін'єкційний інструментарій перед вживанням.

6. Також важливі ЗПТ для зменшення залежності від опіоїдів та ініціативи щодо зниження стигми й дискримінації, які покращують доступ до профілактичних і лікувальних послуг.

Вказані вище принципи критично важливі для обґрунтування потреби в профілактичних заходах серед осіб, що вживають ін'єкційні наркотики, з метою зниження ризику інфікування ВІЛ та покращення загального стану здоров'я суспільства. Виконання цих принципів передбачає розроблення та реалізацію комплексних стратегій, спрямованих на зменшення залежності та забезпечення безпечного вживання наркотиків, а також на формування свідомого ставлення до ризиків, пов'язаних з ін'єкційним споживанням наркотиків. Реалізація цих стратегій вимагає міжсекторальної співпраці та підтримки на всіх рівнях охорони здоров'я та соціальних служб.

Одним із ключових елементів стратегії профілактики ВІЛ серед ЛВІН та їхніх сексуальних партнерів є реалізація підходу зменшення шкоди, спрямованого на зниження негативного впливу на здоров'я, а також соціальних та економічних наслідків, пов'язаних із вживанням наркотиків, без вимоги припинити вживання наркотиків з боку людей.

Легалізація та застосування методів зменшення шкоди, залучення ЛВІН до боротьби з ВІЛ та інвестування належного фінансування в послуги для людей, які вживають наркотики, є важливими для впровадження ефективних послуг із профілактики ВІЛ.

Під час обґрунтування змісту та засобів профілактики ВІЛ у ЛВІН дослідники визначають низку бар'єрів, що заважають впровадженню ефективних профілактичних підходів. Без належного доступу до цих послуг є високий ризик передачі ВІЛ-інфекції, отриманої внаслідок ін'єкційного вживання наркотиків, своїм статевим партнерам (Des Jarlais et al., 2009). Поєднання вживання наркотиків із комерційним сексом означає, що ВІЛ із більшою ймовірністю буде передаватися іншим групам ризику та їхнім партнерам (Mizuno et al., 2010).

Каральні закони — ще один бар'єр доступу ЛВІН до якісних послуг. Вживання ін'єкційних наркотиків у цілях, не призначених лікарем, є незаконним у

всьому світі. Криміналізація вживання та зберігання наркотиків може перешкодити спробам залучити ЛВІН до доступних ВІЛ-сервісів, які в іншому випадку можуть допомогти запобігти передачі ВІЛ (Zule et al., 2013).

Результати світових досліджень показують, що найбільш вразливим до інфікування ВІЛ є ЛВІН молодше 25 років. За даними ЮНЕЙДС, розповсюдженість ВІЛ серед цієї групи молоді становить приблизно 3% (UNAIDS, 2017a). Це зазвичай пов'язане з тим, що молоді люди демонструють більш ризиковану поведінку, наприклад, користуються спільним інструментарієм для ін'єкцій або дістають використані голки з неофіційних місць (Schranz et al., 2018).

С. Толстоухова та В. Вакуленко (Толстоухова С.В., 2003) зазначають, що програми профілактики ВІЛ не звертають особливої уваги на молодих людей, які перебувають у групі підвищеного ризику щодо споживання ін'єкційних наркотиків; небагато з них звертаються до вразливої молоді, щоб запобігти початку ін'єкційного споживання або допомогти їм позбутися залежності, якщо вона вже розвинена. Більш того, профілактичні програми зазвичай не розглядають проблеми, з якими стикаються вразливі молоді люди, такі як тиск однолітків, проблемні стосунки в родині або проблеми в школі. Деякі ініціативи з профілактики ВІЛ, такі як ЗПТ, можуть навіть відлякувати молодих людей, оскільки вони вимагають реєстрації, постановки на облік, згоди батьків або накладають вікові обмеження (Vojko et al., 2015).

Програми зменшення шкоди для ЛВІН охоплюють (Benedikt et al., 2016; Brener et al., 2022):

1. Програми обміну використаних голків і шприців.
2. ЗПТ агоністами опіоїдів.

Вкрай важливо використовувати стерильний інструментарій для ін'єкцій, тому що шприци для ін'єкційного вживання наркотичних речовин містять високу або низьку зону «мертвого простору», де рідина (в тому числі кров) збирається після ін'єкції (Zule et al., 2013). ЛВІН часто віддають перевагу шприцам із високим мертвим простором, оскільки вони дешевші, мають від'ємні голки і більш доступні.

Шприци з низьким мертвим простором збирають у 1000 разів менше рідини, а це означає, що ВІЛ не може довго жити в такому шприці (Platt et al., 2020). Саме тому ризик зараження ВІЛ зменшується, якщо хтось використовує шприц із низьким мертвим простором після ВІЛ-позитивної людини. На жаль, доступ до шприців із низьким мертвим простором серед ЛВІН обмежений.

Програми зменшення шкоди ефективні для профілактики розповсюдження ВІЛ, оскільки надають ЛВІН чистий інструментарій для ін'єкцій.

Програми зменшення шкоди є ключовим елементом у стратегіях профілактики поширення ВІЛ, особливо серед ЛВІН. Ось кілька прикладів таких програм із різних країн:

1. Програма обміну шприців у США. Ця програма забезпечує доступ до чистих шприців для осіб, які вживають наркотики, з метою запобігання передачі ВІЛ. Вона також часто охоплює доступ до консультацій, тестування на ВІЛ та інші медичні послуги (Suen et al., 2022).

2. Програма «Safe Injection Site» в Канаді. У містах, як-от Ванкувер, існують заклади, де люди можуть безпечно вживати наркотики під медичним наглядом. Це зменшує ризик передачі ВІЛ та інших інфекційних захворювань (Suen et al., 2022).

3. Австралійська програма зменшення шкоди. Австралія має одну з найуспішніших програм зменшення шкоди у світі, що передбачає широкий доступ до обміну шприців і програм просвіти (Palmateer et al., 2014).

4. Швейцарська модель «Чотири стовпи». Ця програма ґрунтується на запобіганні, терапії, шкідливості та правоохоронних підходах. Вона забезпечує комплексний підхід до проблеми наркозалежності та її впливу на поширення ВІЛ (Platt et al., 2016).

5. Програма «Needle and Syringe» у Великій Британії. Ця програма надає шприци та голки, а також інформацію про безпечні практики ін'єкцій та профілактику ВІЛ (MacArthur et al., 2014).

Ці та інші подібні програми по всьому світу демонструють ефективність зменшення шкоди в профілактиці поширення ВІЛ, надаючи безпечні умови для ін'єкційного вживання наркотиків та зменшуючи ризики для здоров'я.



Фінансування недорогих ініціатив зі зменшення шкоди, таких як програми обміну використаних голочок і шприців та ЗПТ, є набагато рентабельнішим способом боротьби з ВІЛ серед ЛВІН, ніж необхідність платити за АРТ для лікування ВІЛ до кінця життя (Burrows et al., 2021). Незважаючи на це, служби, які надають послуги зі зменшення шкоди, в усьому світі стикаються з кризою фінансування таких сервісів для ЛВІН. Більшість країн із високим рівнем поширення ВІЛ серед споживачів наркотиків є країнами із середнім рівнем доходу. Міжнародне фінансування ВІЛ для цих країн постійно скорочується, оскільки великі донори, такі як Глобальний фонд, переміщують свою увагу на країни з низьким рівнем доходу, припускаючи, що дефіцит фінансування послуг буде заповнений внутрішніми ресурсами. Незважаючи на збільшення внутрішніх інвестицій у програми з профілактики ВІЛ у деяких країнах, мало хто надає пріоритет профілактиці ВІЛ для ключових груп населення, у тому числі зменшенню шкоди для людей, які вживають наркотики (LaMonaca et al., 2019).

Недостатній рівень фінансування послуг із профілактики ВІЛ для ЛВІН часто зумовлений не браком ресурсів, а їхнім розподілом. Наприклад, приблизно 100 мільярдів доларів США витрачається щорічно на глобальний контроль над наркотиками. Дослідження показують, що перерозподіл лише 2,5% цих грошей із захисту від наркотиків на програми зменшення шкоди може знизити кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЛВІН на 78%, а також запобігти 65% смертей від ВІЛ. Переміщення фінансування на 7,5% від фінансування контролю над наркотиками може зменшити кількість нових інфекцій і смертей від ВІЛ приблизно на 94% (Burrows et al., 2021).

Незважаючи на приголомшливий успіх зазначених програм у різних умовах у всьому світі, за даними ЮНЕЙДС, у 2018 році із 140 країн лише 86 мають програми з обміну використаних голочок / шприців та лише в 44 країнах ЛВІН мають доступ до ЗПТ (UNAIDS, 2017a).

В Україні програма обміну використаних голочок і шприців почалася у 2004 році, постійно розширюючись. Національна політика передбачає, що послуги з обміну використаних голочок і шприців мають бути безкоштовними та

низькопороговими, тобто люди не повинні відповідати конкретним критеріям, щоб отримати стерильний інструментарій для ін'єкцій (Vickerman et al., 2006).

Станом на січень 2023 року, в Україні функціонує 1667 сайтів обміну використаних голوک і шприців в усіх 27 областях країни (Morozova et al., 2023). Проте результати аналізу даних за період з 2011 по 2014 роки показують, що ЛВІН отримують в середньому дев'ять чистих шприців на місяць (108 на рік), що становить трохи більше половини порівняно з 200 голками / шприцами на рік, рекомендованими ВООЗ / ЮНЕЙДС.

Інтегроване біоповедінкове опитування серед ЛВІН, проведене у 2020 році, показало, що 97% респондентів використовували стерильний інструментарій для ін'єкцій під час останнього вживання наркотичних речовин (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023а).

Іншою поширеною практикою профілактики ВІЛ серед ЛВІН є впровадження програм замісної підтримувальної терапії. Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) є одним із найбільш ефективних методів лікування наркозалежності, що сприяє відмові людини, залежної від ПАР, від небезпечного ін'єкційного вживання заборонених психоактивних препаратів, натомість замінити їх легальними медикаментами, що дозволяють запобігти негативним проявам синдрому відміни. З іншого боку вона дозволяє значно знизити ризик передачі ВІЛ через ін'єкційні наркотики.

Згідно з результатами досліджень, у людей, які отримують ЗПТ, ризик інфікування ВІЛ через ін'єкційні наркотики знижується на 90%. Це пов'язано з тим, що ЗПТ допомагає людям, які вживають ін'єкційні наркотики, відмовитися від цієї шкідливої звички, а також зменшує кількість ризикованих ін'єкцій. ЗПТ має також ряд інших переваг для ЛВІН, які вживають ін'єкційні наркотики. Вона допомагає їм поліпшити своє фізичне і психічне здоров'я, підвищити працездатність і соціальну адаптацію. Детальніше зміст ЗПТ як профілактичної програми, її можливості та чинники профілактичного впливу будуть розглянуті в розділі 2.

*Доступ ЛВІН до послуг профілактики та лікування ВІЛ.* Вважається, що найкращими показниками ефективності заходів профілактики ВІЛ є показники

каскаду ВІЛ-послуг, прийнятих спеціальною програмою ООН із ВІЛ/СНІД у 2015 році, а саме (UNAIDS, 2021):

1. Кількість ЛЖВ, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус.
2. Кількість ЛЖВ, які приймають АРТ.
3. Кількість ЛЖВ, які досягли вірусної супресії / невизначеного рівня вірусного навантаження, тобто навіть за наявності вірусу ВІЛ в організмі не можуть передавати його іншим під час статевого або контакту з кров'ю.

Згідно із концепцією каскаду ВІЛ-послуг, саме досягнення вірусної супресії запобігає інфікуванню ВІЛ будь-яким шляхом від осіб, які не можуть відмовитись від ризикованої поведінки, в тому числі ЛВІН, залежним від ПАР. Це, в свою чергу, вимагає від програм профілактики ВІЛ серед ЛВІН мотивувати останніх до встановлення свого ВІЛ-статусу та, у випадку позитивного результату – звернення до установ, що надають АРТ, з іншого, робить показники каскаду ВІЛ-послуг об'єктивними показниками ефективності профілактичних програм.

Україна прийняла стратегію каскаду ВІЛ-послуг у 2016 році. В Україні також заведено додавати показник «реєстрації в центрі СНІДу», тобто постановки на диспансерний облік ВІЛ-інфікованої особи, що не є необхідною умовою для початку прийому АРТ в інших країнах світу. Вважається, що якщо кожний показник із каскаду ВІЛ-послуг буде досягнений на 95%, цього достатньо для ефективної профілактики передачі ВІЛ.

Отже, станом на червень 2023 року, в Україні покращилися показники каскаду ВІЛ-послуг серед ЛВІН порівняно з даними 2017 року: 64,4 проти 58% у 2017 році знали про свій ВІЛ-позитивний статус, 94% з них перебувають на обліку в медичних установах, з них 91,7% приймають АРТ, а 80,6% з останніх (порівняно з 74% у 2017 році) мають невизначуване вірусне навантаження (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023с). При цьому показники каскаду лікування, розраховані для ВІЛ-позитивних ЛВІН, були вдвічі кращими серед клієнтів профілактичних програм порівняно з групою ЛВІН, які не є клієнтами НУО.

Водночас основні прогалини в каскаді лікування ВІЛ-інфекції серед ЛВІН стосуються виявлення ВІЛ-позитивних осіб: понад третина ЛВІН, які живуть із ВІЛ, не знають про свій ВІЛ-позитивний статус (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023с). За даними біоповедінкового дослідження 2020 року, 86,8% опитаних ЛВІН були сексуально активними протягом останнього року, серед них дві третини жінок (66,3%) і більше половини чоловіків (52,3%) мали стосунки з постійними сексуальними партнерами; 7,6% жінок та 17,9% чоловіків повідомили, що мали випадкових сексуальних партнерів; 2,5% чоловіків і 2,4% жінок мали комерційних сексуальних партнерів, але якщо чоловіки платили за секс, то жінки отримували винагороду за сексуальні послуги. При цьому менше ніж половина опитаних ЛВІН (44,3%) зазначили, що використовували презерватив під час останнього сексуального контакту. Жінки частіше (58,9%) не користувалися презервативом, ніж чоловіки (47,4%). Опитування показало, що здебільшого ЛВІН не використовували презерватив під час сексуальних контактів із постійними партнерами (58,7%), меншою мірою — з комерційними, від яких отримували винагороду (35%), та з випадковими партнерами (31,3%) (Центр громадського здоров'я, 2021).

Це, з одного боку, вказує на актуальність профілактичних втручань в середовищі ЛВІН, спрямованих на виявлення серед них осіб, які живуть з ВІЛ та мотивування їх до отримання АРТ та на блокування передачі ВІЛ-інфекції від ЛВІН не лише через ін'єкції, а й статевим шляхом, з іншого – що участь у програмах зменшення шкоди може виконувати обидва названі профілактичні завдання. Проте специфічний вплив окремих програм (перш за все, програм обміну та ЗПТ) та умови їхньої ефективності в Україні потребують окремого дослідження.

Отже, узагальнення змісту, засобів та окремих програм профілактики ВІЛ серед ЛВІН показало, що профілактика ВІЛ серед ЛВІН – комплекс заходів, спрямованих на попередження, обмеження та зупинення передачі ВІЛ парентеральним та статевим шляхом між представниками цієї групи та між ними та іншими людьми, що реалізується за допомогою надання ЛВІН соціальних та медичних послуг та застосування інструментів соціального, педагогічного та

психологічного впливу. Вона може впроваджуватись на вторинному і третинному рівнях і включатиме як суто медичні, так і структурні й поведінкові інтервенції, проте ефективні програми, враховуючи комплексний характер чинників ризику інфікування ВІЛ ЛВІН мають носити комплексний характер.

Зміст програм профілактики ВІЛ серед ЛВІН зазвичай містить такі компоненти:

- інформування та просвітництво щодо ВІЛ та способи його передачі;
- заохочення до тестування на ВІЛ;
- надання послуг із профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом (ПІСВ);
- надання послуг із профілактики передачі ВІЛ через кров (ПІК);
- надання послуг із профілактики передачі ВІЛ через ін'єкційні наркотики.

Моделі програм профілактики ВІЛ серед ЛВІН можуть бути різними. Серед найбільш поширених можна виділити такі:

- централізовані моделі, які базуються на стаціонарних установах (наприклад, центри СНІДу);
- децентралізовані моделі, які базуються на місцевих громадах (наприклад, соціальні служби, громадські організації);
- інтегровані моделі, які поєднують в собі різні підходи до профілактики ВІЛ.

Окремі програми профілактики ВІЛ серед ЛВІН можуть бути спрямовані на різні цільові аудиторії. Серед таких аудиторій можна виділити:

- ЛВІН, які не знають про свій ВІЛ-статус;
- ЛВІН, які живуть з ВІЛ, але не отримують лікування;
- Споживачі наркотиків, які вживають їх ін'єкційно.

Найпоширенішими програмами профілактики ВІЛ серед ЛВІН в Україні і світі, що мають комплексний інтегрований характер та спрямовані різні групи споживачів наркотиків, є програми розповсюдження та обміну безпечного інструментарію для ін'єкцій та замісної підтримувальної терапії. Кумулятивний вплив всіх програм профілактики ВІЛ серед ЛВІН, що впроваджуються в Україні,

призвів до поліпшення показників каскаду ВІЛ за останні роки. Проте чинники та умови ефективності таких програм залишаються недостатньо розкритими. Особливо це актуально щодо програми ЗПТ, адже вона викликає неоднозначне ставлення суспільства і потребує в Україні доказової бази ефективності. Зважаючи на значний профілактичний потенціал ЗПТ, необхідно детально розглянути її профілактичні можливості. Зокрема, необхідно дослідити такі питання:

- Які фактори впливають на ефективність ЗПТ як профілактичного підходу?
- Які механізми забезпечують зниження ризику інфікування ВІЛ у людей, які отримують ЗПТ?
- Як можна підвищити доступність ЗПТ для ЛВІН, які вживають ін'єкційні наркотики?

Відповіді на ці питання допоможуть розробити більш ефективні програми профілактики ВІЛ серед ЛВІН, які вживають ін'єкційні наркотики.

Таким чином, ЛВІН є одним із керівних драйверів епідемії ВІЛ в Україні. Епідемія ВІЛ серед ЛВІН є серйозною проблемою громадського здоров'я, яка вимагає комплексного підходу до її вирішення. Не дивляючись на доступність різних програм профілактики ВІЛ серед ЛВІН, одним із поширеніших засобів вважається саме програма замісної підтримувальної терапії. Отже, виходячи із завдань дисертаційного дослідження, ми розглянули роль ЗПТ та умови її ефективності в соціальній профілактиці ВІЛ серед ЛВІН.

### **Висновки до розділу 1**

У розділі 1 було проаналізовано епідеміологічну ситуацію з ВІЛ серед ЛВІН у світі та Україні.

Незважаючи на те, що до 2009 року рівень захворюваності на ВІЛ в усьому світі знизився на 19%, показники в країнах СЄЦА зросли на 25%, насамперед серед ЛВІН. Україна посідає перше місце в Європі за поширеністю ВІЛ. Регіонально на Україну припадає близько 70% усіх нових випадків ВІЛ-інфекції.

Виокремлюють такі критерії груп підвищеного ризику до захворюваності ВІЛ-інфекцією: вживання наркотичних та психотропних засобів ін'єкційним способом із використанням спільних шприців, голوک для ін'єкцій та ПАР; статеві стосунки з більш ніж одним партнером без використання засобів захисту, в тому числі випадки з винагородою; анальні статеві стосунки без використання засобів захисту, в тому числі випадки з винагородою. Отже, ключовими групами щодо інфікування ВІЛ є:

1. ЧСЧ та бісексуальні чоловіки. Ця група становить близько 50% всіх нових випадків ВІЛ-інфекції в Україні станом на початок 2023 року.
2. Жінки, які займаються сексом за гроші. Ця група становить близько 20% усіх нових випадків ВІЛ-інфекції в Україні.
3. ЛВІН. Станом на початок 2023 року ця група становить близько 15% всіх нових випадків ВІЛ-інфекції в Україні.

Загалом у 2022 році в Україні серед приблизно 320 тисяч ЛВІН поширеність ВІЛ коливалася від 21,3 до 41,8%. Хоча є докази того, що епідемія ВІЛ переходить у загальну епідемію, нестабільна та зростаюча епідемія ВІЛ в Україні все ще підживлюється ін'єкційним споживанням наркотиків, насамперед опіоїдів, а на споживання опіоїдів припадало майже 70% усіх кумулятивних і 56% нових ВІЛ-інфекцій.

Незважаючи на численні комплексні програми протидії ВІЛ в Україні, як державним органам, так і неурядовому сектору залишається багато роботи щодо впровадження профілактичних заходів для перелічених вище ключових груп, серед яких пропаганда здорового способу життя та сексуальної культури; забезпечення доступу до методів профілактики ВІЛ-інфекції, таких як презервативи та стерильний інструментарій для ін'єкцій; проведення тестування на ВІЛ та забезпечення доступу до лікування ВІЛ-інфекції в межах третинної профілактики ВІЛ.

Як зазначалося вище, ЛВІН є одним із керівних драйверів епідемії ВІЛ в Україні. Епідемія ВІЛ серед ЛВІН становить серйозну проблему громадського здоров'я, яка вимагає комплексного підходу до її розв'язання. У 2000-ні роки в

багатьох країнах світу були запуснені програми з профілактики ВІЛ серед ЛВІН. Ці програми передбачають такі заходи, як розповсюдження чистих шприців та голок; консультування, соціальний супровід та ЗПТ. Завдяки цим заходам рівень поширеності ВІЛ серед ЛВІН у багатьох країнах світу вдалося знизити.



## РОЗДІЛ 2

### ЗМІСТ ТА УМОВИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ СЕРЕД ЛЮДЕЙ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ІН'ЄКЦІЙНІ НАРКОТИКИ

#### **2.1. Українські та зарубіжні підходи щодо застосування замісної підтримувальної терапії з метою соціальної профілактики ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики**

Розлади внаслідок вживання опіоїдів — це медичний стан, який піддається лікуванню. Розлади внаслідок вживання опіоїдів характеризуються залежністю від опіоїдів, таких як перкоцет, оксиконтин, героїн або фентаніл. Існує багато методів лікування розладів унаслідок вживання опіоїдів.

ЗПТ агоністами опіоїдів стала основним підходом до лікування людей з опіоїдною залежністю і фундаментальним компонентом заснованого на доказах підходу до зменшення шкоди та ефективної профілактики ВІЛ у багатьох розвинених країнах (Mathers et al., 2010). ЗПТ є рекомендованим варіантом першого ряду, тобто зазвичай це перше медичне лікування, яке медичний працівник призначає комусь із діагностованим розладом унаслідок вживання опіоїдів.

Для людей, які страждають на розлади внаслідок вживання опіоїдів, ЗПТ може бути ефективним способом уникнути гострих симптомів відміни опіоїдів.

Принцип роботи ЗПТ полягає в тому, що вона заміщає опіоїди короткої дії на опіоїдні ліки більш тривалої дії. ЗПТ агоністами опіоїдів пропонують замісні ліки, такі як метадон та бупренорфін, як альтернативу ін'єкційним наркотикам. Ці ліки не призводять до почуття ейфорії, «кайфу». Вони впливають на організм повільніше і довше, ніж інші опіоїди, такі як героїн та оксикодон. Однією з головних переваг ЗПТ є те, що ці ліки приймаються перорально. Отже, ЗПТ допомагає людям уникнути шкоди, пов'язаної з вдиханням або ін'єкційним

введенням наркотиків, такої як ушкодження дихальних шляхів або передача інфекцій через кров.

Впровадження ЗПТ привело до помітного зниження ризикованої поведінки, пов'язаної з інфікуванням ВІЛ, у тому числі використання голок, а також спільного використання шприців, що сприяло зниженню передачі ВІЛ, захворюваності на ВІЛ та смертності, пов'язаної з небезпечними ін'єкціями, а також до запобігання поширенню вірусного гепатиту С (ВГС) серед ЛВІН (Gowing et al., 2013). ЗПТ все частіше використовують для того, щоб зменшити медичні, економічні та соціальні наслідки зловживання ПАР та покращити якість життя споживачів опіоїдів (Brown et al., 1993; Mattick et al., 2014; Nielsen et al., 2016; Strain et al., 1996).

Під час прийому за призначенням препарати ЗПТ запобігають симптомам відміни опіоїдів протягом 24–36 годин і допомагають усунути тягу до речовин із вмістом опіоїдів. Навпаки, відміна героїну призводить до сильної тяги, яка настає через 6–12 годин після прийому речовини (O'Connor, 2005; Schuckit, 2016; Strain et al., 1996). Ця форма терапії пов'язана з покращенням здоров'я людини, а також веде, серед іншого, до зниження захворюваності на ВІЛ та злочинності, пов'язаної із вживанням наркотиків (Dole et al., 1968; Hosztafi & Fürst, 2014; Newman et al., 1973; Schütz et al., 1994). З огляду на ці позитивні ефекти метадон і бупренорфін були включені до типового списку основних лікарських засобів ВООЗ майже 15 років тому й донині залишаються в ньому (Herget, 2005; Laing et al., 2003).

ЗПТ агоністами опіоїдів є одним із способів, який допомагає людям із розладами внаслідок вживання опіоїдів знайти стабільність, працювати над одужанням або контролювати своє вживання опіоїдів у довгостроковій перспективі. ЗПТ зменшує ймовірність передозування або смерті споживачів від вживання опіоїдів (Edvardsen & Clausen, 2022; Paul et al., 2022), а також покращує здоров'я та самопочуття людей, які живуть з розладами внаслідок вживання опіоїдів, та їхніх сімей (Brousseau et al., 2022; Whittaker et al., 2022).

Отже, основні цілі ЗПТ полягають у такому (Askari et al., 2020; Hard, 2021; Jia & Norman, 2021; Mahu et al., 2019; Westenberg et al., 2021):

- зменшення вживання нелегальних опіоїдів завдяки запобіганню розвитку синдрому відміни;
- стабілізація і поліпшення психосоматичного стану пацієнтів, хворих на синдром залежності від опіоїдів;
- зниження кримінальної активності серед ЛВІН;
- запобігання ризикованій поведінці, пов'язаній із поширенням ВІЛ-інфекції, гепатитів В і С та інших інфекцій серед ЛВІН;
- залучення ЛВІН до співпраці із соціальними службами й створення умов для соціальної реабілітації та реінтеграції пацієнтів у суспільство;
- забезпечення ефективного лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу й супутніх захворювань ЛВІН (сепсис, гнійні інфекції, гепатити В і С, трофічні виразки, флебіти);
- створення умов для якісного медичного обслуговування вагітних жінок, які вживають наркотики.

Отже, *соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії* – профілактична (соціальна) послуга або профілактичне втручання для людей, які вживають ін'єкційні наркотики, комплекс заходів, спрямованих на попередження, обмеження та зупинення передачі ВІЛ у цій ключовій групі шляхом мотивації її представників вступати в програму ЗПТ, утримуватися в програмі ЗПТ, відмовлятися від ризикованої поведінки та надання їм допомоги у подоланні проблем та складних життєвих обставин. Під засобами замісної підтримувальної терапії розуміються її компоненти (види допомоги ЛВІН та методи, які при цьому використовуються), сукупна дія яких забезпечує досягнення цілей профілактики.

Варто розглянути історичні аспекти впровадження програми ЗПТ у світі. В 1964 році двоє американських лікарів, Марі Нісвондер і Вінсент Доул, використовували метадон як пілотну терапію для залежних від героїну. З отриманих результатів вони виявили, що метадон може допомогти наркозалежним припинити вживання героїну і не збільшувати дозу у разі тривалого прийому метадону. Звідси народилася ЗПТ метадоном для залежних від героїну (Joseph et al., 2000).

Нині програми ЗПТ працюють у 80 країнах світу, наприклад, у США, Австралії, Австрії, Нідерландах, Норвегії.

У США з 1938 по 1950 роки залежних від героїну лікували в центрах примусового лікування. Однак люди, залежні від героїну, після виходу з них часто мали дуже високий рівень рецидивів. Фактично в понад 97% пацієнтів після лікування в таких центрах від 6 місяців до 5 років були рецидиви. Відмовившись від примусового лікування, з 1964 року в США почали широко застосовувати програму метадоном. Перші результати, яких досягли США, — це значне зниження рівня злочинності, пов'язаної з продажем і зберіганням ПАР, і стабілізація суспільного ладу. Після 1980 року рівень інфікування ВІЛ, гепатитом В і С серед людей, залежних від героїну, істотно знизився (Dawe et al., 1991; Paulus & Halliday, 1967). Нині в США діє 750 метадонових центрів, які лікують понад 210 тисяч залежних від героїну (Samsó Jofra et al., 2022).

У Нідерландах лікування опіоїдної залежності з використанням метадоноу було визначено як довготривале. В Амстердамі створено розгалужену мережу громадських закладів охорони здоров'я для лікування метадоном у поліції та медичному секторі. Останнім часом кількість пацієнтів, які лікуються цим методом, поступово зменшується, тому що різко зростає кількість людей, які повністювилікувалися від наркотичної залежності. Згідно зі статистикою 2021 року, державні заклади охорони здоров'я Амстердамавилікували метадоном 2382 наркозалежних (Pierce et al., 2021). Досвід Нідерландів показує, що для ефективного впровадження метадонової програми насамперед необхідна розгалужена мережа державних закладів охорони здоров'я, які надають послуги з обстеження та лікування метадоном, щоб люди, залежні від героїну, могли легко отримати доступ до цієї послуги та скористатися нею.

В Австралії в 1993 році лікування залежності від героїну за допомогою метадоноу вважалося національною політикою. Згідно з даними щорічного опитування уряду Австралії, у 2021 році в країні було проліковано 43 445 випадків складної наркотичної залежності. З них 70% лікувались метадоном, решта —

бупренорфіном або налоксоном. У 2021 році в Австралії було приблизно 2150 місць альтернативного лікування (Pierce et al., 2021).

У Китаї запуск метадонової програми заощадив багато ресурсів. За підрахунками експертів, щороку 200 споживачів героїну, які беруть участь у програмі ЗПТ, заощаджують 1,15 мільйона доларів США порівняно із вживанням наркотиків (Zhao et al., 2023).

Нині, незважаючи на доведену ефективність, ЗПТ все ще залишається недоступною для ЛВІН у багатьох країнах із низьким і середнім рівнем доходу, де вона вкрай необхідна (Mathers et al., 2010; Mojtabai et al., 2019; Samsó Jofra et al., 2022). У таких країнах дані нещодавнього дослідження, проведеного ВООЗ, свідчать про те, що ЗПТ зменшує незаконне вживання опіоїдів, ризиковану поведінку, пов'язану з ВІЛ, і злочинність, а також істотно покращує фізичне та психічне здоров'я пацієнтів із розладами внаслідок вживання опіоїдів (Lawrinson et al., 2008). ЗПТ також приводить до суттєвого покращення якості життя та в кількох областях індексу тяжкості наркоманії, включаючи вживання наркотиків, покращуються психологічне благополуччя, злочинність та сімейні стосунки (Feelemyer et al., 2014).

Результати численних світових досліджень показують, що прийом ЗПТ також пов'язаний із позитивним впливом на якість життя та фізичне, психологічне й соціальне самопочуття серед споживачів опіоїдів у Малайзії, Литві (Lua & Talib, 2012; Padaiga et al., 2007) та Україні (Morozova et al., 2017), а також на зниження ін'єкційної поведінки, злочинності, ВІЛ-інфекції та покращення якості життя у Китаї (He et al., 2011; Sittambalam et al., 2014; Xiao et al., 2010). Аналогічно, на Тайвані ЗПТ продемонструвала значне покращення якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, психологічним та соціальним благополуччям, а також зменшення ризикованої поведінки, пов'язаної з ВІЛ (Wang et al., 2012).

Справді, з'являється все більше доказів того, що ЗПТ могла б досягти послідовних результатів у різноманітних культурних умовах у країнах із низьким, середнім і високим рівнем доходу. Ще одне дослідження показало, що ЗПТ значно зменшує частоту затримань та арештів, випадків ризикованої поведінки та

покращує якість життя ЛВІН (Armstrong et al., 2010). Аналогічно, результати досліджень заохочують до розширення програм ЗПТ у країнах із низьким і середнім рівнем доходу для збереження життя та ресурсів як споживачів ін'єкційних наркотиків, так і загального населення (Gowing et al., 2013). Це питання є особливо важливим, оскільки, за прогнозами, епідемія залежності від опіоїдів, що відпускаються за рецептом, пошириться на країни з низьким і середнім рівнем доходу (Holmes, 2012; Winhusen et al., 2020).

Десятиліття досліджень підтверджують терапію агоністами опіоїдів як наріжний камінь ефективного лікування, яке має вирішальне значення в боротьбі за припинення епідемії вживання опіоїдів. Клініцисти, медичні системи, посадові особи громадського здоров'я та пацієнти можуть бути впевнені, що переваги ЗПТ надійні й значно переважають ризики лікування ("Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence," 2009; Morozova et al., 2020). Ранній початок та довгострокове лікування адекватними дозами препаратів ЗПТ повністю схвалені ВООЗ та іншими авторитетними агенціями громадського здоров'я, які визнають переваги для сприяння утриманню, зменшенню передозування та запобіганню новим випадкам інфікування ВІЛ та ВГС (Shulman et al., 2019).

ЗПТ — оснований на доказах, економічно ефективний засіб лікування, що зменшує загальні витрати на охорону здоров'я (Fairley et al., 2021). Основною перешкодою в боротьбі з епідемією ін'єкційного вживання опіоїдів є відсутність поширення, розуміння та прийняття цієї науково обґрунтованої стратегії лікування розладів унаслідок вживання опіоїдів.

Далі пропонуємо розглянути стан програми ЗПТ в Україні. В Україні ЗПТ із використанням бупренорфіну вперше було впроваджено для профілактики ВІЛ у 2004 році, а потім у 2008 році з'явився метадон як замісний препарат для лікування опіоїдної залежності (Schaub et al., 2010). Результати моделювання даних за 2005–2008 роки показали, що розширення масштабів ЗПТ в Україні за допомогою метадону було б найбільш економічно ефективною стратегією профілактики ВІЛ (Alistar et al., 2011). Однак ця модель використовувала не реальні дані з України, а

моделювала відносно низький рівень охоплення програмою ЗПТ, який не ґрунтувався на рівні популяції, — було вказано від 500 до 4000 місць для безкоштовного лікування, охоплення програмою зазначалося від 3,1 до 25%, також був включений 80% рівень охоплення програмою АРТ, якого, по суті, ніде не було досягнуто.

Незважаючи на докази, що підтверджують ефективність ЗПТ, доступ до неї серед ЛВІН в Україні залишається обмеженим. Станом на січень 2023 року, лише 6,1% ( $N = 19\ 041$ ) ЛВІН отримують ЗПТ (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023b). Хоча міжнародні донори, такі як Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, а також держава забезпечили фінансування ЗПТ для 30 тисяч пацієнтів до 2023 року, розширення ЗПТ не вдається досягти повною мірою через численні індивідуальні бар'єри, програмні та структурні (Войко et al., 2016). Розширення програми ЗПТ є найбільш економічно ефективною стратегією профілактики епідемії ВІЛ серед ЛВІН в Україні, але її не було досліджено з використанням реальних даних, у тому числі смертності як результату, а також не передбачено деталізації регіональних відмінностей для ефективнішого надання цілеспрямованої реакції (Alistar et al., 2011; Altice et al., 2016; Vickerman et al., 2006).

Законодавчу підтримку програма ЗПТ в Україні отримала у 2012 році. Наразі послуги ЗПТ доступні на базі закладів охорони здоров'я (наркологічних та протитуберкульозних диспансерів, центрів СНІДу, міських та районних лікарень, центрів первинної медико-санітарної допомоги). Починаючи з 2017 року фінансування програм ЗПТ відбувається за кошти державного бюджету, що забезпечує не лише безперервність лікування наявних пацієнтів, а передбачає розширення програми.

Згідно з даними Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», відповідальної за проведення ЗПТ в Україні, станом на 01.01.2023 р. ЗПТ отримували 19 041 особа, з яких 16 890 пацієнтів (88,7%) отримували препарат метадону гідрохлорид (таблетки), 76 пацієнтів (0,4%) — метадону гідрохлорид (розчин оральний), 2323 пацієнти

(12,2%) — бупренорфіну гідрохлорид (таблетки сублінгвальні). Серед клієнтів ЗПТ майже 34,8% (6626 осіб) живуть із ВІЛ (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023b). На початок 2022 року 16 070 пацієнтів програми ЗПТ перебували на самостійному прийомі препаратів (84,4% від загальної кількості пацієнтів ЗПТ), з них 13 671 пацієнт отримували препарати ЗПТ безпосередньо в кабінеті ЗПТ у закладах охорони здоров'я (71,8%), 514 осіб (2,7%) — за рецептом та 1676 осіб (8,8%) — у межах стаціонару вдома. За гендерним розподілом серед учасників програми ЗПТ 83,4% становлять чоловіки, за віковими групами середній вік учасників — 37–38 років. У 2023 році в Україні було відкрито 6 нових сайтів із надання послуг ЗПТ, проте протягом 2022–2023 років через повномасштабне вторгнення припинили роботу 26 сайтів — повністю закрито програму ЗПТ в Луганській області, частково в Донецькій, Запорізькій та Херсонській областях через тимчасову окупацію території України. Загалом, станом на початок 2023 року, ЗПТ впроваджується в усіх областях України (25), загальна кількість сайтів — 224 (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2023b).

Розглянемо *нормативно-правову базу впровадження ЗПТ* в Україні. У 2005 році ВООЗ додала обидва препарати до свого Базового переліку основних лікарських засобів (Herget, 2005), а у 2009 році випустила настанови (Davoli et al., 2015; "Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence," 2009), де всім країнам рекомендовано зробити ЗПТ основним напрямом лікування людей, що мають залежність від опіоїдів. Нині в Україні діє низка нормативних актів, покликаних поліпшити якість життя ЛЖВ, забезпечити безперешкодний доступ до лікування і позалікарняного догляду та підтримки, а також надання такій категорії людей додаткових прав і пільг, у тому числі у сфері застосування ЗПТ.

Нижче наведено основні керівні документи з питань наркозалежності, впровадження програми ЗПТ, а також керівництва з регулювання обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та їхніх прекурсорів (за рівнем сили впливу).

*Закони України:*



- Закон України від 01.06.2000 р. № 1775-III «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» (Закон України, 2015);
- Закон України від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР «Про лікарські засоби» (Закон України, 1996);
- Закон України від 15.02.1995 р. № 62/95-ВР «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» (Закон України, 1995).

*Постанови / розпорядження Кабінету Міністрів України:*

- розпорядження Кабінету Міністрів України від 06.02.2019 р. № 56-р «Про затвердження плану заходів на 2019–2020 роки з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року» (Кабінет Міністрів України, 2019);
- розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.08.2013 р. № 735-р «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року» (Кабінет Міністрів України, 2013b);
- Постанова Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» (Кабінет Міністрів України, 2013a);
- Постанова Кабінету Міністрів України від 03.06.2009 р. № 589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом» (Кабінет Міністрів України, 2009);
- Постанова Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 р. № 770 «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» (Кабінет Міністрів України, 2000).

*Накази МОЗ:*

- наказ від 09.11.2020 р. № 2555 «Про затвердження стандартів медичної допомоги "Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів"» (Міністерство охорони здоров'я України, 2020);

– наказ від 07.08.2015 р. № 494 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» (Міністерство охорони здоров'я України, 2015);

– наказ від 27.03.2012 р. № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів» (Міністерство охорони здоров'я України, 2012);

– наказ від 19.07.2005 р. № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень» (Міністерство охорони здоров'я України, 2005).

*Міжвідомчі накази:*

– наказ МОЗ, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції, Державної служби контролю за наркотиками від 22.10.2012 р. № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії» (Міністерство охорони здоров'я України et al., 2012);

– наказ МОЗ, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України від 13.09.2010 р. № 3123/275/770 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику» (Міністерство охорони здоров'я України et al., 2010).

*Накази інших відомств:*

– наказ Міністерства внутрішніх справ України від 15.05.2009 р. № 216 «Про затвердження Вимог до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і речовин» (Міністерство внутрішніх справ України, 2009; України, 2009).

Наведені керівні документи регулюють загальні питання наркозалежності, умови та вимоги до впровадження програми ЗПТ, а також обіг наркотичних засобів, психотропних речовин та їхніх прекурсорів.

Пандемія COVID-19 також мала свій вплив на стан програми ЗПТ в Україні. Так, у березні 2021 року на початку впровадження карантинних обмежень через пандемію COVID-19 МОЗ випустило тимчасові рекомендації для головних обласних спеціалістів за напрямом «Наркологія» (експертів із лікування залежностей) з метою продовження надання доступу до ЗПТ для нових пацієнтів в умовах карантину та надання лікарям більшої гнучкості щодо переведення більшої кількості наявних пацієнтів ЗПТ на домашній прийом препарату задля зменшення кількості та частоти візитів на сайти ЗПТ (часто громадським транспортом) та уникнення групувань протягом обмежених годин прийому ліків.

До тимчасових рекомендацій щодо COVID-19 6856 (53,4%) із 12 837 пацієнтів ЗПТ у 214 ЛПЗ отримували препарат ЗПТ на руки для самостійного прийому вдома (ДУ "Центр громадського здоров'я МОЗ України", 2020). З початку пандемії надавачі послуг ЗПТ зосередилися на переведенні більшої кількості пацієнтів на домашній прийом препарату ЗПТ. У результаті цього, станом на 1 червня 2021 року, 11 052 (84,4%) із 13 097 пацієнтів ЗПТ отримували певну кількість (3-, 7- або 10-денний запас) ліків, які можна взяти додому, що на 34% збільшило дозування для прийому вдома. Використовуючи середню точку 7-денного прийому додому та 5 хвилин на клінічну зустріч, можна підрахувати, що це означає скорочення на 1 274 862 прямих щорічних клінічних контактів (діапазон: 994 717 — 1 335 763, якщо прийом додому відбувався кожні 3 і 10 днів відповідно) і на 82 893 (діапазон: 106 238 — 111 314) години (Meteliuk et al., 2021). Із січня по травень 2021 року кількість пацієнтів ЗПТ збільшилася на 1272 пацієнтів. Хоча повні дані про смертність відсутні (потрібні свідоцтва про смерть), річна смертність за цей період коливається від 1,9 до 2,3%, що нижче, ніж у попередньому 2020 році.

У результаті лише в шести областях України (Київська, Одеська, Івано-Франківська, Тернопільська, Рівненська, Луганська) під час карантинних обмежень

знизилася кількість пацієнтів ЗПТ, тоді як у більшості областей кількість пацієнтів зросла. Зокрема, у двох областях — на понад 30 пацієнтів (Черкаська, Дніпропетровська); ці два регіони збільшили кількість пацієнтів у 2019 році на понад 70 та 20% відповідно. Рівень видачі препарату ЗПТ на руки виріс із 53,4 до 84,4%, при цьому в 13 областях відсоток пацієнтів, які отримують препарат ЗПТ для домашнього прийому, збільшився до >90%.

Після виходу рекомендації щодо COVID-19 МОЗ України основними занепокоєннями наркологів були вірогідність випадків передозувань та можливість вибуття пацієнтів із програми ЗПТ через обмеженість або відсутність громадського транспорту. Наркологи також зазначали, що поліція часто одержувала хабарі від пацієнтів, які приходили на сайти ЗПТ за препаратом. Якщо пацієнти приходили рідше або мали менше грошей, це могло призвести до їхнього арешту, що було задокументовано раніше (Izenberg et al., 2014).

Таким чином, виходячи із завдань дослідження, в рамках дисертаційного дослідження було розглянуто українські та зарубіжні підходи щодо розвитку програми замісної підтримувальної терапії для профілактики ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, законодавчу базу впровадження програми ЗПТ в Україні та особливості її впровадження в українському контексті. ЗПТ залишається ефективною доступною стратегією профілактики ВІЛ, особливо якщо використовується як частина підходу «комбінованого втручання», інтегрованого з програмами обміну голоч/шприців; антиретровірусної терапії (АРТ); освіти та аутрич-роботи; розширеного тестування на ВІЛ; контекстного сприяння державної політики та інших структурних змін, які сприяють зміцненню здоров'я населення. Реалізація такого підходу та умови й критерії його ефективності будуть розглянуті далі.

## **2.2 Умови ефективності застосування замісної підтримувальної терапії в соціальній профілактиці ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики**

Загалом результати численних досліджень у світі демонструють, що особи з розладами внаслідок вживання опіоїдів мають більший рівень використання медичних послуг, вищий рівень інших захворювань та смертності порівняно із загальним населенням (Grande et al., 2016; Kolodny et al., 2015; Sortedahl et al., 2018). Незважаючи на те, що люди з будь-яким розладом, пов'язаним із вживанням ПАР, піддаються підвищеному ризику шкоди, ін'єкційні опіоїди мають додаткові ризики для здоров'я, такі як передача вірусів через кров, у тому числі ВІЛ та ВГС (Center for Disease Control and Prevention, May, 2019).

Є також значні соціальні аспекти розладів унаслідок вживання опіоїдів. Наприклад, у Канаді у 2015 році понад 135 мільйонів канадських доларів було витрачено на медичне лікування розладів унаслідок вживання опіоїдів, тобто на закупівлю метадону й бупренорфіну) (Canadian Institute for Health Information 2016), тоді як у США з 2001 по 2017 рік загальні економічні наслідки передозувань опіоїдами, лікування залежності загалом оцінювалися в понад 1 трильйон доларів США (Altarum 2018). Враховуючи значний вплив розладів унаслідок вживання опіоїдів на добробут, використання медичних послуг та соціальні витрати, вкрай важливим є визначення ефективних стратегій ведення пацієнтів програм ЗПТ.

Міжнародні клінічні протоколи розвинутих країн рекомендують ЗПТ як лікування першого ряду, при цьому в більшості випадків пропонується рутинний соціальний супровід для надання ефективної допомоги пацієнтам ЗПТ (Bruneau et al., 2018; Taha S., 2018). Широко використовують різноманітні види соціальної роботи для допомоги у веденні пацієнтів із розладами внаслідок вживання опіоїдів, у тому числі когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), управління непередбаченими ситуаціями та підтримувальне консультування (Amato et al., 2011; Dugosh et al., 2016).

*Під умовами ефективності ЗПТ ми розуміємо вимоги до її побудови та організації впровадження, що забезпечують досягнення очікуваних результатів*

*щодо профілактики ВІЛ серед ЛВІН, а під критеріями ефективності – ознаки відповідності її результатів таким, що необхідні для запобігання, обмеження та зупинення передачі ВІЛ парентеральним та статевим шляхом між представниками цієї групи та між ними та іншими людьми.*

Для визначення умов та критеріїв ефективності замісної підтримувальної терапії як засобу профілактики ВІЛ, необхідно детально розглянути основні компоненти типової для України програми ЗПТ та засоби, завдяки яким вона досягає цілей лікування наркотичної залежності, профілактики ВІЛ та соціальної адаптації й реінтеграції ЛВІН.

Наразі обмежена кількість досліджень присвячені ефективності соціальних втручань, які використовуються разом із ЗПТ. Незважаючи на відсутність кількісних порівнянь ефективності різних соціальних методів лікування, багато лікарів та пацієнтів вважають ці методи життєво важливим елементом надання послуг ЗПТ, враховуючи ключову роль, яку соціальна допомога може відігравати в покращенні утримання пацієнтів у програмі ЗПТ (Bruneau et al., 2018; Kennedy-Hendricks et al., 2020; Livingston et al., 2018). Результати попередніх систематичних та описових оглядів, які вивчали використання соціальних втручань, що здійснювалися в поєднанні з послугами ЗПТ, показали загальну ефективність надання соціальних втручань (Amato et al., 2011; Carroll & Weiss, 2019; Dugosh et al., 2016). Отже, ЗПТ є комплексною послугою, що має ознаки медичної та соціальної, інтегрує засоби медикаментозного лікування та соціальної роботи з метою лікування наркозалежності, соціальної реабілітації ЛВІН та соціальної профілактики ВІЛ-інфекції.

В Україні надання послуг ЗПТ передбачає комплексний підхід, тобто роботу мультидисциплінарної команди (МДК) для найбільш ефективного та якісного ведення кожного пацієнта.

Під міжсекторальною взаємодією розуміють довгострокову й оперативну координацію всіх програм, проєктів та заходів різного географічного масштабу (на місцевому, національному та міжнародному рівнях), статусу (державні, міжурядові

організації, малий бізнес) та галузевої спрямованості (медичні, екологічні, соціальні, політичні, просвітницькі).

Міжсекторальна взаємодія, або міжсекторальний підхід, мають на увазі не лише участь усіх груп громадськості та гілок влади, соціальних інститутів, а й міжгалузеву інтеграцію, синтез знань, заснованих на вищому ступені міждисциплінарності. У процесі проведення ЗПТ застосовується мультидисциплінарний підхід, межах якого фахівці з різних галузей знань працюють скоординовано над наданням послуг одному й тому ж пацієнтові, що в такий спосіб забезпечує комплексність допомоги. МДК складається з таких фахівців: сертифікований лікар-нарколог (або лікар іншої спеціальності, який пройшов спеціальну підготовку), медична сестра, СП, психолог (консультант із ведення залежностей), а також, за потреби, лікар-інфекціоніст, лікар-фтизіатр та інші спеціалісти. Кожен із них виконує свою роль у лікувально-реабілітаційному процесі.

*Роль лікаря-нарколога:*

- оцінювання стану пацієнта згідно з діагностичними критеріями МКХ-11 та прийняття діагностичних рішень;
- організація діагностики інфекційних захворювань (ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, туберкульозу) через направлення пацієнта на консультацію та лабораторні обстеження до відповідних закладів або відповідного фахівця у складі МДК;
- складання та погодження з пацієнтом плану лікування; визначення необхідних доз препарату ЗПТ згідно з планом лікування і, за необхідності, корекція їх, а також призначення інших ліків, у тому числі психотропних препаратів, за наявності подвійної патології;
- контроль стану пацієнта, внесення необхідних коректив у фармакологічні й соціально-психологічні інтервенції, за потреби направлення пацієнтів на консультації і лікування до фахівців інших закладів охорони здоров'я;
- участь у рутинній роботі МДК;

– консультування пацієнтів ЗПТ, які потрапили до стаціонарних відділень унаслідок хвороби або травми; разом із лікарями цих закладів охорони здоров'я прийняття рішень щодо продовження ЗПТ для пацієнта;

– консультування пацієнтів із проявами синдрому відміни опіоїдів у стаціонарних відділеннях та прийняття рішення щодо початку прийому ЗПТ у стаціонарних відділеннях;

– призначення препаратів ЗПТ для самостійного прийому пацієнтом в амбулаторних умовах (у разі призначення стаціонару вдома, отримання препарату за рецептом або безпосередньо із сайту ЗПТ);

– підготовка пропозицій для МДК щодо виписки пацієнтів ЗПТ та активна участь у їхньому розгляді.

*Роль медичної сестри:*

– виконання призначення лікаря, видача препаратів ЗПТ відповідно до призначення і контроль їх прийому пацієнтами в межах кабінету ЗПТ (крім випадків призначення препаратів ЗПТ для самостійного прийому пацієнтами в амбулаторних умовах);

– забезпечення дружньої атмосфери на сайті ЗПТ;

– спостереження за соматичним і психічним станом пацієнтів та доповідь лікарю про помічені зміни стану або поведінки пацієнта;

– фіксація порушень режиму прийому ЗПТ пацієнтами і подання їх на розгляд членам МДК;

– за вказівкою лікаря контроль забору сечі пацієнтів для її дослідження на наявність нелегальних ПАР та ведення необхідної документації;

– відповідальність за обіг (збереження й облік) препаратів ЗПТ на етапі їх видачі пацієнтам згідно із чинними наказами МОЗ;

– допомога іншим членам МДК у проведенні соціально-психологічних реабілітаційних заходів для пацієнтів.

*Роль соціального працівника:*

– проведення попереднього консультування ЛВІН щодо їхньої можливої участі в ЗПТ та надання необхідної інформації з цього приводу;



- оцінювання потреб пацієнта в соціальній та юридичній сферах;
- разом із психологом і пацієнтом складання індивідуального плану соціальної реабілітації ЛВІН;
- індивідуальне й групове консультування; консультування членів родини ЛВІН;
- надання допомоги у розв'язанні соціальних проблем пацієнта ЗПТ (оформлення необхідних документів, соціальна допомога, пошук житла, працевлаштування тощо);
- активна участь у засіданнях МДК.

*Роль психолога (консультанта із залежностей):*

- оцінювання психологічного стану пацієнтів ЗПТ, разом із СП і пацієнтом складання індивідуальної програми соціальної реабілітації;
- проведення індивідуальних та групових сесій психологічного консультування відповідно до протоколу;
- психологічне консультування членів родини пацієнтів ЗПТ; моніторинг стану пацієнтів та оцінювання ефективності лікування відповідно до процедури визначення індексу тяжкості залежності;
- підтримка роботи груп самопомоги, створених пацієнтами ЗПТ.

*Роль лікаря-інфекціоніста (за потреби):*

- ведення пацієнтів із ВІЛ-позитивним статусом та, в разі необхідності, призначення АРТ;
- забезпечення консультування щодо формування прихильності до АРТ;
- діагностування та лікування опортуністичних інфекцій;
- діагностування та ведення пацієнтів із гепатитами В і С;
- обстеження пацієнтів ЗПТ, консультування у разі потреби;
- призначення лабораторних та інструментальних обстежень, моніторинг ефективності лікування;
- участь у засіданнях МДК.

*Роль лікаря-фтизіатра (за потреби):*

- діагностування туберкульозу в пацієнтів ЗПТ (збирання анамнезу, проведення огляду та фізичного обстеження, призначення необхідних лабораторних та інструментальних досліджень);

- мотивування пацієнта ЗПТ до своєчасного проходження обстежень, інформування його щодо шляхів зараження, методів діагностики, можливості одужання, доступу до безкоштовного лікування туберкульозу;

- консультування пацієнтів ЗПТ з питань прихильності до лікування туберкульозу; якщо в кабінеті ЗПТ проводиться контрольоване лікування туберкульозу, відстеження прийому протитуберкульозних препаратів на амбулаторному етапі та лікування побічних дій протитуберкульозних препаратів;

- контроль стану пацієнта ЗПТ, внесення необхідних коректив у фармакологічних і соціально-психологічних інтервенціях (якщо в кабінеті ЗПТ проводиться контрольоване лікування туберкульозу) або перенаправлення до районного фтизіатра;

- участь у засіданнях МДК.

МДК створюється наказом керівника лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я, де надається ЗПТ. На МДК покладаються обов'язки сумісного ведення пацієнтів із подвійною (ВІЛ та ЗПТ) та потрійною (ВІЛ, туберкульоз та ЗПТ) патологіями з використанням підходів кейс-менеджменту, тобто індивідуального ведення випадку, та забезпечення соціальної підтримки пацієнтів. На засіданнях МДК також обговорюють клініко-психологічний стан пацієнтів ЗПТ, динаміку реабілітаційного процесу, поточні потреби пацієнтів ЗПТ щодо розв'язання соціальних проблем. МДК також може брати участь у прийнятті рішення про надання можливості приймати препарати ЗПТ в домашніх умовах (отримання препарату за рецептом або безпосередньо в закладі охорони здоров'я) або про припинення лікування в разі адміністративної виписки пацієнта з програми. Всі рішення МДК протоколюються та фіксуються в медичних картках пацієнтів.

Варто зазначити, що функціонування МДК має свої особливості внаслідок залучення фахівців із різними професійними знаннями й навичками, підходами та

принципами роботи. Саме тому для виконання завдань, які вони мають вирішити як команда, необхідно надавати кожному члену МДК можливість контактувати один з одним; регулярно набувати навичок роботи в команді; розуміти особливості й розбіжності у їхніх підходах; постійно отримувати міждисциплінарні знання й навички, не втрачаючи власної професійної ідентифікації.

Основними принципами, якими керуються члени МДК, вважають такі: консенсус, рівність, розподіл влади, поточний та кінцевий аналіз результатів діяльності команди.

Комплексне лікування з використанням ЗПТ надається в спеціальних підрозділах — сайтах ЗПТ, створених на базі закладів охорони здоров'я, які мають ліцензії на медичну діяльність та діяльність, пов'язану з обігом наркотичних засобів, підготовлений персонал та необхідні приміщення. Сайт ЗПТ повинен мати такий графік роботи, який сприяє трудовій та соціальній реабілітації пацієнтів ЗПТ, а також забезпечує щоденну роботу, в тому числі у вихідні та святкові дні.

Пропонуємо розглянути *основні завдання та принципи соціального супроводу в програмі ЗПТ*. Загалом соціальний супровід — це спланований процес відносин між пацієнтом ЗПТ та фахівцем із супроводу (це можуть бути СП або кейс-менеджер), який передбачає використання різних моделей роботи та стратегій втручання. Суть самого процесу зводиться до того, що фахівець із супроводу допомагає пацієнту ЗПТ розібратися в ситуації, що склалася, визначити пріоритетні для нього проблеми й доступні способи їх розв'язання, після чого фахівець із супроводу надає пацієнту можливість отримати конкретні послуги та, отже, розв'язати проблеми.

Роль фахівця із супроводу полягає переважно в координації роботи з пацієнтом ЗПТ щодо отримання конкретних послуг різних служб допомоги та сервісів, передбачених індивідуальною картою надання соціальних послуг пацієнту ЗПТ. Фахівець із супроводу покликаний за можливості усунути адміністративні й організаційні перешкоди та труднощі, які виникають під час надання пацієнту ЗПТ необхідних йому послуг. Відповідні дії пацієнта ЗПТ,

фахівця із супроводу та інших осіб, у тому числі членів родини пацієнта, повинні бути чітко визначені.

Наразі основні завдання соціального супроводу пацієнтів ЗПТ полягають у такому:

1. Проведення необхідного оцінювання та складання комплексного плану надання всебічної допомоги, яка стосується основних сфер життя пацієнта ЗПТ: соціальної, медичної, фінансової тощо. Переконавання, що пацієнту доступні всі види послуг та що вони максимально відповідають його потребам.

2. Полегшення доступу й розширення спектру необхідних послуг.

3. Забезпечення безперервності догляду на всіх етапах лікування пацієнта ЗПТ із залученням різних організацій, служб та сервісів.

4. Зменшення ймовірності дублювання послуг та спостереження за якістю їх надання.

5. Підтримка самостійної діяльності пацієнта ЗПТ та членів його родини.

6. Покращення обізнаності пацієнта щодо впливу ЗПТ на його власне здоров'я й необхідності ведення здорового способу життя.

При цьому соціальний супровід має відображати підхід до надання послуг, за якого дотримуються права пацієнта ЗПТ на такі аспекти життя: особисте життя та конфіденційність; уважне, неупереджене ставлення й повагу; самовизначення та самостійність у виборі препарату ЗПТ; отримання медико-соціальних послуг високої якості. Всі зазначені права припускають наявність як мінімум двох ключових компонентів, а саме фахівця із супроводу (СП або кейс-менеджера) та набору послуг, доступних пацієнту ЗПТ у результаті звернення. Соціальний супровід передбачає, що пацієнт ЗПТ залишається в контакті з фахівцем із супроводу доти, доки не будуть вирішені або, принаймні, визначені шляхи розв'язання проблем, з якими він звернувся до сайту ЗПТ.

Нині у сфері профілактики ВІЛ/СНІД діють кілька *моделей соціального супроводу*. Вони відрізняються одна від одної за кількома факторами: цільова аудиторія, середовище, роль фахівця із супроводу та набір пропонованих послуг.

Найчастіше використовують чотири моделі (Піча В.М., 2016; Толстоухова С.В., 2003):

1. Модель брокера. Вона сфокусована на тому, щоб «зв'язати» пацієнта з необхідними йому службами, сервісами та проектами, які зазвичай перебувають поза межами організації або служби, яка надає послуги із соціального супроводу. У цій моделі відносини між фахівцем із супроводу та пацієнтом обмежені, оскільки завдання соціального супроводу полягають лише у визначенні потреб пацієнта й направленні його до надавачів послуг. Охоплення пацієнтів у разі використання цієї моделі є, як правило, високим. Фахівець із супроводу при цьому несе відповідальність за оцінювання потреб пацієнта й виконання плану лікування.

2. Реабілітаційна модель. У її межах відносини між фахівцем із супроводу та пацієнтом виступають як механізм отримання послуг. Визначаючи сильні й слабкі сторони пацієнта, фахівець із соціальної роботи намагається подолати ті бар'єри, які заважають пацієнтові самостійно функціонувати в спільноті. Коли бар'єри успішно подолані, відносини з пацієнтом або припиняються, або стають менш інтенсивними.

3. Модель повної підтримки. Вона будується на фундаментальних принципах реабілітаційної моделі з використанням інтегрованої мультидисциплінарної команди надавачів послуг. Переваги цієї моделі полягають у відсутності системи перенаправлень до інших служб й наданні послуг в одному місці. Роль фахівця із супроводу в цьому випадку полягає не тільки в координації процесу, а й у наданні певного рівня підтримки й навчанні пацієнтів корисних життєвих навичок.

4. Модель сильних сторін. В її основі — виявлення сильних сторін пацієнта. Фахівець із супроводу в цьому випадку покликаний допомогти пацієнтові сформулювати необхідні цілі й надалі їх дотримуватися.

Отже, соціальний супровід пацієнтів ЗПТ спрямований на:

1. Зменшення частоти та/або повну відмову від вживання нелегальних «вуличних» наркотиків.

2. Розв'язання проблем, які виникають унаслідок зловживання наркотиками (юридичних, соціальних, сімейних та ін.).

3. Зниження рівня ризикованої поведінки, в тому числі ризику інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами та іншими інфекціями, які передаються через кров та статевим шляхом.

4. Зменшення вірогідності повернення до зловживання нелегальними ПАР надалі (рецидиву).

5. Зменшення кримінальної активності.

6. Стабілізацію емоційного стану пацієнтів ЗПТ.

7. Формування прихильності до лікування у зв'язку із соматичними захворюваннями.

Далі пропонуємо розглянути *види та зміст соціальних послуг для ЛВІН у межах програми ЗПТ*. Отже, розрізняють:

1. Індивідуальні методи. Індивідуальне консультування пацієнта ЗПТ передбачає консультування до початку ЗПТ та консультування під час прийому ЗПТ.

Перше індивідуальне консультування потенційного пацієнта ЗПТ проводиться ще до початку ЗПТ та, зазвичай, присвячується знайомству фахівця із супроводу з пацієнтом, тобто отриманню інформації про його історію вживання ПАР та досвід попереднього лікування, ознайомленню пацієнта з програмою ЗПТ, відповідям на запитання пацієнта.

Друге індивідуальне консультування проводиться вже на етапі прийому пацієнта в програму ЗПТ та присвячується допомозі в проходженні всіх необхідних обстежень та збиранні необхідних документів. Після прийому пацієнта в програму ЗПТ (протягом першого тижня) фахівець із супроводу проводить із ним консультування з метою складання індивідуальної карти надання соціальних послуг.

На етапі стабілізації пацієнта індивідуальні консультації бажано проводити не рідше одного разу на тиждень. Завдання цих консультацій полягають у допомозі в розпізнанні та уникненні подразників, які призводять до вживання нелегальних наркотиків; розвитку вміння вести альтернативну діяльність при виникненні потягу до вживання ПАР; спонуканні до участі в здоровій діяльності та групах

взаємодопомоги. За потреби, консультації можуть проводитися у форматі «пацієнт — члени сім'ї — фахівець із соціального супроводу».

На підтримувальному етапі індивідуальні консультації зазвичай проводяться один-два рази на місяць. Їхні завдання полягають у допомозі пацієнту ЗПТ утримуватися від вживання нелегальних наркотиків; розвитку вміння розпізнавати емоційні подразники; навчанні навичок опанування проблемних ситуацій у житті без повернення до вживання ПАР та усвідомленні процесу зриву. На підтримувальному етапі (за індивідуальним графіком) також проводяться індивідуальні консультації, які зазвичай присвячені питанням та аспектам профілактики, діагностики та лікування ВІЛ, вірусних гепатитів В і С, туберкульозу, прихильності до АРТ й лікуванню туберкульозу. Також окремо проводяться індивідуальні консультації з питань прихильності до ЗПТ. Це особливо актуально для нових пацієнтів, які перебувають у ЗПТ менш ніж 6 місяців.

2. Групові методи. Групова робота полягає в наданні допомоги групі осіб із схожими життєвими проблемами, яка об'єднана спільними інтересами й загальним баченням шляхів розв'язання таких проблем. Групова робота має низку позитивних факторів, які мають терапевтичний ефект:

- універсалізація — це узагальнення проблем, потреб, почуттів, мотивів; люди усвідомлюють, що вони не самотні в своїх переживаннях; у такому випадку зникає відчуття унікальності своєї проблеми, почуття відчуженості та самотності, підвищується самооцінка;

- зворотний зв'язок — це отримання щирої та правдивої інформації про себе, свою проблему та шляхи її розв'язання з боку інших людей; при цьому різні погляди дають можливість вибору;

- згуртування, тобто відчуття підтримки з боку інших членів групи та розуміння того, що всі сприймають іншого як особистість;

- інсайт та навчання на міжособистісних взаємодіях — спостереження за поведінкою людей в групах доводить, що в процесі такої роботи пацієнти діють в

групах так само, як і в житті, оскільки приходять до груп із певними моделями поведінки;

– надія на краще (тобто ефект позитивного настрою) — пацієнти бачать позитивний результат, отримують надію, а терапевт, у свою чергу, звертає увагу групи на позитивні наслідки такої групової роботи;

– альтруїзм та взаємодопомога, які дають змогу учасникам групи відкривати в собі нові якості.

Працюючи в групі, пацієнт ЗПТ може відкрити в собі щось важливе, в тому числі поведінку, фантазії, очікування, прагнення, думки тощо. Консультативні заняття — це один із різновидів групової роботи в соціально-психологічній реабілітації пацієнтів ЗПТ. Консультативні заняття використовують певні психологічні теорії: психоаналітичні, гуманістичні, когнітивні. Вони можуть бути зосереджені на відносинах, стосунках, почуттях, досягненні особистісних змін завдяки груповій взаємодії. Окрім консультативних занять, в соціальній роботі із пацієнтами ЗПТ також поширені інформаційні групи, групи самопомоги тощо. Пацієнти ЗПТ часто деморалізовані, тому зазвичай впевнені, що їм нема чого запропонувати іншим. Кращий спосіб допомогти людині — це дозволити їй допомогти вам. Альтруїзм сприяє більш уважному ставленню до інших людей і зменшенню надлишкової зосередженості на собі. Терапевтичні ефекти групи й групової соціальної роботи становлять основу для подальших змін пацієнтів ЗПТ, а тому фахівцю із супроводу (СП або кейс-менеджеру) необхідно активізувати й заохочувати прояви цих ефектів. Отже, групова робота може бути корисним підґрунтям для розв'язання проблем, надання емоційної підтримки та розвитку впевненості в собі пацієнтів ЗПТ.

До методів групової роботи зараховують: групове інтерв'ю, групову консультацію, соціально-психологічний тренінг, лекцію, бесіду, дискусію, організацію групи взаємодопомоги.

Метод групового інтерв'ю (метод фокус-групи) використовують для виявлення та дослідження широкого кола проблем цільової групи, що дає змогу за короткий час зібрати максимум інформації про пацієнтів. Технологія проведення



групового інтерв'ю така: підготовка обладнання та приміщення; комплектування групи; проведення групового інтерв'ю (встановлення контакту з групою, обговорення питань, завершення, підсумки).

Групове консультування, на відміну від групового інтерв'ю, проводиться з довгостроковою конкретною групою, що має спільну проблему, а також коли проблема одного із членів групи потребує спільних дій групи. Воно дає змогу не тільки виявити та проаналізувати проблему групи, а й мобілізувати всіх її членів до спільних дій, спрямованих на подолання проблем та внутрішніх перешкод на цьому шляху.

Загалом метою надання *соціальних послуг пацієнтам ЗПТ* є покращення якості їхнього життя та ресоціалізація. Ці послуги допоможуть їм у:

- зменшенні частоти або повній відмові від вживання «вуличних» наркотичних речовин; набутті навичок самостійного розв'язування проблем, пов'язаних із зловживанням наркотиками, а саме: юридичних, соціальних, сімейних тощо;

- зниженні рівня ризикованої поведінки, зокрема, ризику інфікування ВІЛ, вірусами гепатитів В, С та інших інфекцій, які передаються через кров або статевим шляхом;

- зменшенні ймовірності рецидиву, тобто повернення до зловживання «вуличними» ПАВ у майбутньому;

- зменшенні кримінальної активності;

- стабілізації психоемоційного стану;

- формуванні відповідального ставлення до свого здоров'я та зверненні по медичну допомогу в разі необхідності.

Соціальні послуги мають передбачати допомогу й підтримку пацієнтів, які отримують ЗПТ. Послуги можуть бути разовими або багаторазовими, тривалими в часі. Критеріями початку надання послуг є заява пацієнта ЗПТ на отримання послуг соціального супроводу та/або згода на отримання таких послуг. Соціальні послуги з огляду на їхню специфіку надаються в умовах сайту ЗПТ у медичному закладі, а також в умовах інших кабінетів при громадських організаціях та державних

установах, які надають соціальні послуги. Перелік необхідних послуг складається індивідуально для кожного пацієнта з урахуванням його потреб і життєвої ситуації. До соціального супроводу пацієнтів ЗПТ залучаються різні за фахом та освітою фахівці, які мають відповідну спеціалізовану підготовку, необхідні знання та навички, а також постійно підвищують свою кваліфікацію.

Під поняттям «фахівець із супроводу» розуміють СП, кейс-менеджерів, які надають соціальні послуги пацієнтам ЗПТ та є членами МДК кабінетів ЗПТ. Водночас фахівці із супроводу виконують роль «ретранслятора» потреб пацієнтів ЗПТ для медичних працівників. Вони можуть донести до пацієнтів важливу інформацію, в тому числі медичного плану, доступною і зрозумілою для пацієнтів мовою. Це дуже важливий фактор, який може значно зменшити кількість конфліктних ситуацій, що виникають у кабінетах ЗПТ, причиною більшості з яких, як свідчить досвід, є саме неналагоджені порозуміння та конструктивне спілкування пацієнтів із персоналом кабінетів ЗПТ.

Нижче наведено додаткові послуги, які надаються пацієнтам на сайтах ЗПТ.

*Інформаційні послуги* стосовно ЗПТ: консультування ЛВІН щодо їхньої можливої участі в ЗПТ й надання їм необхідної інформації з цього приводу.

*Медико-соціальні послуги:*

- консультування щодо профілактики ВІЛ/СНІД, ВГ, ТБ;
- консультування щодо прихильності до ЗПТ;
- консультування з метою формування й контролю прихильності до АРТ;
- консультування щодо профілактики ускладнень внаслідок додаткового вживання нелегальних ПАР;
- мотивування пацієнта ЗПТ до обстежень та лікування ВІЛ/СНІД, ТБ.

З метою ефективного лікування пацієнтів ЗПТ фахівець із супроводу має підтримувати зв'язок з МДК супроводу АРТ і супроводу ЛВІН з ТБ/ВІЛ.

*Соціально-економічні послуги:*

- виявлення матеріальних проблем, які виникли в пацієнта ЗПТ;

- консультування з метою допомогти пацієнту ЗПТ розкрити й мобілізувати свої внутрішні ресурси для розв'язання власних проблем, а саме: сприяння в отриманні освіти, відновленні документів, працевлаштуванні;

- мотивування пацієнтів ЗПТ для працевлаштування та переадресація їх до територіальних центрів зайнятості.

*Юридичні послуги* (надаються фахівцем із соціального супроводу, а також шляхом переадресації до юристів партнерських організацій та державних соціальних служб):

- консультування з питань, пов'язаних з правом громадян на отримання соціальних послуг у державних, муніципальних та недержавних установах;

- надання допомоги в підготовці та поданні скарг на діяння або бездіяльність закладів, служб або їхніх робітників, які порушують права пацієнтів ЗПТ;

- надання допомоги в оформленні документів для працевлаштування, отримання паспорта та інших документів, що мають юридичне значення.

*Інформаційні послуги:*

- проведення інформаційних занять за такими темами: базові аспекти лікування та профілактики ВІЛ/СНІД, ПСШ, туберкульозу, гепатитів;

- надання необхідної інформації щодо можливості отримання потрібної допомоги в інших установах та партнерських організаціях (проведення індивідуальних або групових консультацій);

- формування прихильності до лікування ВІЛ/СНІД, ПСШ, туберкульозу, гепатитів;

- надання інформації стосовно базових знань про хімічну залежність, правильного харчування, дій пацієнтів під час екстремальних ситуацій (затримання правоохоронними органами, госпіталізація), профілактики передозувань, поширення інформаційно-освітніх матеріалів як серед пацієнтів ЗПТ та їхнього близького оточення, так і серед інших ЛВІН — потенційних пацієнтів ЗПТ, а також з інших тем, актуальних для пацієнтів ЗПТ.

СП також відповідальні за перенаправлення та переадресацію пацієнтів. Фахівець із супроводу може або особисто здійснювати супровід пацієнта ЗПТ, або

перенаправити його до відповідних структур із метою отримання соціальної, юридичної та інших видів допомоги (за умови попередньої домовленості про прийом цього пацієнта ЗПТ конкретним фахівцем у визначенні дату та час). Перенаправлення пацієнтів має здійснюватися спеціалістами із соціального супроводу до відповідних державних та недержавних організацій з метою розв'язання нагальної проблеми пацієнта ЗПТ. Основний принцип перенаправлення полягає в попередньому встановленні контакту з цією установою / фахівцем, домовленості про прийом цього пацієнта, транспортуванні або супроводі його до установи (за необхідності), а також перевірки факту та результату надання послуги. Акцент у роботі з пацієнтами ЗПТ має ставитись на переадресації пацієнтів до проєктів зменшення шкоди, програм медико-соціального супроводу АРТ, формування прихильності до АРТ та, за бажання пацієнта вийти з програми, — до реабілітаційних центрів. Для успішної реалізації цієї послуги потрібна наявність відпрацьованого механізму перенаправлення та переадресації пацієнтів ЗПТ, системи обміну інформацією та механізму взаємодії між фахівцями всіх організацій та служб.

Фахівцям із супроводу бажано використовувати в роботі так звану карту соціальних мереж та послуг, тобто перелік організацій та проєктів, які діють на території району чи міста із зазначенням конкретних осіб, до яких можна звернутися по допомогу чи залучити до роботи з пацієнтом ЗПТ.

Послуги зі зменшення шкоди від вживання наркотиків — це підходи зменшення шкоди як системи заходів вторинної профілактики, тобто запобігання ускладненням ін'єкційного споживання наркотиків, на відміну від первинної та третинної профілактики (реабілітація споживачів наркотиків).

Ціль підходу зменшення шкоди полягає в запобіганні та профілактиці поширення деяких негативних явищ (насамперед ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів, а також тромбофлебіту, передозувань тощо) серед ЛВІН та в суспільстві загалом. Одним із головних принципових положень підходу зменшення шкоди є стратегія, що не можна нікому відмовляти в наданні допомоги (наприклад, медичної) тільки тому, що людина схильна до ризикованої поведінки або

відрізняється від більшості членів соціуму за своїм способом життя. Для пацієнтів ЗПТ існують такі послуги зменшення шкоди: тестування на ВІЛ-інфекцію, ВГ, ПСШ; обмін шприців на стаціонарних і мобільних (ПОШ та за допомогою аутріч-роботи; аутріч-робота (від англ. outreach — охоплення зовні, вулична робота) — робота з пацієнтами ЗПТ на «їхній території»: на вулиці, вдома, у місцях споживання наркотиків. Завдяки аутріч-роботі поширюються засоби безпеки, ліки, дезінфектанти, профілактична література, інформація про адреси допомоги, проводиться консультування, надання первинної медичної допомоги тощо. Зменшення шкоди також передбачає проведення інформаційно-просвітницької роботи, тобто поширення профілактичної літератури, проведення тренінгів, навчання пацієнтів ЗПТ в групах самопомоги; соціальний супровід і переадресацію пацієнтів ЗПТ до державних установ та інших інституцій для обстеження, лікування, реабілітації, соціального забезпечення тощо.

Перераховані послуги пацієнти ЗПТ можуть отримати декількома способами: шляхом їхнього перенаправлення та супроводу (за необхідності) в інші проекти профілактики, які реалізуються іншими НУО або державними організаціями; шляхом побудови партнерських відносин ЛПЗ та НУО, які ведуть проекти профілактики за профілем потреб пацієнта ЗПТ; унаслідок створення ПОШ на базі ЛПЗ із наближенням ПОШ до місця перебування цільової групи. Оптимальним механізмом впровадження послуг зменшення шкоди для пацієнтів ЗПТ є співпраця з НУО або центром соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді, іншими державними та недержавними інституціями на постійній основі або за встановленим графіком.

Отже, виходячи із завдань дисертаційного дослідження, було зміст, форми організації ЗПТ в контексті профілактики ВІЛ. Розглянуто такі компоненти ЗПТ як міжсекторальний підхід до надання послуг ЗПТ, ролі членів міждисциплінарної команди, основні завдання та принципи соціального супроводу в програмі ЗПТ, види та зміст соціальних послуг для ЛВІН в рамках програми ЗПТ та соціальні послуги, що наразі доступні ЛВІН, які перебувають в програмі ЗПТ, дозволяють

виокремити загальні умови та критерії ефективності програм замісної підтримувальної терапії для людей, які вживають ін'єкційні наркотики, а

Проведений аналіз дозволяє вважати ЗПТ комплексною послугою, що інтегрує засоби медикаментозного лікування та соціальної роботи з метою лікування наркозалежності, соціальної реабілітації ЛВІН та соціальної профілактики ВІЛ-інфекції. В контексті останньої ЗПТ може розглядатися саме як соціальна профілактична послуга, яка виконує завдання вторинної (запобігання інфікуванню ЛВІН) та третинної (запобігання інфікуванню партнерів ЛВІН та мінімізацію соціальних та медичних наслідків для ЛВІН, які живуть з ВІЛ). Соціальна робота з отримувачем послуги ЗПТ відбувається у формі соціального супроводу та надання йому допомоги у вирішенні проблем та подоланні складних життєвих обставин безпосередньо в рамках послуги ЗПТ та шляхом перенаправлення для отримання соціальних послуг інших надавачів.

Спираючись на проведений аналіз основних компонентів програми ЗПТ та методів роботи, що вона передбачає, умовами ефективності її профілактичного впливу в контексті ВІЛ можна вважати:

- Утримання в програмі ЗПТ – перебування споживача ін'єкційних наркотиків в програмі ЗПТ більше 6 місяців;
- Правильність призначеної дози препарату ЗПТ;
- Безперервне і тривале лікування (відсутність обмежень щодо строку лікування, включно із можливістю довічного лікування з огляду на розуміння залежності не як гострого стану, а як хронічної хвороби);
- Доступність лікування у зв'язку з коморбідними станами (зв'язки зі службами ВІЛ, ТБ, інтеграція послуг тощо)
- Поєднання фармакологічного лікування із заходами соціального супроводу – тобто спланованого процесу взаємовідносин між пацієнтом та фахівцем із супроводу (соціальним працівником або кейс-менеджером), спрямованого на допомогу пацієнту розібратися в ситуації, що склалася, а також визначити пріоритетні для нього проблеми та доступні шляхи їх вирішення.

Соціальний супровід ЛВІН-отримувача ЗПТ – це форма координації соціальної роботи з ним, що як умова ефективності ЗПТ в свою чергу може передбачати навчання засобам зменшення ризику інфікування ВІЛ, інформування та консультування з медичних та правових питань, з вирішення проблем та подолання складних життєвих обставин, мотиваційні бесіди, залучення до груп самопомоги та групових форм навчання навичкам подолання проблем, представництво отримувача в міждисциплінарній команді та посередництво між ним і медичним персоналом, переадресація отримувача до інших установ-надавачів соціальних послуг та послуг профілактики за моделлю зменшення шкоди. Соціальний супровід здійснюється членами МДК, в основний склад якої входять лікар, медична сестра та соціальний працівник.

В якості критеріїв ефективності соціальної профілактики ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії відповідно до підходу, що застосовується ООН, може бути використано відповідність результатів впровадження програми показникам каскаду ВІЛ-послуг ЮНЕЙДС 95-95-95, а саме:

- 1) Рівень обізнаності ЛВІН щодо власного ВІЛ-статусу;
- 2) Частка ЛВІН, які стояли на диспансерному обліку в центрі СНІДу;
- 3) Частка ЛВІН, які отримували антиретровірусну терапію (АРТ) для лікування ВІЛ-інфекції та
- 4) Частка ЛВІН, які досягли невизначений рівень вірусного навантаження, тобто неспроможні передавати ВІЛ іншим.

Поліпшення даних показників на всіх чотирьох рівнях каскаду вказує на ефективність ЗПТ як інструменту мотиваційних і поведінкових змін, необхідних для попередження, обмеження та зупинення передачі ВІЛ парентеральним та статевим шляхом.

## **Висновки до розділу 2**

У розділі 2 було детально розглянуто українські та закордонні підходи до розвитку програми ЗПТ для профілактики ВІЛ серед ЛВІН та умови й критерії ефективності програм ЗПТ для ЛВІН.

Так, ЗПТ з використанням метадону та бупренорфіну визнано на міжнародному рівні найефективнішим засобом лікування опіоїдної залежності (Altice et al., 2010; Vazzi et al., 2019). ЗПТ також залишається однією з найефективніших доступних стратегій первинної та вторинної профілактики ВІЛ, особливо якщо використовується як частина підходу «комбінованого втручання», інтегрованого з програмами обміну голочок / шприців; АРТ; освіти та аутріч-роботи; розширеного тестування на ВІЛ; контекстного сприяння державної політики та інших структурних змін, які сприяють зміцненню здоров'я населення (Degenhardt et al., 2010). У межах регіону СЄЦА впровадження ЗПТ в Україні спочатку відбувалося досить прогресивно, проте недостатньою мірою для охоплення всіх, хто її потребує як засіб профілактики ВІЛ серед ЛВІН. Наприкінці 1990-х років в Україні було започатковано програми зменшення шкоди, у тому числі аутріч-робота та навчання за принципом «рівний рівному», розповсюдження презервативів, добровільне тестування на ВІЛ та програми обміну голочок / шприців, а у 2004 році — розширення АРТ (Bruce et al., 2007). У 2008 році міжнародні донори профінансували розроблення моделі надання інтегрованих послуг для ЛВІН через пілотні програми в містах Київ, Дніпро, Миколаїв та Одеса, які забезпечували одночасне лікування ВІЛ, туберкульозу та послуги ЗПТ (Sylla et al., 2007).

Незважаючи на те, що ЗПТ є високоефективним засобом зниження ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, покращення доступу ЛВІН до програм лікування ВІЛ, утримання в програмах лікування та інші сприятливі результати (Altice et al., 2010), наразі в Україні лише 6% ЛВІН отримують це важливе лікування, хоча є доступні вільні місця, фінансовані державою (ДУ "Центр громадського здоров'я МОЗ України", 2021). Дані наявних національних досліджень свідчать про те, що останнім зусиллям України щодо розширення послуг ЗПТ для ЛВІН заважали численні структурні бар'єри, зокрема, обмежений доступ до послуг, порушення прав людини, переслідування поліцією, в тому числі арешти, ув'язнення, а також несприятлива політика чи соціальне середовище (Jolley et al., 2012; Wolfe et al., 2010). Крім того, як пацієнти ЗПТ, так і медичні працівники повинні дотримуватися суворого правового контролю, який регулює



розповсюдження метадону в Україні: будь-які правові порушення закону «Про обіг наркотиків» серйозно караються, навіть технічні помилки, допущені медичним персоналом, можуть призвести до арешту та утримання під вартою. Відомі випадки, коли поліція створює додаткові труднощі для пацієнтів ЗПТ та погрожує медичному персоналу (Mimiaga et al., 2010). Як наслідок, багато медичних закладів побоюються відкривати сайти ЗПТ у своїх ЛПЗ (Cohen, 2010).

Такі, здавалося б, негативні тенденції в формуванні політики та плануванні програм профілактики ВІЛ в Україні суперечать науково обґрунтованим фактам стосовно нових національних законів та регуляцій, що нині заважає реагувати на політику та змінювати епідеміологічні моделі. Оцінка політики щодо ВІЛ у 2019 році підтвердила, що як на національному, так і на місцевому рівнях «впровадження, координація та співпраця часто залишаються на розсуд окремих особистостей та інтересів причетних» і що багато структурних бар'єрів на шляху планування програм з ВІЛ пов'язані з відсутністю детальних процесуальних вказівок або планів впровадження, неадекватним стратегічним плануванням, недостатніми ресурсами для виконання нормативних актів, а також недостатнім рівнем обізнаності та неприйняттям правового захисту для вразливих груп населення серед ключових зацікавлених сторін, у тому числі правоохоронних органів, місцевих органів влади та медичних працівників (Војко et al., 2016).

Для того щоб Україна просунулася вперед на раніше прийнятому прогресивному шляху та залишалася інноваційним лідером в регіоні СЄЦА у сфері профілактики ВІЛ та лікування ЛВІН, український уряд має усунути прогалини та бар'єри в політиці щодо ВІЛ та наданні послуг із профілактики та лікування серед ЛВІН. У 2017 році програма ЗПТ повністю фінансується за кошти держави з національного та місцевих бюджетів.

Розширення програми ЗПТ для ЛВІН та активна продуктивна робота з пацієнтами, надавачами послуг соціальної роботи та зацікавленими сторонами допоможуть зробити програму ЗПТ культурно релевантною та логістично прийнятною в українському контексті. Це унікальна можливість розширити доступ ЛВІН до наявних послуг та зберегти їх, а також підвищити рівень обізнаності

громадянського суспільства та зацікавлених сторін щодо переваг програми ЗПТ для суспільства та громадського здоров'я.

Результати математичних моделювань підтверджують, що розширення програми ЗПТ є найбільш економічно ефективною стратегією профілактики та лікування ВІЛ серед ЛВІН в умовах перехідної епідемії ВІЛ в Україні. Розширення охоплення програмою ЗПТ до 25% від оцінної кількості ЛВІН в країні дасть змогу запобігти 8300 нових випадків інфікування ВІЛ на рік (Alistar et al., 2011).

**РОЗДІЛ 3**  
**АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**  
**СОЦІАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ ЗАСОБАМИ**  
**ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ СЕРЕД ЛЮДЕЙ,**  
**ЯКІ СПОЖИВАЮТЬ НАРКОТИКИ ІН'ЄКЦІЙНО, В УКРАЇНІ**

**9.1. Методологія та організація дослідження соціальної профілактики ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні**

На основі теоретичного аналізу епідеміологічної ситуації ВІЛ у світі та Україні, ключових груп щодо інфікування ВІЛ, засобів профілактики ВІЛ серед ЛВІН, а також стану програми ЗПТ в Україні було встановлено, що, незважаючи на те, що ЗПТ є науково доказаним найефективнішим засобом профілактики ВІЛ серед ЛВІН, доступ ЛВІН до ЗПТ в Україні не є достатнім. Отже, на наступному етапі було розроблено емпіричне дослідження з метою визначення ролі доступу ЗПТ в каскаді ВІЛ серед ЛВІН в Україні.

Емпіричне дослідження мало на меті такі дослідницькі питання:

1. Якими є умови та чинники залучення до програми ЗПТ?
2. Чи впливає програма ЗПТ на показники каскаду ВІЛ серед ЛВІН в п'яти містах України?
3. Чи впливає програма на ризикованість поведінки?
4. Чи зменшується ризикованість сексуальної поведінки?
5. Чи зменшується ризикованість поведінки, пов'язана із вживанням ПАР?
6. Чи призводить участь у програмі до формування поведінки, спрямованої на мінімізацію ризиків інфікування ВІЛ як для самого учасника, так і для інших?
7. Чи призводить участь у програмі до формування коректних уявлень щодо ризиків, пов'язаних з інфікуванням ВІЛ?

Основними теоретичними припущеннями емпіричного дослідження були:

1. Необізнаність, поширені міфи про ЗПТ є бар'єрами для вступу в програму серед ЛВІН, які вживають вуличні наркотики.

2. Наявність соціального супроводу та можливість лікувати інші стани є фасилітуючими факторами для вступу в програму ЗПТ.

3. Перебування в програмі ЗПТ підвищує вірогідність тестування на ВІЛ серед ЛВІН.

4. Перебування в програмі ЗПТ підвищує вірогідність обізнаності щодо власного ВІЛ-статусу.

5. Перебування в програмі ЗПТ підвищує вірогідність постановки на диспансерний облік в центрі СНІДу.

6. Перебування в програмі ЗПТ підвищує вірогідність початку прийому АРТ.

7. Перебування в програмі ЗПТ підвищує вірогідність формування прихильності до АРТ / досягнення невизначеного рівня вірусного навантаження.

8. Перебування в програмі ЗПТ зменшує рівень ризикованої ін'єкційної поведінки.

9. Перебування в програмі ЗПТ зменшує рівень ризикованої сексуальної поведінки.

10. Перебування в програмі ЗПТ підвищує якість життя ЛВІН.

Визначені емпіричні індикатори профілактичного впливу ЗПТ наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

### Емпіричні індикатори профілактичного впливу ЗПТ серед ЛВІН

Індикатор	Критерій досягнення цілей
Елементи свідомості (уявлення, ставлення, настанови, цінності, мотиви)	Виявлення та розвінчання міфів про ЗПТ
	Виявлення та подолання соціальних бар'єрів та стигми щодо ВІЛ
	Обізнаність щодо доступу до лікування ВІЛ
	Виявлення та подолання бар'єрів прихильності до АРТ
Ризикова поведінка (вживання ПАР, ін'єкційна поведінка, сексуальна поведінка, вживання алкоголю)	Зменшення рівня вживання опіоїдів
	Зменшення ризикованої ін'єкційної поведінки
	Зменшення ризикованої сексуальної поведінки
	Зменшення рівня вживання алкоголю
Якість життя (працевлаштування, одруження, налагодження стосунків із близьким оточенням, покращення загального стану здоров'я)	Лікування інших станів (гепатит, туберкульоз, депресія)
	Працевлаштування
	Підвищення рівня доходів
	Покращення умов проживання
	Інтегрованість у соціальне життя
	Налагодження стосунків із близьким оточенням

Отже, вивчення наукових джерел, нормативно-правових актів, стану надання соціальних послуг ЛВІН, які є пацієнтами ЗПТ, дало змогу виявити низку суперечностей, які перешкоджають розвитку програм ЗПТ та їхньому ефективному застосуванню в межах профілактики ВІЛ в Україні:

1. Між змістом програм ЗПТ та поширеними стереотипами й упередженим ставленням до неї ЛВІН.

2. Між змістом і методами соціального супроводу учасників програм ЗПТ та недостатньою дослідженістю чинників, що обумовлюють їхню участь у програмі та схильність дотримуватись її правил.

3. Між загальною доведеною ефективністю програм ЗПТ та недостатньою вивченістю умов їхньої ефективності в Україні.

Розв'язання названих суперечностей дасть змогу подолати бар'єри, що заважають ефективному застосуванню програм ЗПТ з метою профілактики розповсюдження ВІЛ серед ЛВІН, які наразі залишаються головними провідниками епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

Отже, актуальність окресленої проблеми, її недостатня розробленість у сучасній теорії та практиці соціальної роботи, а також визначені труднощі зумовили те, що *об'єктом* дослідження є профілактика ВІЛ серед ЛВІН, а *предметом* — умови ефективності профілактики ВІЛ засобами ЗПТ серед осіб, які вживають ін'єкційні наркотики.

#### *Інтерпретація понять методології емпіричного дослідження*

ЗПТ (препаратами метадон або бупренорфін) — визнаний у світі та найбільш економічно ефективний профілактичний метод втручання для осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів.

Учасник — особа, яка бере участь у дослідженні. Особи є учасниками з моменту надання поінформованої згоди під час інтерв'ю та біологічного тестування.

Інтерв'юер — людина, яка реалізує випадкову вибірку й рекрутує особу зі списку ЗПТ і серед тих, хто перебував на ЗПТ раніше.

Рекрутер для методу RDS — це людина, яка завершила процес інтерв'ю й тестування та отримала купони, за допомогою яких рекрутує представників своєї мережі.

Рекрут — людина, рекрутована інтерв'юером або рекрутером (шляхом випадкової вибірки або за допомогою методу RDS), проте ще не задіяна в опитуванні (не є учасником).

Ланцюг рекрутингу — усі учасники, які рекрутуються, починаючи із зерна. У методі RDS ланцюг рекрутингу — кілька хвиль рекрутованих.

Зерно (первинні респонденти) — учасник, якого запрошено програмним співробітником (у межах методу RDS), а не представником мережі.

Хвиля — рекрути, рекрутовані ЛВІН, включені в дослідження; хвилі становлять набір ланцюга. Наприклад, особи, рекрутовані безпосередньо зерном, є хвилею № 1, а особи, рекрутовані безпосередньо учасниками хвилі № 1, — хвилею № 2.

Рівновага — це точка, в якій характеристики вибірки більше не змінюються незалежно від того, скільки ще учасників вступають у вибірку. Рівновага також згадується як «конвергенція» та «стабілізація».

ДКТ (добровільне консультування та тестування) — медико-психологічне консультування, що супроводжує ВІЛ-тестування, здійснюється згідно з національними рекомендаціями та протоколами.

Сайт дослідження — місце (локація), визначене на початку дослідження, де відбувається повний цикл дослідження.

RDS (вибірка силами респондентів) — вибірка, яка спрямовується та реалізується самими респондентами.

Каскад ВІЛ — у межах цього дослідження використовувалися такі етапи каскаду ВІЛ серед ЛВІН:

- 1) рівень обізнаності ЛВІН щодо власного ВІЛ-статусу — представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ рекомендується тестуватися на ВІЛ кожні шість місяців;

2) частка ЛВІН, які стояли на диспансерному обліку в центрі СНІДу, — перед початком лікування особа, яка живе з ВІЛ, зобов'язана офіційно зареєструватися в центрі СНІДу (стати на диспансерний облік ВІЛ-інфікованих осіб);

3) частка ЛВІН, які отримували АРТ для лікування ВІЛ-інфекції, — надається безкоштовно в центрі СНІДу після офіційної реєстрації;

4) частка ЛВІН, які досягли невизначеного рівня вірусного навантаження, — після певного часу прийому АРТ вірусне навантаження ВІЛ в організмі більшості ВІЛ-інфікованих осіб стає мінімальним (досягнення вірусної супресії), тобто вони неспроможні передавати ВІЛ іншим.

Системний та структурно-функціональний аналіз представлено в підрозділі 2.2. дисертації.

#### *Дизайн дослідження*

Дисертаційне дослідження передбачало крос-секційний дизайн зі збиранням кількісних даних. Проте за результатами отриманих даних було розроблено та імplementовано якісний компонент дослідження для роз'яснення питань, на які не дали відповіді результати аналізу кількісних даних. Отже, дисертаційне дослідження проводилося з використанням змішаних методів:

- крос-секційного кількісного збирання даних (структурований опитувальник);
- якісного компонента (напівструктуровані глибинні інтерв'ю).

#### *Інструменти дослідження*

Це дослідження передбачало крос-секційне опитування таких категорій респондентів:

- ЛВІН, які на цей час перебувають в програмі ЗПТ не менше 3 місяців;
- ЛВІН, які ніколи не перебували в програмі ЗПТ, але мають опіоїдну залежність.

Збирання кількісних даних здійснюється під час індивідуального інтерв'ю з використанням методу CASI (computer Assisted Self Interview) з подальшим тестуванням на ВІЛ та гепатит С за допомогою швидких тестів.

### *Опитувальник (CASI)*

CASI — персональне інтерв'ювання за допомогою комп'ютера.

Усім учасникам запропоновано пройти онлайн-інтерв'ю на комп'ютері на платформі «Qualtrics» (Qualtrics.com). Тривалість одного інтерв'ю — 90 хвилин.

Інструмент дослідження містить такі блоки:

- преамбула (додаток А);
- скринінг (додаток А);
- початок споживання ПАР (додаток А);
- інформація щодо споживання ПАР (додаток А);
- демографія (вік, стать, сімейний стан, рівень освіти, працевлаштування, рівень доходу) (додаток А);
- власний досвід передозування (додаток Б);
- реєстрація в центрі СНІДу (додаток Б);
- досвід лікування наркотичної залежності [усі учасники] (додаток Б);
- лікування наркотичної залежності в цей час [усі учасники] (додаток Б);
- знання про лікування наркотичної залежності та ставлення до лікування (ЗПТ) [усі учасники] (додаток Б);
- ЗПТ: спроби потрапити до програми, досвід участі в програмі, готовність платити та дозування (додаток Б);
- якість життя (стандартизована шкала SF-12) (додаток В);
- рівень депресії (стандартизована шкала CES-D 10) (додаток Д);
- тест на виявлення розладів, ситуація із вживанням алкоголю (стандартизована шкала AUDIT-C) (додаток Е);
- практика ризикованої ін'єкційної поведінки (додаток Ж);
- практика ризикованої сексуальної поведінки (додаток Ж);
- ВІЛ (тестування, статус, лікування) (додаток А);
- історія відносин із правоохоронними органами (додаток А).

### *Тестування на ВІЛ*



Згода пройти тест на ВІЛ є одним із критеріїв включення до дослідження. Тест-система, яка буде використовуватись для дослідження ВІЛ, — швидкий тест на антитіла до ВІЛ типу 1/2 («Профітест»).

Якщо результат швидкого тесту на ВІЛ виявиться позитивним, буде проведено другий швидкий тест на ВІЛ іншого виробника («Wondfo»). У респондентів, у яких результат другого швидкого тесту на ВІЛ буде позитивним, буде проведено забір сухої краплі крові (СКК) для подальшого оцінювання ранньої ВІЛ-інфекції. Усі зібрані зразки СКК будуть направлені до лабораторії для оцінювання рівня вірусного навантаження ВІЛ. Отримані результати оцінки дасть нам змогу оцінити ефективність каскаду 90–90–90 в Україні.

Тестування з використанням швидких тестів та забір СКК проводять кваліфікований та спеціально навчений медичний персонал, консультування — навченим спеціалістом (медсестрою, лікарем або спеціалістом НУО, який має відповідний сертифікат).

#### *Метод організації вибірки дослідження*

*Випадкова вибірка.* Реалізація випадкової вибірки здійснювалася інтерв'юерами, яких було запрошено до участі, серед попередньо обраних випадковим чином потенційних респондентів зі списків тих ЛВІН, які зараз перебувають у програмі ЗПТ, та тих, хто раніше перебував у програмі ЗПТ. Обраним випадковим чином респондентам було запропоновано взяти участь в опитуванні. Списки потенційних учасників були отримані із сайтів ЗПТ у кожному місті, обраному для участі в дослідженні. Кількість учасників ґрунтувалася на запланованих розмірах вибірки. Процес реалізації випадкової вибірки здійснювався в такий спосіб:

1. Інтерв'юер отримав від наркологічних центрів, які брали участь в дослідженні, список ідентифікаційних номерів пацієнтів, внесених до бази даних «SyrEx» (національний реєстр пацієнтів ЗПТ в Україні), які перебували на момент збирання даних у програмі ЗПТ. Цей список не містив імен та прізвищ або будь-якої іншої інформації, що могла ідентифікувати особу.

2. Дослідницька команда разом з інтерв'юерами здійснила випадковий відбір учасників зі списку ідентифікаційних номерів, які містилися в базі даних «SysEx» (використовуючи <https://www.randomizer.org/>).

3. Заклад, який брав участь у дослідженні, надав імена та контактні дані пацієнтів, включених до рандомізованого списку. Інтерв'юери запросили відібраного учасника для участі в дослідженні та видали обраним учасникам купон із зазначенням місця проведення дослідження, контактної інформації інтерв'юера та унікального ідентифікаційного номера дослідження, який учасник мав надати на сайті дослідження під час офіційного зарахування та проведення опитування. Інтерв'юер вів список імен, контактних даних та кодів «SysEx» у безпечному місці для цілей набору учасників, ці імена не були пов'язані зі збиранням даних.

4. Якщо потенційний учасник не був згоден брати участь у дослідженні (наприклад, не давав згоди, був не в змозі дати згоду, помер, поїхав із міста тощо), то наступного за списком потенційного учасника відбирали та запрошували до участі.

Якщо потрібно було набрати заплановану кількість учасників, нові ідентифікаційні номери «SysEx» довільно генерувалися на основі вихідного повного списку ідентифікаційних номерів, наданого закладом-учасником дослідження, далі процес набору проходив за описаним вище алгоритмом. Для кожного учасника, який не давав згоди на участь у дослідженні, інтерв'юери збирали коротку інформацію про причину відмови.

*Критерії залучення до дослідження ЛВІН, які на момент збирання даних перебували в програмі ЗПТ:*

- має досвід вживання вуличних опіоїдів у минулому;
- вік 18 років та старше;
- відповідає критеріям Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) щодо розладів, зумовлених споживанням опіоїдів, згідно з результатами скринінгу за 10-бальною шкалою (додаток 3);
- на даний час перебуває в програмі ЗПТ 3 місяці або більше (на офіційній державній програмі);

- живе, працює та/або навчається в місті, де проводиться дослідження (Дніпро, Львів, Миколаїв, Одеса та Київ);
- може адекватно надати інформаційну згоду;
- погоджується брати участь у всіх компонентах дослідження: інтерв'ю та тестування на ВІЛ та забір СКК.

Кандидати на участь у дослідженні були перевірені на відповідність критеріям участі співробітниками проєкту. Ця перевірка передбачала:

- видачу дійсний купон-направлення з унікальним ідентифікаційним номером дослідження, виданий рекрутером;
- за можливості надання рекрутером короткого опису респондента купон-менеджеру / інтерв'юєру до прибуття учасника на сайт дослідження;
- перевірку того, що учасники опитування відповідають критеріям участі.

*Метод RDS.* Вибірка формувалася із застосуванням методу RDS (respondent driven sample — вибірка силами респондентів), який дає змогу відібрати первинних респондентів (зерна) на основі конкретних характеристик, визначених групою дослідників (приклади характеристик можуть містити: різну стать, активних споживачів ін'єкційних опіоїдів, представників різних частин міста, молодший вік тощо), а для вторинного рекрутингу учасників — учасниками дослідження, які вже брали участь у всіх компонентах дослідження.

Передбачалися два типи учасників:

- 1) початкові учасники опитування, рекрутовані співробітниками проєкту — рекрутерами (відомі як зерна);
- 2) нові учасники опитування, які згодом були рекрутовані попередніми учасниками дослідження.

Рекрутовані учасники повинні були бути активними ЛВІН, які на момент збирання даних не перебували в програмі ЗПТ.

Критерії залучення в дослідження ЛВІН, які на момент збирання даних не перебували в програмі ЗПТ:

- у цей час є споживачами ін'єкційних опіоїдів;

- відповідають критеріям МКХ-10 щодо розладів, зумовлених споживанням опіоїдів, згідно з результатами скринінгу за 10-бальною шкалою (додаток З);
- не є пацієнтами ЗПТ на цей момент (офіційної національної програми);
- вік 18 років та старше;
- живуть, працюють та/або навчаються в місті, де проводиться дослідження (Дніпро, Львів, Миколаїв, Одеса та Київ);
- можуть адекватно надати інформаційну згоду;
- погоджуються брати участь у всіх компонентах дослідження: інтерв'ю та тестування на ВІЛ, ВГС та забір СКК.

Кандидати на участь у дослідженні були перевірені на відповідність критеріям участі співробітниками проєкту. Це передбачало:

- перевірку дійсного купона на участь від попереднього учасника дослідження (за винятком зерен);
- перевірку інтерв'юером на сайті відповідності зерен встановленим критеріям;
- перевірку того, що учасники опитування відповідають критеріям участі.

Учасники, прийняті в дослідження, отримали чіткий опис і пояснення мети дослідження та його характеристик, відповіді на всі запитання щодо дослідження. Співробітники проєкту обговорювали цілі дослідження та процедури разом з учасником, використовуючи стандартну усну форму інформованої згоди (додаток І).

Якщо учасник підтверджував повне розуміння своєї участі в опитуванні, його зараховували до участі в дослідженні. Фахівець проєкту видавав учаснику інформаційний листок із короткою інформацією, необхідною для отримання інформованої згоди, та контактні дані співробітників.

Характеристики первинних респондентів (зерен) наведено в таблиці 3.2.

*Таблиця 3.2*

### **Характеристики первинних респондентів (зерен)**

Місто	Кількість первинних респондентів	Характеристики зерен
Київ	3	1 респондент жіночої статі; 1 респондент віком 18–25 років; 1 респондент зі стажем вживання опіоїдів ін'єкційним шляхом менше ніж два роки
Одеса	3	1 респондент жіночої статі; 1 респондент віком 18–25 років; 1 респондент зі стажем вживання опіоїдів ін'єкційним шляхом менше ніж два роки
Миколаїв	3	1 респондент жіночої статі; 1 респондент віком 18–25 років; 1 респондент зі стажем вживання опіоїдів ін'єкційним шляхом менше ніж два роки
Дніпро	3	1 респондент жіночої статі; 1 респондент віком 18–25 років; 1 респондент зі стажем вживання опіоїдів ін'єкційним шляхом менше ніж два роки
Львів	3	1 респондент жіночої статі; 1 респондент віком 18–25 років; 1 респондент зі стажем вживання опіоїдів ін'єкційним шляхом менше ніж два роки
<b>Усього</b>	<b>15</b>	

*Рекрутинг зерен.* Інтерв'юери були відповідальні за залучення зерен серед ЛВІН частково на основі критеріїв, наведених у таблиці вище. Зерна ЛВІН могли бути взяті із сайтів ДК), програм зниження шкоди або через знайомих. Співробітники проекту, які рекрутували зерна, повинні були повідомити учасників, які звернулися, про те, що працюють разом із групою дослідження. Співробітники проекту коротко описували мету й процес дослідження та запитували потенційних респондентів, чи готові вони прийти на сайт, де проводитиметься інтерв'ю, щоб обговорити дослідження та можливу участь у ньому.

Першу хвилю учасників дослідження було рекрутовано зернами. Потім кожен респондент, рекрутований і залучений до дослідження, отримував 3 купони для рекрутингу своїх знайомих для участі в дослідженні.

*Купони для випадкової (рандомної) вибірки ЛВІН, які наразі є пацієнтами програми ЗПТ*

Після рандомізації список потенційних учасників із кодами бази даних «SyrEx» передавався інтерв'юеру, щоб той міг дізнатися ім'я та контактну

інформацію учасника з наркологічного сайту, а потім зв'язатися з потенційним учасником та запросити його приєднатися до дослідження. Для того щоб переконатися, що потенційні учасники, які прийшли на сайт дослідження, брали участь у випадковому відборі, купон з унікальним ідентифікатором був виданий учаснику або купон-менеджеру на момент початкового контакту. Рішення приймалося спільно з місцевими дослідницькими командами та прописано в польових нотатках з метою документування процедури дослідження.

Купон містив таку інформацію:

- назва дослідження;
- місто;
- унікальний ідентифікаційний номер (ID) дослідження;
- сума винагороди для учасника;
- часові межі участі в дослідженні (21 день із моменту, коли рекрутер вручив купон респонденту);
- контактна інформація сайту дослідження та рекрутера.

*Купони для метода RDS (для ЛВІН, які на момент збирання даних не перебували в програмі ЗПТ)*

Кожен купон мав унікальний код, мета якого — зв'язати рекрутерів із рекрутованими. Паперовий купон складався з двох частин, які могли бути легко відірвані. Обидві частини купона мали однаковий унікальний ідентифікаційний номер, написаний на них. Одну частину купона — «купон напряду» — використовував рекрутер для рекрутингу його / її знайомого / знайомої в дослідження (червоного кольору). Інша частина купона — «купон виплати» — зберігалася в рекрутера і слугувала стимулом для отримання винагороди за рекрутованих ним / нею знайомих для участі в дослідженні (зеленого кольору). Купони рекрутингу були активні лише з наступного дня після того, як рекрутер їх отримав.

Обидві частини купона містили таку інформацію:

- назва дослідження;
- місто;

- номер купона;
- номери купонів для рекрутингу;
- сума винагороди учасника;
- часові межі участі в дослідженні (14 днів із моменту, коли рекрутер отримав купони для рекрутингу);
- контактна інформація сайту дослідження та рекрутера;
- причини, чому купон може бути не прийнятий;
- умови отримання винагороди за рекрутинг.

Номери купонів були ретельно занесені до системи відстеження купонів. Для цього використовували таблицю в «Excel», спеціально розроблену командою дослідження для системи відстеження купонів. Детальні інструкції щодо використання системи відстеження купонів було надано під час тренінгів для дослідницьких команд на місцях. Якщо в купон-менеджера та/або інтерв'юера виникали питання щодо системи відстеження купонів, він / вона могли звернутися за подальшими інструкціями до менеджера проекту.

#### *ID-купон дослідження*

Кожен учасник перед початком дослідження отримував купон із зазначеним ID дослідження після підтвердження відповідності критеріям участі та надання інформованої згоди. Цей купон виконував кілька функцій:

- пов'язував заповнений опитувальник із таблицею відстеження купонів (ID-номер купона вносили до таблиці відстеження купонів RDS);
- пов'язував результати тестування з відповідями на запитання анкети (ID-номер вводили в окрему анкету, створену виключно для фіксації результатів тестування, а також для основних результатів);
- забезпечував кодування різних груп респондентів.

Разом з ID-купоном дослідження кожен учасник отримував *форму контролю*, яка допомагала йому пройти всі етапи дослідження та заповнена версія якої є необхідною для отримання винагороди після завершення участі. Форма контролю містила етапи участі в дослідженні, які підписував відповідний персонал дослідження (таблиця 3.3).

Таблиця 3.3

**Форма контролю купона участі в дослідженні для отримання винагороди**

Етап дослідження	Підписант
Дійсність купона	Купон-менеджер
Відповідність критеріям дослідження	Купон-менеджер
Інформована згода	Купон-менеджер
Інтерв'ю	Інтерв'юер
Тестування на ВІЛ	Медсестра / медперсонал
Тестування на ВГС	Медсестра / медперсонал
Запрошення стати рекрутером (тільки для тих, хто рекрутований методом RDS)	Купон-менеджер

У таблиці 3.4 наведені ID та розмір вибірки респондентів дослідження за містами та категоріями респондентів.

Таблиця 3.4

**ID та розмір вибірки респондентів дослідження за містами та категоріями**

Місто	Метод RDS	ID респондентів дослідження	Випадкова вибірка (зараз на ЗПТ)	ID респондентів дослідження	Випадкова вибірка (не на ЗПТ)	ID респондентів дослідження	Усього
Миколаїв	158	0101001...158	155	0201001...158	283	0301001...126	438
Одеса	107	0102001...107	104	0202001...107	192	0302001...086	296
Київ	255	0103001...255	262	0203001...255	444	0303001...204	706
Дніпро	142	0104001...142	153	0204001...142	243	0304001...114	396
Львів	64	0105001...064	64	0205001...064	115	0305001...051	179
<b>Усього</b>	<b>726</b>		<b>738</b>		<b>581</b>		<b>2015</b>

*Винагорода учасникам*

Учасники, які прийшли в дослідження за методом RDS, одержували винагороду за відповіді на запитання інтерв'ю CASI — 500 грн. Вторинна мотиваційна виплата — 100 грн — виплачувалася за рекрутування своїх знайомих для участі в дослідженні. Учасники могли рекрутувати трьох представників свого оточення. Рекрутери отримували цю винагороду лише в тому випадку, якщо їхній знайомий показував виданий ними купон, відповідав критеріям участі, брав участь в опитуванні та завершував усі етапи дослідження (в тому числі тестування на ВІЛ та ВГС). Для зручності учасників у межах дослідження було розроблено спеціальний текст відповіді на випадок, якщо рекрутований учасник вступав у дослідження, але не проходив усі його етапи.



Учасники, рекрутовані методом випадкової вибірки, отримували винагороду 400 грн.

Дані, отримані під час структурованого опитування, насамперед планувалося аналізувати щодо частоти повідомлених бар'єрів та сприятливих факторів серед обох груп: тих, які перебувають у програмі ЗПТ на момент опитування, та тих, хто не перебуває в програмі ЗПТ. Отримані дані порівнювалися з метою визначення, чи відрізняється частота результатів між регіонами з високим, низьким та середнім рівнями індикаторів із ЗПТ. Тести Ст'юдента (*Student t-test*) та  $\chi^2$  було використано для порівняння. Серед групи ЛВІН, які наразі перебувають у програмі ЗПТ, було визначено тривалість їх лікування, бар'єри вступу до програми, тривалість часу від спроби потрапити в програму до безпосереднього отримання препарату та їхній досвід (у тому числі проблеми з працевлаштуванням, транспортом та переслідуванням із боку поліції тощо), а також змінні, пов'язані з показниками щодо ВІЛ, для подальшого більш детального аналізу за темою дисертаційного дослідження, а саме — впливом доступу до програми ЗПТ на соціальну профілактику ВІЛ серед ЛВІН.

#### *Організаційні засади проведення дослідження*

Дослідницька команда складалася з таких учасників:

- інтерв'юер;
- купон-менеджер / менеджер сайту;
- рекрутер (для пошуку зерен або/та рекрутингу учасників, які наразі перебувають / раніше перебували в програмі ЗПТ);
- лаборант / медсестра.

#### *Обов'язки учасників дослідницької команди*

Співробітники були зобов'язані допомагати менеджеру проєкту. Персонал повинен був чітко розуміти методи вибірки RDS та випадкової вибірки, щоб мати можливість провести учасників через усі етапи дослідження. Кожен член команди мав особисту копію протоколу дослідження, щоб звертатися до неї в разі виникнення запитань. Якщо необхідна інформація була відсутня в протоколі

дослідження, члени дослідницької команди повинні були негайно звернутися до менеджера проєкту.

*Інтерв'юер:*

- вносить ID-номер купона в опитувальник;
- пояснює респондентові, як заповнювати опитувальник;
- відповідає на всі запитання респондента під час дослідження;
- заповнює запитання для інтерв'юерів у «Qualtrics»;
- підписує перелік контрольних запитань після інтерв'ю;
- супроводжує учасника до медичного персоналу (лікаря чи медсестри) для проведення тестування на ВІЛ та ВГС;
- переносить результати тестів з ID-купона в окрему онлайн-форму
- заповнює необхідну проєктну документацію;
- допомагає іншим членам дослідницької команди в разі необхідності;
- суворо дотримується протоколу дослідження.

*Менеджер сайту:*

- перевіряє дійсність купона рекрутингу / код (і зберігає купон);
- проводить скринінг учасника на відповідність критеріям включення до дослідження та належність до цільової групи населення;
- якщо учасник не відповідає критеріям участі в дослідженні, заповнює форму невідповідності критеріям участі в дослідженні;
- надає потенційному учаснику інформацію про дослідження;
- отримує поінформовану згоду від учасника дослідження;
- у разі відмови від участі в дослідженні заповнює відповідну форму відмови від участі;
- записує номер купона рекрутингу у форму відстеження купонів та видає ID-купон;
- підтверджує, що учасник завершив усі етапи дослідження (форму контролю заповнено та підписано всім персоналом проєкту);
- видає винагороди учасникам дослідження, які на цей час на ЗПТ, були на ЗПТ у минулому;

- для методу RDS: пропонує учасникам стати рекрутерами;
- для методу RDS: у разі відмови респондента стати рекрутером заповнює купон відмови;
- для методу RDS: видає первинну винагороду під час першого візиту (для ЛВІН, які ніколи не були на ЗПТ);
- для методу RDS: пояснює учаснику процес рекрутингу та видає йому форму «Процедура рекрутингу для методу RDS»;
- для методу RDS: записує номери на купонах рекрутингу;
- для методу RDS: переконується, що учасник дійсно є рекрутером (перевіряє його купон рекрутера);
- для методу RDS: переконується в тому, що рекрути дійсно були набрані для участі в дослідженні (за номерами купонів);
- для методу RDS: заповнює форму відмови від купона, якщо рекрутер повідомив, що хтось відмовився взяти купон;
- для методу RDS: збирає в учасників купони на виплату;
- для методу RDS: видає вторинну винагороду під час другого візиту (перевіряє купони);
- для методу RDS: заповнює форму відстеження купонів для вторинної винагороди;
- для методу RDS: керує та оновлює форму відстеження купонів;
- заповнює необхідну проектну документацію;
- відповідальний за сайт збирання даних (опитування, тестування);
- координує потік учасників дослідження;
- забезпечує наявність достатніх запасів усього необхідного на сайті (винагороди, форми, документи, канцтовари, чай / кава тощо);
- суворо дотримується протоколу дослідження.

*Рекрутер:*

- має доступ до медичних записів груп пацієнтів, які зараз проходять ЗПТ або проходили в минулому;
- кодує список, використовуючи деідентифікаційний код;

- відбирає учасників дослідження зі списку методом випадкової вибірки разом із локальною дослідницькою командою;
- шукає потенційних респондентів та контактує з відібраними;
- залучає відібраних потенційних респондентів до участі в дослідженні;
- збирає інформацію про причини відмови від участі в дослідженні;
- консультує учасників дослідження;
- заповнює потрібну проєктну документацію;
- допомагає персоналу проєкту, коли це потрібно;
- суворо дотримується протоколу дослідження.

*Медичні співробітники: лаборант / медсестра (для швидкого тестування):*

- відповідальні за тестування на ВІЛ, до- та післятестове консультування;
- відповідальні за забір СКК;
- відповідальні за біобезпеку кімнати збору зразків;
- відповідальні за належну утилізацію відходів;
- відповідальні за належне маркування тестів;
- відповідальні за зберігання та контроль якості експрес-тестів на ВІЛ та інших лабораторних розхідників;
- відповідальні за перенаправлення в разі позитивного результату;
- відповідальні за внесення результатів тестування до ID-купона;
- відповідальні за підписання форми контролю учасників;
- заповнюють документацію дослідження;
- суворо дотримуються протоколу дослідження.

*Тренінг із підготовки членів дослідницької команди*

Для забезпечення дотримання процедур дослідження, надійності та точності збирання даних було заплановано проведення навчального тренінгу зі збирання даних для інтерв'юерів та рекрутерів. Програма тренінгу містила такі тематичні блоки:

- компоненти дослідження, алгоритм його проведення;
- методологія RDS та особливості її впровадження;
- використання методології RDS для правильного набору респондентів;

- метод випадкової вибірки та важливість чіткого дотримання техніки його виконання;
- інформація, необхідна для отримання усної інформованої згоди;
- робота з купонами, управління базою даних для обліку купонів;
- анкета для опитування представників цільової групи;
- інструктаж із техніки збирання інформації;
- інша проектна документація та процедури.

Крім того, під час тренінгу детально обговорювалося місце проведення (сайт) дослідження та все необхідне обладнання на ньому.

Після загального тренінгу для медичного персоналу в кожному місті дослідження було проведено тренінг із командою дослідження безпосередньо перед початком польового етапу дослідження.

#### *Сайт дослідження*

Сайт дослідження за можливістю повинен був мати: кімнату / місце для очікувань, окрему кімнату для тестування, забору СКК (і ДКТ), кімнату для проведення інтерв'ю з хорошим доступом для представників цільових груп. Крім того, сайти мали бути доступними (їх легко знайти та дістатися), тихими, непомітними (для забезпечення конфіденційності учасників, а також щоб учасники не відволікалися) і досить просторими, щоб документація дослідження не потрапляла в поле зору учасників та співробітників, яким не давали доступу до неї.

Інтерв'юери повинні були гарантувати, що учасники почуватимуться комфортно під час проходження інтерв'ю. Обстановка мала бути якомога приємнішою, щоб респонденти бажали залучати своїх знайомих до участі в дослідженні. Важливо було також, щоб вони почували себе комфортно, довіряли членам дослідницької команди й максимально чесно відповідали на запитання. Сайт повинен був мати достатньо місця для очікування на початок інтерв'ю.

Графік та місцезнаходження сайтів визначали разом із рекрутерами та інтерв'юерами. Ця інформація прописана дослідницькою командою в польових записах.

Інформація про сайти ЗПТ та кількість пацієнтів, станом на 1 січня 2022 року, міститься в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

## Інформація щодо сайтів ЗПТ у містах проведення дослідження

Місто	№ з/п	Назва сайту	Кількість пацієнтів ЗПТ	НУО, яка співпрацює
Дніпро	1	Обласний медичний психіатричний центр із лікування залежностей зі стаціонаром	516	БФ «Синергія душ»
	2	Дніпропетровське обласне клінічне лікувально-профілактичне об'єднання «Фтизіатрія»	16	
	3	Дніпропетровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 9	68	
	4	Дніпропетровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 3	77	
Усього			<b>677</b>	
Київ	1	Київська міська клінічна лікарня № 5	251	Соціальні працівники «Соціотерапії»
	2	Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія»	853	
	3	Київська міська туберкульозна лікарня № 2	23	
	4	Фтизіатрія	10	
	5	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1 Дарницького району м. Києва	1	

Продовження таблиці 3.5

Місто	№ з/п	Назва сайту	Кількість пацієнтів ЗПТ	НУО, яка співпрацює
	6	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3 Дарницького району м. Києва	19	
	7	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 Деснянського району м. Києва	5	
	8	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3 Деснянського району м. Києва	7	
	9	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4 Деснянського району м. Києва	3	
	10	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1 Дніпровського району м. Києва	8	
	11	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 Дніпровського району м. Києва	3	

	12	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3 Дніпровського району м. Києва	2	
	13	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4 Дніпровського району м. Києва	6	
	14	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3 Подільського району м. Києва	7	
	15	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 Дарницького району м. Києва	5	
	16	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3 Шевченківського району м. Києва	5	
	17	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3 Оболонського району м. Києва	7	
Усього			<b>1215</b>	
Львів	1	Львівський обласний медичний центр превенції та терапії залежностей	218	БФ «Салюс»
	2	Львівський обласний центр громадського здоров'я	83	
	3	Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр	2	
Усього			<b>303</b>	

## Закінчення таблиці 3.5

Місто	№ з/п	Назва сайту	Кількість пацієнтів ЗПТ	НУО, яка співпрацює
Миколаїв	1	Миколаївський обласний центр психічного здоров'я	389	Миколаївська асоціація ВІЛ-інфікованих «Час життя+»
	2	Миколаївська центральна районна лікарня	63	
	3	Миколаївська обласна клінічна лікарня	2	
	4	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 6	65	
	5	Міська лікарня № 5	124	
	6	Миколаївський обласний центр паліативної допомоги та інтегрований послуг	45	
	7	Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4	64	
Усього			<b>752</b>	
Одеса	1	Одеський міський центр профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією та СНІДом	113	БФ «Веселка»
	2	Міський протитуберкульозний диспансер	311	
	3	Одеський обласний центр соціально значимих хвороб	3	
	4	Міський психіатричний диспансер	83	
Усього			<b>510</b>	

*Етичні міркування*

*Ризики для учасників.* Обґрунтованість, мета, процедури дослідження та всі заходи, які проводилися дослідниками для забезпечення конфіденційності та приватності учасників, були роз'яснені в процесі отримання усної інформованої згоди респондентів на участь у дослідженні. Всім учасникам було надано ім'я та контактний телефон координатора дослідження, до якого учасники могли звернутися в разі виникнення питань щодо будь-якого з етапів дослідження, у разі неправильної поведінки чи некоректного ставлення до них, незалежно від рішення брати участь у дослідженні чи ні.

Потенційні психологічні ризики участі в дослідженні могли бути пов'язані з делікатним характером запитань, які ставилися (наприклад, ВІЛ-статус, історія ув'язнення, історія залежності, досвід медикаментозного лікування тощо).



Участь у дослідженні була добровільна. Учасники мали можливість відмовитись відповідати на будь-які конкретні запитання. До- та післятестове консультування з тестування на ВІЛ та ВГС було забезпечено кваліфікованим персоналом на місці проведення тестування.

*Переваги для учасників.* Учасники отримували винагороду за участь у дослідженні та рекрутування знайомих до участі в дослідженні. Учасники також отримали безкоштовне тестування на ВІЛ та ВГС, до- та післятестове консультування, а також всю необхідну підтримку для отримання подальшої медичної допомоги в разі позитивного результату тестування.

*Інформована згода на участь у дослідженні.* Інтерв'юери використовували стандартну форму усної інформованої згоди (додаток І) для повідомлення рекрутованим учасникам докладної інформації про дослідження. Потенційних учасників просили надати усну згоду на участь в опитуванні.

На всі запитання, які виникали під час обговорення, були надані відповіді членами дослідницької команди. Усі учасники повинні були усно повідомити, що зрозуміли інформацію та погоджуються з усіма пунктами, перерахованими у формі усної згоди, для того, щоб взяти участь в опитуванні. Як тільки учасник надавав свою усну згоду, співробітники дослідження вважали це усною інформованою згодою. Дослідження було анонімне, імена учасників не були пов'язані з їхніми відповідями. Код (номер ідентифікації в дослідженні) використовувався лише з метою пов'язати анкету опитування з результатами тесту на ВІЛ та ВГС. Учасники отримували інформаційний листок, що містив основну інформацію щодо дослідження та контакти членів дослідницької команди.

*Захист приватності учасників дослідження.* На сайтах проведення дослідження, де була така можливість, окремі кімнати були виділені для проведення інтерв'ю, консультування та тестування. Опитування здійснювалося за допомогою CASI, в кімнаті не перебували інші люди, крім персоналу дослідження та учасника дослідження.

*Захист конфіденційної інформації.* Усі дані дослідження, у тому числі поведінкові та результати тестування, є конфіденційними. Члени дослідницької

команди не записували імена чи інші особисті ідентифікатори в опитувальнику. У цьому дослідженні ID-купони надавалися кожному учаснику. Результати досліджень не доводилися до відома адміністрації на місцевому рівні.

*Комісія з питань етики.* Усі матеріали цього дослідження (протокол, інструментарій тощо) були надані та погоджені Комісією з питань етики Міжнародного благодійного фонду «Альянс громадського здоров'я». Висновок Етичного комітету міститься в додатку К.

#### *Якісний компонент дослідження*

За результатами кількісного компонента членами дослідницької команди було прийнято рішення додати якісний компонент для роз'яснення деяких результатів кількісного компонента дослідження.

Отже, було проведено 50 напівструктурованих інтерв'ю з двома групами респондентів:

- 1) ЛВІН, які на момент проведення дослідження перебували в програмі ЗПТ ( $n = 25$ );
- 2) ЛВІН, які на момент проведення дослідження не перебували в програмі ЗПТ ( $n = 25$ ).

Критерії включення для участі в дослідженні для ЛВІН, які на момент напівструктурованого інтерв'ю перебували в програмі ЗПТ:

- вік 18 років та старше;
- перебування в програмі ЗПТ понад 6 місяців;
- здатність надати усну інформовану згоду.

Критерії включення для участі в дослідженні для ЛВІН, які на момент напівструктурованого інтерв'ю не перебували в програмі ЗПТ:

- вік 18 років та старше;
- доведене ін'єкційне споживання наркотичних речовин не менше одного разу за останні 30 днів;
- здатність надати усну інформовану згоду.

*Вибірка дослідження для якісного компонента.* Збирання даних у межах якісного компонента дослідження проводилося в 5 містах, у яких відбувалося

збирання даних для кількісного компонента. Стратифікацію респондентів за містами проведення дослідження наведено в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

**Стратифікація респондентів для якісного компонента  
за містами проведення дослідження (N = 120)**

Місто	ЛВІН (N=50)	
	На ЗПТ (n = 25)	Не на ЗПТ (n = 25)
Дніпро	5	5
Київ	5	5
Львів	5	5
Миколаїв	5	5
Одеса	5	5

*Рекрутинг респондентів для якісного компонента дослідження.* Респондентів для якісного компонента дослідження обирали серед ЛВІН, які на момент збирання даних перебували в програмі ЗПТ, шляхом рандомізації унікальних кодів пацієнтів у базі даних «SysEx». У випадку, якщо потенційний респондент відмовлявся взяти участь у дослідженні, обирався наступний, який відповідав критеріям участі.

Рекрутинг респондентів серед ЛВІН, які на момент збирання даних не перебували в програмі ЗПТ, проводився методом «снігового кому», тобто СП з НУО, наведених у таблиці 3.5, рекрутували по одному з респондентів, які відповідали критеріям участі в дослідженні, а ті, у свою чергу, рекрутували інших.

*Збирання даних для якісного компонента.* Збирання даних у межах якісного компонента дослідження проводилося в період із травня по серпень 2023 року двома навченими інтерв'юерами. Перед початком напівструктурованого інтерв'ю потенційні респонденти проходили скринінгову форму на відповідність критеріям участі в дослідженні (додаток Л для ЛВІН, які на момент збирання даних не перебували в програмі ЗПТ, та додаток М для ЛВІН, які на момент збирання даних перебували в програмі ЗПТ) та надавали усну інформовану згоду (додаток Н).

Кожен респондент по закінченню напівструктурованого інтерв'ю отримував винагороду у розмірі 350 грн. Компенсація відбувалася шляхом грошового переказу на банківську картку або поповнення мобільного телефону на вибір респондента.

Напівструктуровані інтерв'ю проводилися телефоном, кожне тривало 50–60 хвилин. Усі інтерв'ю та фокус-групи були записані на диктофон для подальшого транскрибування, кодування та аналізу отриманих даних.

Перед початком інтерв'ю інтерв'юери збирали базову соціально-демографічну інформацію про респондентів. Форма збору соціально-демографічної інформації міститься в додатку 13.

Гайди напівструктурованих інтерв'ю (додатки 14 та 15) містили такі аспекти:

- бар'єри та фасилітуючі фактори вступу в програму ЗПТ;
- бар'єри та фасилітуючі фактори тестування на ВІЛ;
- бар'єри та фасилітуючі фактори реєстрації в центрі СНІДу (постановки на диспансерний облік);
- бар'єри та фасилітуючі фактори початку прийому АРТ;
- бар'єри та фасилітуючі фактори формування прихильності до АРТ / досягнення вірусної супресії;
- якість життя.

*Аналіз якісних даних.* Якісні дані з глибинних інтерв'ю були транскрибовані із цифрових записів та нотаток та завантажені в програму для аналізу якісних даних «Dedoose» (dedoose.com). Після цього було здійснено кодування та внесення даних у матриці для подальшого аналізу. Було проведено тематичний аналіз для створення системи кодів, який відповідав на дослідницькі питання. Після створення системи кодів 10% транскриптів було закодовано окремими дослідниками, що забезпечило процедуру подвійного кодування та контролю якості. Після подвійного кодування дослідники обговорили виявлені розбіжності, використовуючи метод постійного порівняння. Після цього дослідники здійснили кодування решти транскриптів; тексти з подібними кодами було відсортовано та

створено категорії, які потім було об'єднано в більш широкі загальні теми, які містили відповіді на поставлені дослідницькі запитання.

#### *Захист учасників якісного компонента дослідження*

*Комісія з питань етики.* Усі матеріали цього дослідження (протокол, інструментарій тощо) були надані та погоджені Комісією з питань етики МБФ «Альянс громадського здоров'я». Висновок комісії з питань етики міститься в додатку К. Усі представники дослідницької команди мали сертифікати про проходження навчання щодо захисту прав учасників дослідження та вивчення принципів дослідницької етики.

*Критерії виключення з дослідження.* До участі в дослідженні не були допущені особи, які на момент оцінювання мали психотичні чи когнітивні порушення та не могли надати інформовану згоду.

*Інформована згода.* Перед включенням у дослідження кожен кандидат отримав форму усної інформованої згоди з повним переліком умов участі в дослідженні та дослідницьких процедур. Якщо кандидат погоджувався взяти участь у дослідженні, він надавав усну інформовану згоду. Перед початком напівструктурованого інтерв'ю всі запитання, які могли виникнути в кандидата, були уточнені та пояснені. Потенційним респондентам було повідомлено, що їхня участь є абсолютно добровільною і що вони мають право відмовитись від своєї згоди та припинити участь у будь-який час. Відмова від участі в дослідженні не мала впливу на доступ учасника до медичних закладів та лікування. Учасників було поінформовано, що будь-яка інформація, яку вони оприлюднюють під час дослідження, вважається конфіденційною (тобто ніяких особистих ідентифікаторів не використовувалося). Учасники отримали пояснення щодо всіх потенційних ризиків та переваг дослідження.

*Захист конфіденційних даних.* Для забезпечення конфіденційності даних було проведено різноманітні заходи щодо обмеження доступу до персональної інформації респондентів на всіх етапах проведення дослідження. Зокрема, записи учасників дослідження було позначено особливим кодом дослідження, що був

єдиним ідентифікатором у базі даних дослідження, не був пов'язаний із будь-якими ідентифікаторами й використовувався в адміністративних та дослідницьких документах (електронні журнали реєстрації, електронні форми).

Крім того, всі члени дослідницької команди пройшли онлайн-навчання з питань захисту учасників дослідження та правил належної клінічної практики.

## 9.2. Результати аналізу даних, отриманих у межах дисертаційного дослідження

### *Результати аналізу кількісних даних*

Збирання кількісних даних проводилося в період із вересня 2021 року по липень 2022 року в п'яти містах України: Дніпро ( $n = 394$ ), Київ ( $n = 707$ ), Львів ( $n = 179$ ), Миколаїв ( $n = 437$ ), Одеса ( $n = 298$ ). Загалом у дослідженні взяли участь 2015 осіб, серед яких 738 ЛВІН, які на момент опитування перебували в програмі ЗПТ, та 1277 ЛВІН, які на момент опитування не перебували в програмі ЗПТ.

У таблиці 3.7 представлено демографічні та пов'язані з ВІЛ клінічні дані всіх учасників дослідження ( $N = 2015$ ), стратифікованих за статусом отримання ЗПТ.

*Таблиця 3.7*

### **Демографічні та пов'язані з ВІЛ клінічні дані всіх учасників дослідження ( $N = 2015$ ), стратифікованих за статусом отримання ЗПТ**

	Всього $N = 2015$	Статус отримання ЗПТ		Значення $P$
		На ЗПТ $N = 738$	Не на ЗПТ $N = 1277$	
Вік (сер. (ст. відх.))	40,24 (8,06)	42,12 (7,73)	41,18 (7,43)	< 0,001
Стать (%)				
Жіноча	430 (21,4)	154 (20,9)	276 (21,6)	0,230
Чоловіча	1585 (78,6)	584 (79,1)	1001 (78,4)	
Місто проживання (%)				
Миколаїв	438 (21,7)	155 (21,0)	283 (22,2)	0,867
Одеса	296 (14,8)	104 (14,1)	192 (15,0)	
Київ	706 (35,1)	262 (35,5)	444 (34,8)	
Дніпро	396 (19,7)	153 (20,7)	243 (19,0)	
Львів	179 (8,9)	64 (8,7)	115 (9,00)	

## Продовження таблиці 3.7

	Всього N = 2015	Статус отримання ЗПТ		Значення P
		На ЗПТ N = 738	Не на ЗПТ N = 1277	
Освіта (%)				
Закінчена середня	1289 (64,0)	475 (63,4)	814 (63,7)	0,084
Незакінчена вища	364 (18,1)	136 (18,4)	228 (17,9)	
Незакінчена середня	362 (18,0)	127 (17,2)	235 (18,4)	
Одружений / заміжня (%)				
Ні	1272 (63,1)	447 (60,6)	827 (64,8)	0,020
Так	741 (36,9)	291 (39,4)	450 (35,2)	
Забезпеченість житлом (%)				
Живе в друзів / родичів	1043 (51,8)	400 (54,2)	643 (50,3)	< 0,001
Власне житло	931 (46,2)	330 (44,7)	601 (47,1)	
Нестабільна	41 (2,0)	8 (1,1)	33 (2,6)	
Працевлаштування (%)				
Повна зайнятість	1102 (54,7)	419 (56,8)	683 (53,5)	< 0,001
Не працює	537 (26,7)	209 (28,3)	328 (25,7)	
Часткова зайнятість	376 (18,6)	110 (14,9)	266 (20,8)	
Місячний дохід, грн (%)				
2500–5899	512 (25,4)	208 (28,2)	306 (24,0)	< 0,001
5900–9999	474 (23,5)	181 (24,5)	292 (22,9)	
Менше 2500	491 (24,4)	210 (28,5)	281 (22,0)	
Більше 10 000	538 (26,7)	139 (18,8)	398 (31,2)	
Помірна / важка депресія (%)				
Ні	927 (46,0)	420 (56,9)	507 (39,7)	< 0,001
Так	1088 (54,0)	318 (43,1)	770 (60,3)	
Зловживання алкоголем (%)				
Ні	1772 (87,9)	706 (95,7)	1067 (83,6)	< 0,001
Так	243 (12,1)	32 (4,3)	210 (16,4)	
Досвід передозування (%)				
Ні	1078 (53,5)	399 (54,0)	679 (53,2)	0,105
Так	937 (46,5)	339 (46,0)	598 (46,8)	
Обізнаність щодо доступу до лікування опіоїдної залежності				
Ні	517 (25,7)	0 (0,0)	517 (40,5)	< 0,001
Так	1498 (74,3)	738 (100,0)	760 (59,5)	
Ризикована ін'єкційна поведінка*				
Ні	839 (41,6)	0 (0,0)	839 (65,7)	0,721
Так	1176 (58,4)	738 (100,0)	438 (34,3)	
Ризикована сексуальна поведінка**				
Ні	1302 (64,6)	723 (97,7)	579 (45,3)	0,348
Так	713 (35,4)	15 (2,3)	698 (54,7)	
Досвід ув'язнення (%)				
Ні	1414 (70,2)	504 (68,3)	910 (71,3)	0,320
Так	601 (29,8)	234 (31,7)	367 (28,7)	

## Закінчення таблиці 3.7

	Статус отримання ЗПТ			Значення <i>P</i>
	Всього <i>N</i> = 2015	На ЗПТ <i>N</i> = 738	Не на ЗПТ <i>N</i> = 1277	
Адекватне дозування препарату ЗПТ (%)				
1 — недостатнє	—	13 (1,8)	0 (0)	< 0,001
2	—	42 (5,7)	0 (0)	
3	—	111 (15,0)	0 (0)	
4	—	148 (20,1)	0 (0)	
5 — повністю підходить	—	398 (54,0)	0 (0)	

\*У межах цього дослідження під ризикованою ін'єкційною поведінкою мається на увазі користування спільним інструментарієм для ін'єкцій або купування заповненого шприца принаймні один раз протягом останніх 30 днів.

\*\*У межах цього дослідження під ризикованою сексуальною поведінкою мається на увазі невикористання презерватива під час статевого контакту принаймні один раз протягом останніх 30 днів.

Отже, середній вік усіх респондентів, які взяли участь у дослідженні, становив 40,2 року (42,1 та 41,2 серед тих, хто перебував та не перебував у програмі ЗПТ відповідно). Кожний п'ятий респондент був жіночої статі. Більшість респондентів (35,1%) на момент проведення опитування проживали в м. Києві, 21,7% — у м. Миколаєві, 19,6% — у м. Дніпрі, 14,8% — у м. Одесі та 8,9% — у м. Львові. Переважна більшість респондентів мали закінчену середню освіту (64,0%), решта респондентів мали або незакінчену вищу (18,1%), або незакінчену середню освіту (18,0%). Дві третини респондентів (63,1%) були одруженими / заміжними або перебували в цивільному шлюбі. Щодо забезпеченості житлом про нестабільну ситуацію повідомили 2,0% респондентів, а решта або жили в друзів / родичів (51,8%), або мали власне житло (46,2%). Половина респондентів мали повну зайнятість (54,7%), 18,6% — часткову, а 26,7% повідомили, що на момент опитування не працювали. Майже в рівних частках був розподілений місячний дохід: 24,4% респондентів заробляли менш як 2500 грн на місяць, 25,4% — 2500–5899 грн на місяць, 23,5% — 5900–9999 грн на місяць та 26,7% респондентів повідомили про дохід понад 10 000 грн на місяць.

Більше половини респондентів (54,0%) мали помірний або важкий ступінь депресії, при цьому цей показник був значно вищий серед ЛВІН, які не перебували в програмі ЗПТ на момент опитування (60,3%) порівняно з 43,1% серед ЛВІН, які



приймали ЗПТ. Загальна частка тих, хто зловживав алкоголем, становила 12,1%: 4,3% серед респондентів, які перебували в програмі ЗПТ, та 16,4% серед тих, хто не перебував у програмі ЗПТ. Про досвід передозування наркотичними речовинами повідомили 46,5% респондентів, у 29,8% був досвід ув'язнення.

Лише кожний четвертий респондент не був обізнаний щодо доступу до ЗПТ (27,7%), причому цей показник становив 0% серед тих ЛВІН, які на момент збирання даних перебували в програмі ЗПТ, та 40,5% серед тих, хто не перебував у програмі ЗПТ. Жоден із пацієнтів програми ЗПТ не практикував ризиковану ін'єкційну поведінку, тобто не використовував спільний інструментарій для ін'єкцій або не купував заповнений шприц принаймні один раз протягом останніх 30 днів, у той час як кожний третій ЛВІН, який на момент збирання даних не перебував у програмі ЗПТ (34,3%), повідомив, що практикував ризиковану ін'єкційну поведінку. Загалом третина респондентів (35,4%) повідомила про ризиковану сексуальну поведінку, тобто невикористання презерватива під час статевого контакту принаймні один раз протягом останніх 30 днів — 2,3% серед респондентів, які на момент збирання даних перебували в програмі ЗПТ, та 54,7% серед тих, хто на момент збирання даних не перебував у програмі ЗПТ.

Серед респондентів, які перебували в програмі ЗПТ, більше половини (54,0%) повідомили, що дозування препарату ЗПТ їм повністю підходить, а 1,8% — що дозування не є достатнім.

Результати двомірного аналізу демографічних та пов'язаних із ВІЛ клінічних даних усіх учасників дослідження та статусу перебування в програмі ЗПТ показали, що статистично значущими ( $p < 0,05$ ) були такі характеристики:

- вік ( $p < 0,001$ );
- забезпеченість житлом ( $p < 0,001$ );
- працевлаштування ( $p < 0,001$ );
- місячний дохід ( $p < 0,001$ );
- помірна / важка депресія ( $p < 0,001$ );
- зловживання алкоголем ( $p < 0,001$ );
- адекватне дозування ( $p < 0,001$ );

– обізнаність щодо доступу до лікування опіоїдної залежності ( $p < 0,001$ ).

Це означає, що перелічені вище показники були взаємопов'язані з вірогідністю перебувати або не перебувати в програмі ЗПТ та були використані в багатовимірному аналізі, результати якого наведено нижче. В багатовимірному аналізі також було використано характеристики із статистичною значущістю  $< 0,2$ , а саме:

- освіта ( $p = 0,084$ );
- сімейний стан ( $p = 0,020$ );
- досвід передозування ( $p = 0,105$ ).

Пов'язані з ВІЛ клінічні дані всіх учасників дослідження ( $N = 2015$ ), стратифікованих за статусом отримання ЗПТ, представлено в таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

**Пов'язані з ВІЛ клінічні дані всіх учасників дослідження ( $N = 2015$ )**

	Усього $N = 2015$	Статус отримання ЗПТ		Значення $P$
		На ЗПТ $N = 738$	Не на ЗПТ $N = 1277$	
ВІЛ-статус (%)				< 0,001
Негативний	1463 (72,6)	467 (63,3)	996 (78,0)	
Позитивний	552 (27,4)	271 (36,7)	281 (22,0)	
Знає ВІЛ-статус (%)				< 0,001
Ні	1526 (75,7)	481 (65,2)	1045 (81,8)	
Так	489 (24,3)	257 (34,8)	232 (19,2)	
Офіційно зареєстрований (%)				< 0,001
Ні	1582 (78,5)	503 (68,2)	1081 (84,7)	
Так	431 (21,5)	235 (31,8)	196 (15,3)	
Призначено АРТ* (%)				< 0,001
Ні	1607 (79,8)	513 (70,0)	1095 (85,8)	
Так	408 (20,2)	225 (30,0)	182 (14,2)	
Невизначене ВН** (%)				< 0,001
Ні	1626 (80,7)	517 (70,0)	1109 (86,8)	
Так	389 (19,3)	221 (30,0)	168 (13,2)	

\*АРТ.

\*\*Вірусне навантаження; невизначене  $\leq 1000$  копій.

Щодо клінічних характеристик, пов'язаних із ВІЛ, майже третина респондентів (27,4%) жили з ВІЛ, при цьому цей показник був значно вищий серед ЛВІН, які перебували в програмі ЗПТ на момент опитування (36,7%), порівняно з 22,0% серед ЛВІН, які не приймали ЗПТ.

Результати двомірного аналізу демографічних та пов'язаних із ВІЛ клінічних даних усіх учасників дослідження та статусу перебування в програмі ЗПТ показали, що статистично значущими ( $p < 0,05$ ) були такі характеристики:

- ВІЛ-статус ( $p < 0,001$ );
- знає ВІЛ-статус ( $p < 0,001$ );
- офіційно зареєстрований у центрі СНІДу ( $p < 0,001$ );
- призначено АРТ ( $p < 0,001$ );
- невизначене вірусне навантаження ( $p < 0,001$ ).

Це означає, що перелічені вище змінні були взаємопов'язані з вірогідністю перебувати або не перебувати в програмі ЗПТ та були використані в багатовимірному аналізі, результати якого наведено нижче.

Відповідно до завдання емпіричного дослідження було проаналізовано вплив перебування в програмі ЗПТ на момент збирання якісних даних на каскад ВІЛ-послуг.

На рисунку 3.1 представлено каскад ВІЛ-послуг серед ЛВІН, які живуть із ВІЛ, стратифікованих за статусом отримання ЗПТ ( $N = 552$ ). Загалом серед 552 респондентів, які жили з ВІЛ, 271 перебував у програмі ЗПТ та 281 не перебував у програмі ЗПТ на момент проведення опитування.

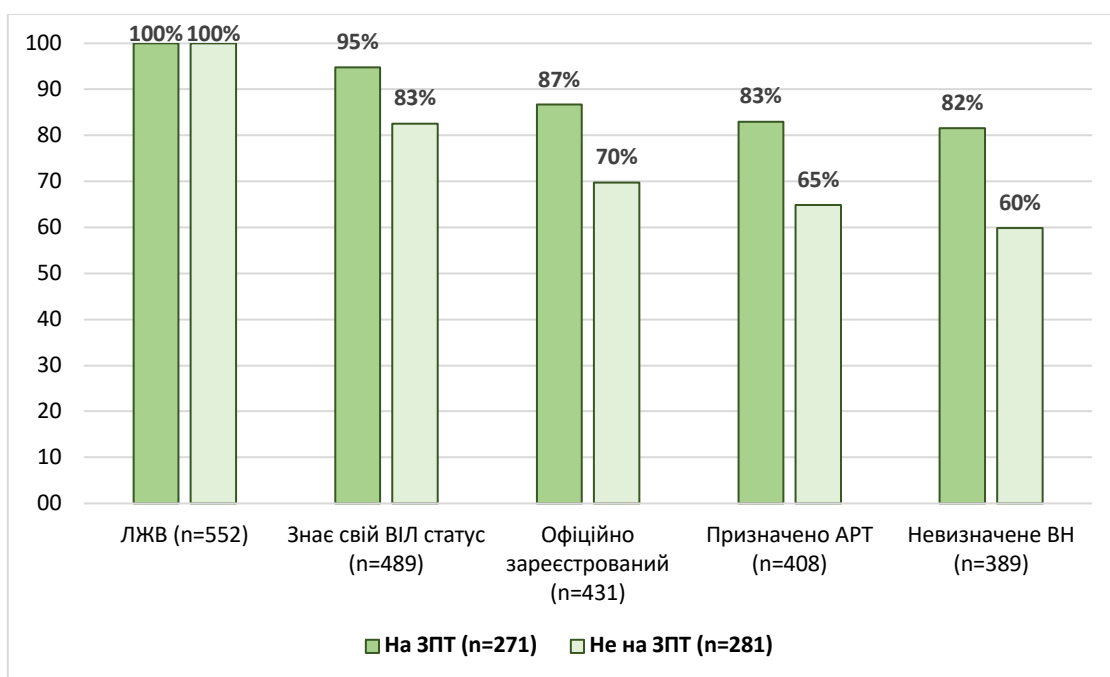


Рис 3.1. Каскад ВІЛ-послуг серед ЛВІН, які живуть із ВІЛ, стратифікованих за статусом отримання ЗПТ ( $N = 552$ )

Серед респондентів, які перебували в програмі ЗПТ, 95% знали про свій ВІЛ-позитивний статус, частка таких респондентів серед ЛВІН, які не перебували в програмі, становила 83%.

Серед респондентів, які знали про свій ВІЛ-статус та перебували в програмі ЗПТ, 87% стояли на диспансерному обліку в центрі СНІДу, 83% було призначено АРТ та у 82% спостерігалася вірусна супресія, тобто невизначений рівень вірусного навантаження.

Серед респондентів, які знали про свій ВІЛ статус та не перебували в програмі ЗПТ, лише 70% стояли на диспансерному обліку у центрі СНІДу, 65% було призначено АРТ та в 60% спостерігалася вірусна супресія, тобто невизначений рівень вірусного навантаження.

Отже, показники каскаду ВІЛ-послуг були значно кращими та статистично значущими на всіх етапах каскаду серед тих ЛВІН, які на момент збирання даних перебували в програмі ЗПТ, порівняно з тими, які не перебували в програмі, що свідчить про те, що перебування в програмі ЗПТ є ефективним засобом третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН від обізнаності щодо власного ВІЛ-статусу до досягнення невизначеного рівня вірусного навантаження, тобто неможливості передачі ВІЛ іншим.

Для відповіді на запитання, які саме фактори впливали на позитивний результат тестування на ВІЛ, було проведено багатовимірний аналіз із застосуванням асоціативної логістичної регресії, до якої увійшли всі змінні, які виявилися статистично значущими в результаті двомірного аналізу ( $p < 0,05$ ), та із значенням  $p < 0,20$ . Результати багатовимірного аналізу факторів, пов'язаних із позитивним результатом тестування на ВІЛ, представлено в таблиці 3.9. Про наявність суттєвого впливу свідчать значення  $p < 0,05$  та 95-відсоткові інтервали довіри, які не містять одиниці.

Таблиця 3.9

**Результати багатовимірного аналізу факторів,  
пов'язаних із позитивним результатом тестування на ВІЛ (N = 552)**

<b>Позитивний результат тестування на ВІЛ</b>				
<b>Характеристика</b>	<b>Категорії</b>	<b>Так (n, %)</b>	<b>Ні (n, %)</b>	<b>Співвідношення шансів</b>
На ЗПТ	Ні	230 (83,0)	47 (17,0)	–
	Так	261 (94,9)	14 (5,1)	0,42 (0,16–0,89, $p = 0,008$ )
Вік	< 35	44 (75,9)	14 (24,1)	–
	35–40	101 (83,5)	20 (16,5)	0,52 (0,25–1,55, $p = 0,403$ )
	41–45	160 (89,9)	19 (10,1)	0,42 (0,18–0,87, $p = 0,018$ )
	Старше 45	187 (95,4)	9 (4,6)	0,18 (0,08–0,73, $p = 0,006$ )
Стать	Жіноча	149 (92,5)	12 (7,6)	–
	Чоловіча	342 (87,5)	49 (12,5)	2,56 (0,91–5,54, $p = 0,064$ )
Місячний дохід, грн	Менше 2500	153 (87,4)	22 (12,6)	–
	2500–5899	138 (93,2)	10 (6,8)	0,38 (0,19–1,20, $p = 0,132$ )
	5900–9999	112 (91,8)	10 (8,2)	0,69 (0,29–1,85, $p = 0,531$ )
	Більше 10 000	88 (82,2)	19 (17,8)	1,18 (0,48–2,96, $p = 0,612$ )
Працевлаштування	Повна зайнятість	259 (89,6)	30 (10,4)	–
	Не працює	174 (91,1)	17 (8,9)	0,81 (0,28–1,69, $p = 0,522$ )
	Часткова зайнятість	59 (81,9)	13 (18,1)	1,73 (0,74–3,95, $p = 0,197$ )
Освіта	Закінчена середня	109 (87,2)	16 (12,8)	–
	Незакінчена вища	321 (89,7)	37 (10,3)	0,91 (0,38–2,19, $p = 0,812$ )
	Незакінчена середня	62 (89,9)	7 (10,1)	0,69 (0,19–2,08, $p = 0,432$ )
Одружений / заміжня	Ні	308 (88,5)	40 (11,5)	–
	Так	183 (89,7)	21 (10,3)	0,98 (0,49–1,92, $p = 0,974$ )
Забезпеченість житлом	Власне житло	220 (87,0)	33 (13,0)	–
	Живе в друзів / родичів	256 (91,1)	25 (8,9)	0,69 (0,33–1,39, $p = 0,321$ )
	Нестабільне	15 (83,3)	3 (16,7)	0,59 (0,12–2,66, $p = 0,533$ )
Помірна / важка депресія	Ні	222 (90,4)	23 (9,6)	–
	Так	269 (87,6)	38 (12,4)	1,25 (0,66–2,42, $p = 0,493$ )
Зловживання алкоголем	Ні	436 (89,5)	51 (10,5)	–
	Так	55 (84,6)	10 (15,4)	1,21 (0,49–3,08, $p = 0,654$ )
Досвід передозування	Ні	243 (91,4)	33 (8,6)	–
	Так	248 (89,9)	28 (10,1)	0,88 (0,34–1,78, $p = 0,675$ )
Досвід ув'язнення	Ні	290 (87,3)	42 (12,7)	–
	Так	201 (91,4)	19 (8,6)	0,84 (0,39–2,19, $p = 0,752$ )
Адекватне дозування	Не отримує лікування	232 (82,6)	49 (17,4)	–
	1 — недостатне	6 (75,0)	2 (25,0)	0,39 (0,02–14,46, $p = 0,586$ )
	2	13 (100,0)	0 (0,0)	0,00 (0,00–30347813059,43, $p = 0,987$ )
	3	39 (92,9)	3 (7,1)	0,12 (0,01–5,12, $p = 0,125$ )
	4	47 (94,0)	3 (6,0)	0,14 (0,01–3,35, $p = 0,210$ )
	5 — повністю підходить	153 (96,8)	5 (3,2)	0,06 (0,01–0,78, $p = 0,036$ )
Місто проживання	Миколаїв	111 (91,0)	11 (9,0)	–
	Одеса	92 (97,8)	2 (2,2)	0,34 (0,05–1,21, $p = 0,121$ )
	Київ	130 (82,3)	28 (17,7)	1,77 (0,70–4,65, $p = 0,323$ )
	Дніпро	111 (88,1)	15 (11,9)	1,32 (0,38–3,68, $p = 0,724$ )
	Львів	45 (84,9)	7 (15,1)	1,29 (0,28–4,43, $p = 0,722$ )

Багатовимірний аналіз факторів, пов'язаних із позитивним результатом тестування на ВІЛ, серед усіх 552 респондентів, які жили з ВІЛ, свідчить, що такими факторами були (таблиця 3.9):

– перебування в програмі ЗПТ (СШ = 0,42, 95% ІД: 0,16–0,89,  $p = 0,008$ ): для тих ЛВІН, які перебувають в програмі ЗПТ, нижча вірогідність мати позитивний результат тестування на ВІЛ;

– старший вік (41–45 років, СШ = 0,42, 95% ІД: 0,18–0,87,  $p = 0,018$ ; старше 45 років, СШ = 0,18, 95% ІД: 0,08–0,73,  $p = 0,006$ ): респонденти, молодші 41 року, з вищою вірогідністю мали позитивний результат тесту на ВІЛ;

– адекватне дозування (СШ = 0,06, 95% ІД: 0,01–0,78,  $p = 0,036$ ): респонденти з адекватним дозуванням препарату ЗПТ з меншою вірогідністю мали позитивний результат тесту на ВІЛ.

Отже, результати багатовимірного аналізу факторів, пов'язаних із позитивним результатом тестування на ВІЛ, свідчать, що непереходження в програмі ЗПТ, вік старше 41 року та адекватне дозування препарату ЗПТ підвищують шанси мати позитивний результат тестування на ВІЛ, тобто доступ до програми ЗПТ є ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Для відповіді на запитання, які саме фактори були пов'язані з офіційною реєстрацією в центрі СНІДу, було проведено багатовимірний аналіз із застосуванням асоціативної логістичної регресії, до якої увійшли всі змінні, які виявилися статистично значущими в результаті двомірного аналізу ( $p < 0,05$ ), та зі значенням  $p < 0,20$ . Результати багатовимірного аналізу факторів, пов'язаних з офіційною реєстрацією в центрі СНІДу (постановкою на диспансерний облік), серед усіх 552 респондентів, які жили з ВІЛ, представлено в таблиці 3.10. Про наявність суттєвого впливу свідчать значення  $p < 0,05$  та 95-відсоткові інтервали довіри, які не містять одиниці.

Таблиця 3.10

**Результати багатовимірного аналізу факторів,  
пов'язаних з офіційною реєстрацією (N = 552)**

Офіційна реєстрація				
Характеристика	Категорії	Так (n, %)	Ні (n, %)	Співвідношення шансів
На ЗПТ	Ні	91 (32,7)	187 (67,3)	–
	Так	37 (13,5)	237 (86,5)	1,31 (1,21–1,91, $p = 0,034$ )
Вік	< 35	24 (41,4)	34 (58,6)	–
	35–40	41 (33,9)	80 (66,1)	1,38 (0,54–2,78, $p = 0,498$ )
	41–45	37 (20,9)	140 (79,1)	2,37 (1,16–4,83, $p = 0,017$ )
	Старше 45	26 (13,3)	170 (86,7)	3,32 (1,61–7,46, $p < 0,001$ )
Стать	Жіноча	35 (21,9)	125 (78,1)	–
	Чоловіча	93 (23,7)	299 (76,3)	0,69 (0,48–1,45, $p = 0,624$ )
Місячний дохід, грн	Менше 2500	51 (29,3)	123 (70,7)	–
	2500–5899	28 (18,9)	120 (81,1)	1,89 (1,05–3,63, $p < 0,001$ )
	5900–9999	20 (16,5)	101 (83,5)	2,25 (1,15–4,51, $p < 0,001$ )
	Більше 10 000	29 (26,6)	80 (73,4)	1,60 (0,65–3,48, $p = 0,160$ )
Працевлаштування	Повна зайнятість	69 (23,9)	220 (76,1)	–
	Не працює	39 (20,5)	151 (79,5)	1,79 (1,12–3,45, $p = 0,018$ )
	Часткова зайнятість	21 (28,8)	52 (71,2)	1,06 (0,67–2,11, $p = 0,987$ )
Освіта	Закінчена середня	40 (31,3)	88 (68,7)	–
	Незакінчена вища	75 (21,1)	281 (78,9)	1,38 (0,78–2,54, $p = 0,181$ )
	Незакінчена середня	13 (19,1)	55 (80,9)	1,89 (0,82–4,24, $p = 0,135$ )
Одружений / заміжня	Ні	84 (24,2)	263 (75,8)	–
	Так	43 (21,1)	161 (78,9)	0,90 (0,58–1,54, $p = 0,821$ )
Забезпеченість житлом	Власне житло	58 (22,9)	195 (77,1)	–
	Живе в друзів / родичів	62 (22,1)	219 (77,9)	1,08 (0,54–2,19, $p = 0,924$ )
	Нестабільне	8 (44,4)	10 (55,6)	0,81 (0,23–2,61, $p = 0,756$ )
Помірна / важка депресія	Ні	48 (19,5)	198 (80,5)	–
	Так	81 (26,4)	226 (73,6)	0,61 (0,47–1,21, $p = 0,254$ )
Зловживання алкоголем	Ні	107 (21,9)	380 (79,1)	–
	Так	20 (30,8)	45 (69,2)	0,75 (0,39–1,24, $p = 0,433$ )
Досвід передозування	Ні	67 (24,3)	209 (75,7)	–
	Так	61 (22,1)	215 (77,9)	1,22 (0,69–2,12, $p = 0,312$ )
Досвід ув'язнення	Ні	85 (25,5)	248 (74,5)	–
	Так	43 (19,7)	175 (80,3)	1,25 (0,75–2,20, $p = 0,299$ )
Адекватне дозування	Не отримує лікування	90 (31,5)	196 (68,5)	–
	1 — недостатнє	4 (50,0)	4 (50,0)	3,23 (0,19–109,89, $p = 0,866$ )
	2	0 (0,0)	13 (100,0)	NA, (NA–NA, $p = 0,989$ )
	3	6 (14,3)	36 (85,7)	15,22 (1,19–23,32, $p < 0,001$ )
	4	8 (16,3)	41 (83,7)	14,08 (0,97–332,12, $p = 0,076$ )
	5 — повністю підходить	18 (11,8)	136 (88,2)	15,24 (1,48–299,74, $p = 0,022$ )

## Закінчення таблиці 3.10

Офіційна реєстрація				
Характеристика	Категорії	Так (n, %)	Ні (n, %)	Співвідношення шансів
Місто проживання	Миколаїв	27 (22,0)	96 (78,0)	–
	Одеса	18 (19,1)	76 (80,9)	1,18 (0,51–3,44, $p = 0,788$ )
	Київ	42 (26,8)	115 (73,2)	1,19 (0,54–2,42, $p = 0,555$ )
	Дніпро	26 (20,8)	99 (79,2)	1,23 (0,78–3,12, $p = 0,534$ )
	Львів	16 (30,2)	37 (69,8)	1,16 (0,38–2,78, $p = 0,912$ )

Факторами, які були пов'язані з офіційною реєстрацією, виявилися:

– перебування в програмі ЗПТ (СШ = 1,31, 95% ІД: 1,21–1,91,  $p = 0,034$ ): для тих ЛВІН, які перебувають в програмі ЗПТ, вірогідність бути офіційно зареєстрованими в центрі СНІДу вища;

– старший вік (41–45 років, СШ = 2,37, 95% ІД: 1,16–4,83,  $p = 0,017$ ; старше 45 років, СШ = 3,32, 95% ІД: 1,61–7,46,  $p < 0,001$ ): респонденти старше 41 року з вищою вірогідністю стоять на диспансерному обліку в центрі СНІДу;

– місячний дохід від 2500 до 9999 грн (2500–5899 грн, СШ = 1,89, 95% ІД: 1,05–3,63,  $p < 0,001$ ; 5900–9999 грн, СШ = 2,25, 95% ІД: 1,15–4,51,  $p < 0,001$ ): для респондентів із більш високим рівнем доходу вірогідність стояти на диспансерному обліку в центрі СНІДу вища порівняно з респондентами з місячним доходом менш як 2500 грн;

– відсутність працевлаштування (СШ = 1,79, 95% ІД: 1,12–3,45,  $p = 0,018$ ): непрацевлаштовані респонденти з вищою вірогідністю стоять на диспансерному обліку в центрі СНІДу;

– середній рівень задоволеності дозуванням препарату ЗПТ (СШ = 15,22; 1,19–23,32,  $p < 0,001$ ).

Отже, результати багатовимірного аналізу факторів, які були пов'язані з офіційною реєстрацією в центрі СНІДу, свідчать, що перебування в програмі ЗПТ, вік старше 41 року, місячний дохід від 2500 до 9999 грн, відсутність працевлаштування та середній рівень задоволеності дозуванням препарату ЗПТ підвищують шанси стояти на диспансерному обліку ВІЛ-інфікованих осіб (бути зареєстрованим у центрі СНІДу та мати доступ до безкоштовного лікування ВІЛ), тобто доступ до програми ЗПТ є сприятливим фактором щодо офіційної реєстрації



в центрі СНІДу, а значить, ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Для відповіді на запитання, які саме фактори були пов'язані з призначенням АРТ, було проведено багатовимірний аналіз із застосуванням асоціативної логістичної регресії, до якої увійшли всі змінні, які виявилися статистично значущими в результаті двомірного аналізу ( $p < 0,05$ ), та зі значенням  $p < 0,20$ . Результати багатовимірного аналізу факторів, пов'язаних із призначенням АРТ, серед усіх 552 респондентів, які жили із ВІЛ, представлено в таблиці 3.11. Про наявність суттєвого впливу свідчать значення  $p < 0,05$  та 95-відсоткові інтервали довіри, які не містять одиниці.

Таблиця 3.11

**Результати багатовимірного аналізу факторів,  
пов'язаних із призначенням АРТ (N = 552)**

Характеристика	Категорії	Призначено АРТ		Співвідношення шансів
		Так (n, %)	Ні (n, %)	
На ЗПТ	Ні	114 (41,0)	164 (49,0)	–
	Так	47 (17,2)	227 (82,8)	1,23 (0,05–5,79, $p = 0,045$ )
Вік	< 35	29 (50,0)	29 (50,0)	–
	35–40	44 (36,4)	77 (63,6)	1,78 (0,45–4,12, $p = 0,180$ )
	41–45	46 (26,0)	131 (74,0)	2,98 (1,34–6,25, $p = 0,002$ )
	Старше 45	34 (17,3)	162 (82,7)	3,65 (2,19–8,11, $p < 0,001$ )
Стать	Жіноча	43 (26,9)	117 (73,1)	–
	Чоловіча	109 (27,8)	283 (72,2)	0,69 (0,26–2,18, $p = 0,321$ )
Місячний дохід, грн	Менше 2500	62 (35,6)	112 (64,4)	–
	2500–5899	33 (22,4)	114 (77,6)	2,11 (1,45–4,09, $p < 0,001$ )
	5900–9999	27 (22,1)	95 (77,9)	2,05 (1,19–4,14, $p = 0,015$ )
	Більше 10 000	31 (28,4)	78 (71,6)	1,92 (0,78–3,15, $p = 0,095$ )
Працевлаштування	Повна зайнятість	78 (27,1)	210 (72,9)	–
	Не працює	52 (27,4)	138 (72,6)	1,61 (0,91–3,16, $p = 0,068$ )
	Часткова зайнятість	22 (29,7)	52 (70,3)	1,34 (0,56–2,51, $p = 0,512$ )
Освіта	Закінчена середня	48 (38,1)	78 (61,9)	–
	Незакінчена вища	86 (24,2)	270 (75,8)	1,43 (0,89–3,01, $p = 0,084$ )
	Незакінчена середня	18 (26,1)	51 (73,9)	1,59 (0,65–5,12, $p = 0,367$ )
Одружений / заміжня	Ні	101 (29,0)	247 (71,0)	–
	Так	51 (25,0)	153 (75,0)	0,89 (0,34–1,48, $p = 0,899$ )
Забезпеченість житлом	Власне житло	67 (26,5)	186 (73,5)	–
	Живе в друзів / родичів	76 (27,0)	205 (73,0)	0,67 (0,16–1,45, $p = 0,698$ )
	Нестабільне	9 (50,0)	9 (50,0)	0,78 (0,24–2,72, $p = 0,854$ )
Помірна / важка депресія	Ні	55 (22,4)	190 (77,6)	–
	Так	97 (31,6)	210 (68,4)	0,69 (0,29–1,24, $p = 0,232$ )

## Закінчення таблиці 3.11

Характеристика	Категорії	Призначено АРТ		Співвідношення шансів
		Так (n, %)	Ні (n, %)	
Зловживання алкоголем	Ні	123 (25,2)	364 (74,8)	–
	Так	28 (43,1)	37 (56,9)	0,34 (0,26–0,89, $p = 0,028$ )
Досвід передозування	Ні	75 (27,2)	201 (72,8)	–
	Так	77 (27,9)	199 (72,1)	1,14 (0,72–1,45, $p = 0,788$ )
Досвід ув'язнення	Ні	94 (28,2)	239 (71,8)	–
	Так	58 (26,7)	161 (73,3)	1,02 (0,54–1,78, $p = 0,899$ )
Адекватне дозування	Не отримує лікування	107 (37,9)	175 (62,1)	–
	1 — недостатнє	5 (62,5)	3 (37,5)	2,32 (0,09–45,23, $p = 0,756$ )
	2	0 (0,0)	12 (100,0)	NA (NA–NA, $p = 0,979$ )
	3	7 (16,7)	35 (83,3)	13,41 (0,91–362,28, $p = 0,078$ )
	4	8 (16,3)	41 (83,7)	9,14 (0,69–56,12, $p = 0,078$ )
	5 — повністю підходить	25 (15,7)	134 (84,3)	11,05 (1,69–17,80, $p = 0,024$ )
Місто проживання	Миколаїв	35 (28,7)	87 (71,3)	–
	Одеса	20 (21,1)	75 (78,9)	1,32 (0,69–3,19, $p = 0,311$ )
	Київ	47 (29,9)	110 (70,1)	1,48 (0,64–2,80, $p = 0,116$ )
	Дніпро	31 (24,6)	95 (75,4)	1,56 (0,79–3,16, $p = 0,198$ )
	Львів	19 (36,5)	33 (63,5)	1,24 (0,43–2,61, $p = 0,722$ )

Отже, факторами, пов'язаними з призначенням АРТ, виявилися такі:

- перебування в програмі ЗПТ (СШ = 1,23, 95% ІД: 0,05–5,79,  $p = 0,045$ ): ті ЛВІН, які перебувають в програмі ЗПТ, з вищою вірогідністю отримують АРТ;
- старший вік (41–45 років, СШ = 2,98, 95% ІД: 1,34–6,25,  $p = 0,002$ ; старше 45 років, СШ = 3,65, 95% ІД: 2,19–8,11,  $p < 0,001$ ): респонденти старше 41 року з вищою вірогідністю приймають АРТ порівняно з молодшими респондентами;
- місячний дохід від 2500 до 9999 грн (2500–5899 грн, СШ = 2,11, 95% ІД: 1,45–4,09,  $p < 0,001$ ; 5900–9999 грн, СШ = 2,05, 95% ІД: 1,19–4,14,  $p = 0,015$ ): для респондентів із більш високим рівнем доходу вірогідність приймати АРТ була вища порівняно з респондентами з місячним доходом менш як 2500 грн;
- адекватне дозування (СШ = 11,05, 95% ІД: 1,69–17,80,  $p = 0,024$ ): для респондентів з адекватним дозуванням препарату ЗПТ була вища вірогідність приймати АРТ.

Отже, результати багатовимірної аналізу факторів, які були пов'язані з призначенням АРТ, свідчать, що перебування в програмі ЗПТ, вік старше 41 року, місячний дохід від 2500 до 9999 грн та адекватне дозування препарату ЗПТ підвищують шанси отримувати АРТ, а згодом — і вірусного пригнічення, тобто

доступ до програми ЗПТ є сприятливим фактором щодо доступу до лікування ВІЛ, а значить, ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Для відповіді на запитання, які саме фактори були пов'язані з вірусною супресією, тобто неможливістю передавати ВІЛ іншим, було проведено багатовимірний аналіз із застосуванням асоціативної логістичної регресії, до якої увійшли всі змінні, які виявилися статистично значущими в результаті двомірного аналізу ( $p < 0,05$ ), та зі значенням  $p < 0,20$ . У таблиці 3.12 представлено результати багатовимірної аналізу факторів, пов'язаних із вірусною супресією, серед усіх 552 респондентів, які жили з ВІЛ. Про наявність суттєвого впливу свідчать значення  $p < 0,05$  та 95-відсоткові інтервали довіри, які не містять одиниці.

Таблиця 3.12

**Результати багатовимірної аналізу факторів,  
пов'язаних із вірусною супресією ( $N = 552$ )**

Вірусна супресія				
Характеристика	Категорії	Так (n, %)	Ні (n, %)	Співвідношення шансів
На ЗПТ	Ні	118 (42,4)	160 (57,6)	–
	Так	52 (19,0)	222 (81,0)	1,34 (1,09–5,67, $p = 0,045$ )
Вік	< 35	31 (53,4)	27 (46,6)	–
	35–40	46 (37,7)	76 (62,3)	1,56 (0,78–4,56, $p = 0,109$ )
	41–45	48 (27,1)	129 (72,9)	6,89 (1,45–8,12, $p < 0,001$ )
	Старше 45	34 (17,4)	161 (82,6)	4,19 (1,19–6,78, $p < 0,001$ )
Стать	Жіноча	45 (28,1)	115 (71,9)	–
	Чоловіча	114 (29,1)	278 (70,9)	0,46 (0,10–5,68, $p = 0,491$ )
Місячний дохід, грн	Менше 2500	64 (36,8)	110 (63,2)	–
	2500–5899	35 (22,3)	116 (76,8)	3,54 (1,24–6,11, $p < 0,001$ )
	5900–9999	27 (22,1)	95 (77,9)	1,90 (1,23–3,50, $p < 0,001$ )
	Більше 10 000	33 (30,3)	76 (69,7)	1,46 (0,45–3,15, $p = 0,089$ )
Працевлаштування	Повна зайнятість	79 (27,4)	209 (72,6)	–
	Не працює	54 (28,4)	136 (73,6)	1,45 (0,89–2,98, $p = 0,087$ )
	Часткова зайнятість	24 (32,4)	50 (67,6)	1,25 (0,48–1,65, $p = 0,612$ )
Освіта	Закінчена середня	50 (40,0)	76 (60,0)	–
	Незакінчена вища	88 (24,7)	268 (75,3)	1,23 (0,56–3,21, $p = 0,213$ )
	Незакінчена середня	20 (28,6)	50 (71,4)	1,59 (0,76–4,14, $p = 0,478$ )
Одружений / заміжня	Ні	103 (29,6)	245 (70,4)	–
	Так	55 (28,4)	149 (71,6)	0,45 (0,78–1,98, $p = 0,780$ )

## Закінчення таблиці 3.12

Вірусна супресія				
Характеристика	Категорії	Так (n, %)	Ні (n, %)	Співвідношення шансів
Забезпеченість житлом	Власне житло	68 (26,9)	185 (73,1)	–
	Живе в друзів / родичів	79 (28,1)	202 (71,9)	0,56 (0,26–1,98, $p = 0,799$ )
	Нестабільне	11 (61,1)	7 (38,9)	0,67 (0,19–3,76, $p = 0,999$ )
Помірна / важка депресія	Ні	58 (23,7)	187 (76,3)	–
	Так	100 (32,6)	207 (67,4)	0,78 (0,15–1,25, $p = 0,098$ )
Зловживання алкоголем	Ні	125 (25,7)	362 (74,3)	–
	Так	32 (49,2)	33 (50,8)	0,34 (0,26–0,89, $p = 0,028$ )
Досвід передозування	Ні	77 (27,9)	199 (72,1)	–
	Так	81 (29,3)	195 (70,7)	1,14 (0,72–1,45, $p = 0,788$ )
Досвід ув'язнення	Ні	100 (30,0)	233 (70,0)	–
	Так	64 (29,2)	155 (70,8)	1,02 (0,54–1,78, $p = 0,899$ )
Адекватне дозування	Не отримує лікування	108 (38,4)	173 (61,6)	–
	1 — недостатнє	6 (75,0)	2 (25,0)	2,32 (0,09–45,23, $p = 0,756$ )
	2	0 (0,0)	12 (100,0)	NA (NA–NA, $p = 0,979$ )
	3	9 (20,9)	34 (79,1)	13,41 (0,91–362,28, $p = 0,078$ )
	4	9 (18,8)	39 (81,2)	9,14 (0,69–56,12, $p = 0,078$ )
	5 — повністю підходить	26 (16,3)	134 (83,7)	12,03 (1,67–15,82, $p = 0,018$ )
Місто проживання	Миколаїв	36 (29,8)	85 (70,2)	–
	Одеса	22 (23,2)	73 (76,8)	1,32 (0,69–3,19, $p = 0,311$ )
	Київ	49 (31,2)	108 (68,8)	1,48 (0,45–2,17, $p = 0,119$ )
	Дніпро	32 (25,6)	93 (74,4)	1,45 (0,23–3,32, $p = 0,154$ )
	Львів	22 (41,5)	31 (58,5)	1,23 (0,43–2,61, $p = 0,722$ )

Факторами, які були пов'язані з вірусною супресією, виявилися:

– перебування в програмі ЗПТ (СШ = 1,34, 95% ІД: 1,09–5,67,  $p = 0,045$ ): для тих ЛВІН, які перебувають в програмі ЗПТ, вища вірогідність мати вірусну супресію;

– старший вік (41–45 років, СШ = 6,89, 95% ІД: 1,45–8,12,  $p < 0,001$ ; старше 45 років, СШ = 4,19, 95% ІД: 1,19–6,78,  $p < 0,001$ ): серед респондентів старше 41 року була вищою вірогідність досягнення невизначеного рівня вірусного навантаження порівняно з більш молодшими респондентами;

– місячний дохід від 2500 до 9999 грн (2500–5899 грн, СШ = 3,54, 95% ІД: 1,24–6,11,  $p < 0,001$ ; 5900–9999 грн, СШ = 1,90, 95% ІД: 1,23–3,50,  $p < 0,001$ ): для респондентів із більш високим рівнем доходу більшою була вірогідність

досягнення невизначеного рівня вірусного навантаження порівняно з респондентами з місячним доходом менш як 2500 грн;

– адекватне дозування (СШ = 12,03, 95% ІД: 1,67–15,82,  $p = 0,018$ ): у респондентів з адекватним дозуванням препарату ЗПТ вірогідність мати вірусну супресію була вищою.

Отже, результати багатовимірною аналізу факторів, які були пов'язані з вірусною супресією, свідчать, що перебування в програмі ЗПТ, вік старше 41 року, місячний дохід від 2500 до 9999 грн та адекватне дозування препарату ЗПТ підвищують шанси мати вірусну супресію (неможливість передавати ВІЛ іншим), тобто доступ до програми ЗПТ є сприятливим фактором щодо досягнення невизначеного рівня вірусного навантаження, а значить, ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Результати аналізу кількісного компонента продемонстрували, що доступ до програми ЗПТ є сприятливим фактором щодо профілактики ВІЛ на всіх етапах каскаду ВІЛ-послуг серед ЛВІН, зокрема, він має такі позитивні наслідки:

- обізнаність щодо власного ВІЛ-статусу;
- офіційна реєстрація в центрі СНІДу (диспансерний облік);
- початок АРТ;
- вірусна супресія (неможливість передавати ВІЛ іншим).

Проте аналіз кількісних даних показав, що є певні прогалини, наприклад, низькій рівень обізнаності щодо програми ЗПТ серед ЛВІН, які не перебувають у програмі, а також підкреслив низку питань, відповіді на які можна було отримати тільки за допомогою якісних методів, а саме напівструктурованих інтерв'ю серед ЛВІН, які на момент збирання даних перебували та не перебували в програмі ЗПТ. Отже, до основного дослідження було додано якісний компонент для з'ясування аспектів, на які не було отримано однозначної відповіді в межах стандартизованого опитування.

**Результати аналізу якісного компонента дослідження.** У межах якісного компонента дослідження було проведено 50 напівструктурованих інтерв'ю з ЛВІН

для роз'яснення результатів кількісного компонента дослідження. Основними аспектами глибинних інтерв'ю були:

- бар'єри та фасилітуючі фактори вступу в програму ЗПТ;
- бар'єри та фасилітуючі фактори тестування на ВІЛ;
- бар'єри та фасилітуючі фактори реєстрації в центрі СНІДу (постановки на диспансерний облік);
- бар'єри та фасилітуючі фактори початку прийому АРТ;
- бар'єри та фасилітуючі фактори формування прихильності до АРТ / досягнення вірусної супресії;
- вплив ЗПТ на ризиковану поведінку;
- вплив ЗПТ та якість життя.

Вибірку респондентів за містами проведення дослідження представлено в таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

**Розподіл респондентів за містами проведення дослідження (N = 50)**

Місто	Код респондента	
	На ЗПТ (n = 25)	Не на ЗПТ (n = 25)
Дніпро	Dp OAT 01	Dp nOAT 01
	Dp OAT 02	Dp nOAT 02
	Dp OAT 03	Dp nOAT 03
	Dp OAT 04	Dp nOAT 04
	Dp OAT 05	Dp nOAT 05
Київ	Kv OAT 01	Kv nOAT 01
	Kv OAT 02	Kv nOAT 02
	Kv OAT 03	Kv nOAT 03
	Kv OAT 04	Kv nOAT 04
	Kv OAT 05	Kv nOAT 05
Львів	Lv OAT 01	Lv nOAT 01
	Lv OAT 02	Lv nOAT 02
	Lv OAT 03	Lv nOAT 03
	Lv OAT 04	Lv nOAT 04
	Lv OAT 05	Lv nOAT 05
Миколаїв	Mk OAT 01	Mk nOAT 01
	Mk OAT 02	Mk nOAT 02
	Mk OAT 03	Mk nOAT 03
	Mk OAT 04	Mk nOAT 04
	Mk OAT 05	Mk nOAT 05
Одеса	Od OAT 01	Od nOAT 01
	Od OAT 02	Od nOAT 02
	Od OAT 03	Od nOAT 03
	Od OAT 04	Od nOAT 04
	Od OAT 05	Od nOAT 05

Отже, у якісному компоненті взяли участь 50 ЛВІН: 25 ЛВІН, які на момент інтерв'ю перебували в програмі ЗПТ (по 5 із кожного міста проведення дослідження), та 25 ЛВІН, які на момент інтерв'ю не перебували в програмі ЗПТ (по 5 із кожного міста проведення дослідження).

**Опис респондентів, які взяли участь у дослідженні.** Після проходження скринінгу на відповідність критеріям участі в дослідженні, надання інформованої згоди та перед початком аудіозапису інтерв'ю всі ЛВІН проходили опитування щодо базових демографічних характеристик та характеристик ризикованої поведінки на платформі «Qualtrix». Опис респондентів представлено в таблиці 3.14.

*Таблиця 3.14*

**Базові демографічні характеристики та характеристики ризикованої поведінки серед ЛВІН, які взяли участь у якісному компоненті дослідження (N = 50)**

Характеристика	Група респондентів	
	На ЗПТ (n = 25)	Не на ЗПТ (n = 25)
Середній вік (розкид)	37 (19–48)	34 (23–60)
Стать		
Чоловіки	20	19
Жінки	5	6
Середній стаж вживання наркотичних речовин (розкид)	16 (5–25)	18 (2–28)
Середня кількість ін'єкцій протягом останніх 30 днів (розкид)	0	32 (4–60)
Користування стерильним інструментарієм для ін'єкцій під час останньої ін'єкції	–	22

Отже, середній вік ЛВІН, які перебували в програмі ЗПТ на момент інтерв'ю, становив 37 років (розкид 19–48), а серед ЛВІН, які на момент інтерв'ю не перебували в програмі ЗПТ, — 34 роки (розкид 23–60). Більшість респондентів були чоловіками: 20 (80,0%) серед ЛВІН, які перебували в програмі ЗПТ на момент інтерв'ю, та 19 (76,0%) серед ЛВІН, які на момент інтерв'ю не перебували в програмі ЗПТ. Середній стаж вживання наркотичних речовин серед респондентів сягав 16 років (розкид 5–25) серед ЛВІН, які перебували в програмі ЗПТ на момент

інтерв'ю, та 18 років (розкид 2–28) серед ЛВІН, які на момент інтерв'ю не перебували в програмі ЗПТ. Середня кількість ін'єкцій за останні 30 днів становила 32 (розкид 4–60) серед ЛВІН, які на момент інтерв'ю не перебували в програмі ЗПТ; 22 (88,0%) з них повідомили, що користувалися стерильним інструментарієм для ін'єкцій під час останньої ін'єкції.

**Результати напівструктурованих інтерв'ю з ЛВІН, які на момент інтерв'ю перебували в програмі ЗПТ.** Майже всі ЛВІН, які на момент інтерв'ю перебували в програмі ЗПТ, зазначили, що почали прийом ЗПТ з таких причин:

1. Покращення якості життя.

*«Ну, я вийшов із тюрми, там, ну, скажімо, встав на програму для того, щоб в мене більше не було контакту із шприцами, з голками, я вже просто втомився від цього. По-перше, щоб вже не мати справу із вуличними наркотиками, щоб більше не мати справу із міліцією, щоб більше не потрапити в тюрму».*

(Dp\_OAT\_05)

*«Я почала ЗПТ 4 роки тому, причина була в тому, що це я пішла від вуличних наркотиків, я майже 12 років вживала, так, я вже так стомилася від цього всього, Ви не уявляєте собі, у мене мала дитина. А тут я дізналася про чудову програму, яка стала для мене... ну... спасінням стала, реально, раніше ніяке лікування мені не допомагало».*

(Od\_OAT\_03)

*«Я коли почав приймати, я людиною себе відчув. Мені спочатку здавалось, що на мене люди по-іншому навіть дивляться».*

(Kv\_OAT\_02)

2. Працевлаштування.

*«Я як тільки почав на руки таблетки отримувати, я одразу пішов на роботу, в таксі зараз. Так вони навіть на мене там косо й не дивилися, не питали нічого — мабуть, я навіть зовнішньо почав краще виглядати».*

(Mk\_OAT\_02)

*«Пішла працювати, прибираю зараз в ЖЕКу. Раніше не могла — у мене зовсім інший розклад життя був».*



(Lv\_OAT\_04)

## 3. Налагодження соціальних зв'язків.

*«ЗПТ — це просто спасітельний круг в моєму житті. Благодаря цьому лікуванню, я зміг повернутися до нормального життя. У мене повна розруха була у житті. Чого я тільки з дому не виніс, батькам стільки горя наробив. А тепер я нормальна людина. З батьками помирився, роботу знайшов, осьо дівушка у мене є. Кстаті, на програмі там і познайомились».*

(Kv\_OAT\_01)

*«Я повернувся до дружини своєї, вона мене прийняла, донька у нас. З хлопцями-друзями знову спілкуємося, нормально все стало».*

(Lv\_OAT\_01)

## 4. Психологічна підтримка на сайтах ЗПТ.

*«Я на програмі вже давно, і вважаю, що вона мені просто життя врятувала. У мене ВІЛ, розумієте, і мені жити не хотілося спершу, але потім дівочки із організації мене дуже підтримали, помогли встати на лікування, і я просто до нормального життя повернулась».*

(Kv\_OAT\_02)

*«Я зі своїм соціальним частіше ніж з мамою спілкуюся. Навіть коли просто настрій поганий, можу йому зателефонувати».*

(Mk\_OAT\_03)

## 5. Позитивний ВІЛ-статус.

*«Мені в мобільній амбулаторії зробили тест на ВІЛ позитивний, так пацани мені одразу сказали, що треба йти в ЗПТ, бо там мені одразу ВІЛ почнуть лікувати — так і вийшло».*

(Dp\_OAT\_02)

*«Після позитивного тесту на ВІЛ мені сімейний лікар сказала встати на ЗПТ».*

(Od\_OAT\_03)

## 6. Соціальний супровід для лікування інших хвороб на сайтах ЗПТ.

*«Ну, дивіться, мене на сайті [ЗПТ] соціки [СП] одразу в оборот взяли. Кажуть, давай, у тебе гепатит, пішли лікувати, відвіз мене на больничку, я вже йвилікував, він весь час зі мною на зв'язку був, й досі так».*

(Dp\_OAT\_04)

*«Мене коли на програму взяли, там виявилося, що у мене ще й туберкульоз, то соцпрацівник мене одразу відвела в тубдиспансер, я там шість місяців в стаціонарі лежав і ЗПТ приймав. Соцпрацівник мені навіть цигарки приносив».*

(Lv\_OAT\_03)

Отже, ЛВІН звертаються до програми ЗПТ для покращення якості життя, працевлаштування, налагодження соціальних зв'язків, через позитивний ВІЛ-статус, заради психологічної підтримки та соціального супроводу для лікування інших хвороб на сайтах ЗПТ. Респонденти підкреслили, що сприймають ЗПТ як засіб профілактики ВІЛ та подолання складних життєвих обставин. Більш того, ЛВІН, які перебувають в програмі ЗПТ, розглядають її не лише як медикаментозне втручання, а як точку доступу до соціальних послуг, таких як соціальний супровід, групи взаємодопомоги тощо. Тобто вони звертаються до програми ЗПТ насамперед не за препаратами, а за соціальною підтримкою.

Щодо тестування на ВІЛ усі респонденти, які на момент інтерв'ю перебували в програмі ЗПТ, зазначили, що їх тестують на ВІЛ у разі вступу в програму ЗПТ, а також кожні 6 місяців під час перебування в програмі. Відмовитися від регулярного тестування не можна, адже це обов'язкова умова вступу в програму ЗПТ.

*«Ні, ну смотрите, якщо не протестуватися, то тебе просто в програму не візьмуть. Там мене навіть на сифіліс одразу протестували».*

(Od\_OAT\_02)

*«Так а як? Тут всіх тестують. Я спочатку всі тести пройшла, і зараз постійно проходжу часто. Тут навіть не питають, приходиш за лікуванням, а тобі кажуть, що сьогодні тестуємося, і все. А хіба я буду сперечатися? Тестуємося, то тестуємося. Я знаю, що тепер у мене все ОК».*

(Mk\_OAT\_03)

Варто зазначити, що всі ЛВІН, які на момент інтерв'ю перебували в програмі ЗПТ, стояли на диспансерному обліку в центрі СНІДу. Основними причинами було вказано наявність соціального супроводу на сайті ЗПТ та доступ до безкоштовного лікування саме після постановки на диспансерний облік.

*«Так а якщо ти позитивний, то там без варіантів — тебе одразу в центр поведуть. Там типу треба обов'язково йти в центр СНІДу і лікуватися».*

(Kv\_OAT\_03)

*«Я дізнався свій статус поchtі випадково, в організацію яkось прийшов, і мені там запропонували пройти тест, такий, що з пальця, бистрий. Ну, результат був поганий, аж похололо все всередині. Але мене дуже підтримала медсестра, все розказала про лікування і я таки пішов в той центр. І щас дуже радий, бо краще себе почуваю, і головне, знаю, що з таким лікуванням точно ще можу довго жити».*

(Od\_OAT\_04)

Лише один респондент, який на момент інтерв'ю перебував в програмі ЗПТ, повідомив, що не приймав АРТ через побічні дії препаратів.

*«У мене там цей, ефавіренц був. А він, знаєте, такий... ну, навіть думки з життя піти. Жовчний дуже болів, думаю, із-за нього. Короче, кинув я, просто не пішов знову до лікаря і все. На сайті нікому не кажу».*

(Kv\_OAT\_04)

Решта респондентів приймали АРТ. Серед основних причин початку прийому АРТ було вказано такі:

1. Налагодження власного життя.

*«У мене якийсь порядок в житті з'явився. Я поки таблетки вранці не вип'ю, навіть зуби не почищу. Тепер не боюся з дівчатами гуляти, вже дівчина півроку постійна, вона знає про все, підтримує».*

(Kv\_OAT\_01)

*«Я як почав пити ці таблетки, одразу до матері прийшов, сказав, все я тепер собою займаюся. Налагодили з нею відношення».*

(Lv\_OAT\_03)

2. Покращення стану здоров'я та самопочуття.

*«Я вже багато років отримую цю терапію. І Ви знаєте, що? Я всім бажаю її не боятися. Головне, що ти просто п'єш таблетки, і живеш нормальним звичайним життям як усі».*

(Dp \_OAT\_02)

*«У мене все норм із здоров'ям стало, навіть рум'янець є, синяки під очами пропали, на роботі кажуть, що я змінився. Нормально все стало».*

(Kv \_OAT\_04)

3. Доступ до лікування інших станів.

*«Я лікарю навіть про свої жіночі проблеми розповіла, вона відвела мене до гінеколога, я там безкоштовно пролікувалася. Тому це не тільки про СНІД, в програмі і з іншим допоможуть».*

(Mk \_OAT\_03)

*«Там же ж виявилось, що в мене ще й гепатит. Отой, який більш серйозний, Ц. там мене відвели в безкоштовну програму, я вже пролікувався, здоровий вже».*

(Kv \_OAT\_02)

Усі респонденти із цієї групи знали своє вірусне навантаження, у всіх, крім одного, була досягнена вірусна супресія.

*«Так а там тебе все одно протестують, коли за терапією прийдеш. Звичайно, знаю. Там типу у мене все норм, не видно віруса».*

(Mk \_OAT\_02)

*«У мене ж це навіть на медичній картці написано».*

(Kv \_OAT\_05)

Респондент із визначеним рівнем вірусного навантаження зазначив, що на момент інтерв'ю приймав АРТ менш як 5 місяців.

*«Врач каже, що я ще новенький, ще мало на терапії, але динаміка по аналізах хороша. Чесно кажучи, я не дуже в цьому розбираюся».*

(Dp \_OAT\_05)

Серед факторів, які сприяють прихильності до АРТ, більшість респондентів зазначили:

1. Покращення стану здоров'я.

*«А мені ось ця терапія взагалі дуже допомогла зайнятися власним здоров'ям.*

*Спочатку було якось лячно, що все це не має сенсу, а потім, коли мені стало легше, я повірила, що головне — це зайнятися власним здоров'ям, а не ігнорувати болячки».*

(Od\_OAT\_04)

2. Відчуття «нормальності».

*«Я тепер як звичайна людина, просто ранками таблетки п'ю, навіть вагу трохи набрав».*

(Od\_OAT\_01)

*«Так а що? Випив таблетки і пішов жити своє життя. Іноді навіть забуваю, що я щось приймаю, ніхто із моїх не знає».*

(Kv\_OAT\_02)

Бар'єрів щодо прихильності до АРТ ЛВІН, які на момент інтерв'ю перебували в програмі ЗПТ, не вказали.

На запитання про вплив ЗПТ на ризиковану поведінку щодо інфікування ВІЛ усі респонденти зазначили, що перестали вживати ін'єкційні наркотики.

*«Ну, я можу траву покурити. Пива випити. Колотися — ні, не тягне, навіть думати про це не можу й не хочу».*

(Kv\_OAT\_04)

*«Ні, я ж в ЗПТ пішов саме тому, щоб кинути це вже, інакше навіть це все? Нічого більше взагалі не вживаю, навіть пити кинув».*

(Mk\_OAT\_03)

Більшість респондентів зазначили, що регулярно користуються презервативом при статевих контактах та/або мають постійного статевого партнера.

*«Скажу Вам чесно, я користуюся послугами дівочек. У мене обцага навпроти, там за 500 гривень можна на час зняти. Але я тільки з презервативом... презервативи прямо на сайті [ЗПТ] мені соціальний безкоштовно видає. Я й для паціанів своїх беру».*

(Dp\_OAT\_03)

*«Ну, слухайте... у мене ж жєна. Я тільки з нею. Так, без презерватива, але у мене ж тільки вона, і я у неї один, ми одинадцять років разом».*

(Lv\_OAT\_04)

Також респонденти зазначили, що вступ в програму ЗПТ позитивно впливає на загальну свідомість та спосіб життя.

*«Дивіться, я, коли коловся, які в мене потреби були? Прокинувся, одразу дозу пробивати, декілька годин могло уйти. Так вже й півдня пройшло. А зараз що? У мене багато часу вільного, я навіть нещодавно книгу прочитав [сміх], стільки грошей економиться, квіти дівчині купую, кіно там...»*

(Dp\_OAT\_01)

*«Я відмовилася від усіх колишніх зв'язків. Я зараз пішла на курси парикмахерів, хочу здобути професію, мені подобається».*

(Dp\_OAT\_04)

*«Та Ви шо? Я тепер тотально інша людина. Від наркомана до спортсмена, можна сказати [сміх], в спортзал тепер ходжу. Я серйозно! Тільки вони видають, то я із довгими рукавами».*

(Mk\_OAT\_05)

**Результати напівструктурованих інтерв'ю з ЛВІН, які на момент інтерв'ю не перебували в програмі ЗПТ.** Майже всі ЛВІН, які на момент інтерв'ю не перебували в програмі ЗПТ, зазначили, що не починають прийом ЗПТ з таких причин:

1. Поширені міфи щодо ЗПТ.

*«О, Ви знаєте, про таку програму я чув, але навіть намагатися не буду, мені здається, це якісь експерименти вони там проводять. Ну хіба може у нас бути щось таке безкоштовне?»*

(Dp\_nOAT\_03)

*«Та це ж ті самі наркотики, тільки в лікарні. Я поки що можу сам купити собі».*  
(Kv\_nOAT\_02)

2. Страх розголошення факту прийому наркотичних речовин.

*«Та якщо на роботі дізнаються, що я щось приймаю, не буде у мене ніякої роботи. Я краще сам вдома тихенько».*  
(Lv\_nOAT\_03)

*«Так, я чула від знайомих про таке лікування, навіть думала спробувати, але я боюся. Це ж треба кудись в наркологію йти, а у нас містечко маленьке, сто відсотків, що всі дізнаються, що я там на обліку стою. Тому ні».*  
(Od\_nOAT\_05)

3. Недовіра програмі ЗПТ загалом.

*«Ой, сьогодні цей метадон є, а завтра ні. Хто мені гарантує? Держава? Я не вірю в безплатний сир».*  
(Kv\_nOAT\_04)

*«Я Вас прошу, а смисл? Все одно це наркотик, а ти все одно наркоман на все життя».*  
(Mk\_nOAT\_02)

Респонденти, які на момент інтерв'ю не перебували в програмі ЗПТ, зазначили, що не тестуються на ВІЛ з таких причин:

1. Не бажають знати свій ВІЛ-статус.

*«Ну дізнаюсь я про свій ВІЛ, а далі що? В вікно? Ні, дякую, я краще так поживу».*  
(Kv\_nOAT\_02)

*«Ні, навіть знати про це не хочу. Що від цього зміниться? Тільки шарахатися від мене будуть. Ні».*  
(Mk\_nOAT\_03)

2. Впевнені, що такої хвороби не існує.

*«А є люди, які кажуть, що такої хвороби взагалі не існує, я багато відео дивився, то кому мені вірити?»*  
(Lv\_nOAT\_05)

*«Я Вас прошу, це все фармбізнес, й все! На нас тупо вирішили грошей заробити цими таблетками, Ви самі в це вірите?»*

(Mk\_nOAT\_05)

3. Необізнані щодо подальших дій у разі позитивного результату тесту.

*«Ну, виявиться ВІЛ, далі що? Куди йти, кому казати? Так мені спати простіше, я кажу я Вам відверто».*

(Kv\_nOAT\_02)

4. Бояться реакції родини та близького оточення в разі позитивного результату тесту.

*«Мені легше, що я не знаю свій статус, мені дуже страшно навіть подумати, а як рідним потім в очі дивитись?»*

(Kv\_nOAT\_01)

*«А якщо позитивний? Що казати дружині? Ні, краще так, як є».*

(Lv\_nOAT\_01)

Ті респонденти, які знали свій ВІЛ-статус, вказали, що тестувалися тому що:

1. Є лікування (АРТ) у разі позитивного результату тесту.

*«Мені при тестуванні сказали, що, навіть якщо позитивний, є терапія, не помру».*

(Kv\_nOAT\_01)

*«Так мені пацани казали, що йдеш в центр [СНІДу], там безкоштовно таблетки дадуть».*

(Dp\_nOAT\_04)

2. Є шанс налагодити життя після тестування.

*«У мене все в душі заспокоїлося, що можна далі жити, що можна потім знову протестуватися, подругам також порадила пройти».*

(Kv\_nOAT\_04)

*«Я ніби й знав, що у мене все ОК, але після тестування спокійніше став».*

(Lv\_nOAT\_03)

3. Покращаються стосунки в родині.



*«Ну, скажімо так, у мене є ліві зв'язки, я навіть із дружиною іноді боявся. А після тестування все покращилося, я заспокоївся, вона перестала біситися на мене».*

*(Od\_nOAT\_02)*

Респонденти, які жили з ВІЛ та стояли на диспансерному обліку в центрі СНІДу, вказали, що дійшли до центру СНІДу тільки для того, щоб отримати доступ до лікування.

*«Так а якщо ти не встанеш на облік, ліки не отримаєш, так мені пояснили».*

*(Kv\_nOAT\_04)*

Респонденти, які жили з ВІЛ та не стояли на диспансерному обліку в центрі СНІДу, вказали, що не хотіли офіційної реєстрації з таких причин:

1. Небажання бути поміченими в центрі СНІДу.

*«А якщо мене хтось знайомий там побачить? Та вони ж розбирайся не будуть — раз там шастаєш, то хворий, давай пока».*

*(Kv\_nOAT\_01)*

*«А що як мене там помітять? У нас в місті ці місця всі знають та обходять стороною».*

*(Lv\_nOAT\_03)*

2. Стигма та дискримінація з боку суспільства.

*«А як на мене потім будуть всі дивитися? Сусіди, наприклад?»*

*(Dp\_nOAT\_04)*

3. Стигма та дискримінація щодо ВІЛ-позитивного статусу.

*«Ой, нет, як уявлю собі, що це в цей центр, де СНІД, треба йти, то сразу вся охота відпадає. А ще як хтось побачить, то всьо, клеймо, шо я спідозний».*

*(Kv\_nOAT\_02)*

Респонденти, які приймали АРТ, повідомили, що початку прийому АРТ сприяли бажання налагодити власне життя та безкоштовність лікування.

*«Мені хотілося якось цей безлад із життя прибрати, а коли ти в медичній системі, мене заспокоюють, що мною займаються, що все не так погано».*

*(Lv\_nOAT\_04)*

*«Так це ж безкоштовне, чому б не приймати? Прихожу раз в місяць за ліками і все, за аналізи також не плачу».*

*(Kv\_nOAT\_05)*

Серед бар'єрів початку прийому АРТ були зазначені:

1. Недовіра до терапії.

*«Кажуть, що це вже позиттєве лікування. Я так не зможу, чесно. Я все одно буду забувати приймати постійно ці таблетки. Навіщо тоді починати взагалі?»*

*(Dp\_nOAT\_03)*

*«Та це все американці вигадали».*

*(Kv\_nOAT\_02)*

2. Негативний досвід інших.

*«Знаєте, багато у мене друзів від цього ВІЛ померло, а вони на обліку стояли, щось там собі приймали, сенс?»*

*(Od\_nOAT\_01)*

Щодо прихильності до АРТ троє серед опитаних респондентів зазначили, що припинили прийом ЗПТ з таких причин:

1. Побічні дії препаратів ЗПТ (1).

*«Мені спалося плохо, кошмари, віртився, похудав, не хотів більше такого, краще без них».*

*(Lv\_nOAT\_01)*

2. Забудькуватість через безладний спосіб життя (1).

*«Спочатку було важко, хотілося кинути постійно, то погано, то забувала».*

*(Mk\_nOAT\_02)*

3. Страх, що дізнаються близькі (1).

*«Не хочу я якось розповідати рідним поки що, за предків хвилююся, вони сердечники. Боюся, що побачать таблетки, все зрозуміють, не хочу».*

*(Dp\_nOAT\_04)*

Більшість респондентів у цій групі не знали свого рівня вірусного навантаження, проте зазначили, що продовжують регулярно приймати АРТ з огляду на покращення загального стану здоров'я та самопочуття.

*«Мені лікар каже, що все добре, підійшло лікування, я не питаю більше нічого».*

*(Lv\_nOAT\_05)*

*«Я почуваюся здоровою людиною не дивлячись на ВІЛ. Ви знаєте що? Друзі кажуть, що я навіть почав краще виглядати, більш здоровим! А ті, хто не в курсі моєх проблеми, той ніколи не здогадається, тому що виглядаю нормальною людиною зовні, як всі».*

*(Dp\_nOAT\_04)*

Отже, основними факторами, які сприяють вступу ЛВІН у програму ЗПТ, були покращення якості життя, можливість працевлаштування, налагодження соціальних зв'язків, ВІЛ-позитивний статус, обізнаність про наявність лікування (АРТ) у разі позитивного результату тесту, соціальна та психологічна підтримка на сайтах ЗПТ та соціальний супровід для лікування інших хвороб на сайтах ЗПТ. Серед основних бар'єрів щодо початку ЗПТ були названі поширені міфи щодо ЗПТ, страх розголошення факту прийому наркотичних речовин, недовіра програмі ЗПТ загалом.

Щодо тестування на ВІЛ ЛВІН зазначили, що тестуються на ВІЛ насамперед тому, що це є обов'язковою умовою вступу в програму ЗПТ, а також у межах регулярного медичного нагляду під час перебування в програмі. А ЛВІН, які не перебувають у програмі ЗПТ, не тестуються через небажання знати свій ВІЛ-статус, впевненість, що такої хвороби не існує, необізнаність щодо подальших дій у разі позитивного результату тесту та страх стосовно реакції родини та близького оточення в разі позитивного результату тесту.

Варто зазначити, що всі ЛВІН, які на момент інтерв'ю перебували в програмі ЗПТ, стояли на диспансерному обліку в центрі СНІДу. Основними причинами було вказано наявність соціального супроводу на сайті ЗПТ та доступ до безкоштовного лікування саме після постановки на диспансерний облік, ще зазначалися налагодження життя після тестування та покращення стосунків у родині. Серед причин, через які ЛВІН не бажають ставати на диспансерний облік, — небажання бути поміченими в центрі СНІДу та стигма й дискримінація з боку суспільства.

Початку прийому АРТ сприяли бажання налагодити власне життя та безкоштовність лікування, а не сприяли побічні дії препаратів, недовіра до терапії загалом та негативний досвід інших.

Основними бар'єрами прихильності до АРТ / досягнення вірусної супресії були забудькуватість через безладний спосіб життя та страх, що дізнаються близькі.

Отже, результати якісного компонента дослідження показали, що доступ до програми ЗПТ позитивно сприяє тестуванню на ВІЛ, постановці на диспансерний облік, початку прийому АРТ та формуванню прихильності до лікування, тобто сприяє третинній профілактиці ВІЛ серед людей, які споживають наркотики ін'єкційно, на всіх етапах каскаду ВІЛ-послуг в Україні, а також допомагає інтегруватися в суспільство, покращити якість життя та налагодити сімейні й соціальні стосунки.

### **Висновки до розділу 3**

Для розуміння ролі доступу до ЗПТ серед ЛВІН у соціальній профілактиці ВІЛ у межах цього дослідження було проведено аналіз кількісних та якісних даних, отриманих під час дослідження соціальної профілактики ВІЛ засобами ЗПТ серед ЛВІН в Україні.

Було проведено збирання кількісних даних серед ЛВІН, які на момент проведення дослідження перебували в програмі ЗПТ, та ЛВІН, які на момент проведення дослідження не перебували в програмі ЗПТ. Структурований опитувальник містив базові соціально-демографічні характеристики, характеристики, пов'язані із вживанням ПАР, клінічні характеристики, пов'язані з ВІЛ, а також стандартизовані шкали щодо зловживання алкоголем, практик ризикованої ін'єкційної та сексуальної поведінки, депресії та кримінальної активності.

Респонденти для участі в дослідженні були рекрутовані в п'яти великих містах України (Дніпро, Київ, Львів, Миколаїв, Одеса) із застосуванням принципу RDS (respondent-driven sample), тобто вибірка дослідження формувалася самими

респондентами. Загалом у дослідженні взяли участь 2015 ЛВІН (738 ЛВІН, які на момент збирання даних перебували в програмі ЗПТ, та 1277 ЛВІН, які на момент проведення дослідження не перебували в програмі ЗПТ).

Для всіх змінних було проведено одновимірний, двовимірний, а після, за їхніми результатами, багатовимірний аналіз. Залежними змінними стали показники каскаду ВІЛ-послуг: обізнаність щодо власного ВІЛ-статусу, реєстрація в центрі СНІДу, початок прийому АРТ та досягнення вірусної супресії, тобто неможливості передавати ВІЛ іншим. Основною незалежною змінною виступало перебування в програмі ЗПТ. У багатовимірному аналізі було використано змінні, які виявилися статистично значущими в результаті двомірного аналізу. Також було побудовано каскад ВІЛ-послуг для порівняння показників каскаду серед ЛВІН, які на момент проведення дослідження перебували в програмі ЗПТ, та ЛВІН, які на момент проведення дослідження не перебували в програмі ЗПТ.

Результати багатовимірної аналізу факторів, пов'язаних із позитивним результатом тестування на ВІЛ, показали, що непереходження в програмі ЗПТ, вік старше 41 року та адекватне дозування препарату ЗПТ підвищують шанси мати позитивний результат тестування на ВІЛ, тобто доступ до програми ЗПТ є ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Результати багатовимірної аналізу факторів, пов'язаних з офіційною реєстрацією в центрі СНІДу, свідчать, що перебування в програмі ЗПТ, вік старше 41 року, місячний дохід від 2500 до 9999 грн, відсутність працевлаштування та середній рівень задоволеності дозуванням препарату ЗПТ підвищують шанси ВІЛ-інфікованих осіб стояти на диспансерному обліку (бути зареєстрованим у центрі СНІДу та мати доступ до безкоштовного лікування ВІЛ), тобто доступ до програми ЗПТ є сприятливим фактором щодо офіційної реєстрації в центрі СНІДу, а значить, ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Результати багатовимірної аналізу факторів, пов'язаних із призначенням АРТ, свідчать, що перебування в програмі ЗПТ, вік старше 41 року, місячний дохід від 2500 до 9999 грн та адекватне дозування препарату ЗПТ підвищують шанси отримувати АРТ, а згодом і вірусного пригнічення, тобто доступ до програми ЗПТ

є сприятливим фактором щодо доступу до лікування ВІЛ, а значить, ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Результати багатовимірною аналізу факторів, пов'язаних із вірусною супресією, свідчать, що перебування в програмі ЗПТ, вік старше 41 року, місячний дохід від 2500 до 9999 грн та адекватне дозування препарату ЗПТ підвищують шанси мати вірусну супресію (неможливість передавати ВІЛ іншим), тобто доступ до програми ЗПТ є сприятливим фактором щодо досягнення невизначеного рівня вірусного навантаження, а значить, ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Загалом за результатами аналізу показники каскаду ВІЛ-послуг виявилися значно кращими та статистично значущими на всіх етапах каскаду серед тих ЛВІН, які на момент збирання даних перебували в програмі ЗПТ, порівняно з тими, які не перебували в програмі, що свідчить про те, що перебування в програмі ЗПТ є ефективним засобом третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН від обізнаності щодо власного ВІЛ-статусу до досягнення невизначеного рівня вірусного навантаження, тобто неможливості передачі ВІЛ іншим.

За результатами аналізу кількісних даних було взято 50 напівструктурованих інтерв'ю з ЛВІН в п'яти містах проведення кількісного компонента дослідження: у 25 ЛВІН, які на момент інтерв'ю перебували в програмі ЗПТ, та у 25 ЛВІН, які на момент інтерв'ю не перебували в програмі ЗПТ (по 10 із кожного міста проведення дослідження). Основними аспектами напівструктурованих інтерв'ю були бар'єри та фасилітуючі фактори вступу в програму ЗПТ; бар'єри та фасилітуючі фактори тестування на ВІЛ; бар'єри та фасилітуючі фактори реєстрації в центрі СНІДу (постановки на диспансерний облік); бар'єри та фасилітуючі фактори початку прийому АРТ; бар'єри та фасилітуючі фактори формування прихильності до АРТ / досягнення вірусної супресії; вплив ЗПТ на ризиковану поведінку; ЗПТ та якість життя.

Основними факторами, які сприяють вступу ЛВІН у програму ЗПТ, виявилися: покращення якості життя, можливість працевлаштування, налагодження соціальних зв'язків, ВІЛ-позитивний статус, обізнаність про

наявність лікування (АРТ) у разі позитивного результату тесту, соціальна та психологічна підтримка на сайтах ЗПТ та соціальний супровід для лікування інших хвороб на сайтах ЗПТ. Серед основних бар'єрів щодо початку ЗПТ було названо поширені міфи щодо ЗПТ, страх розголошення факту прийому наркотичних речовин, недовіра програмі ЗПТ загалом.

Варто зазначити, що всі ЛВІН, які на момент інтерв'ю перебували в програмі ЗПТ, стояли на диспансерному обліку в центрі СНІДу. Основними причинами було вказано наявність соціального супроводу на сайті ЗПТ та доступ до безкоштовного лікування саме після постановки на диспансерний облік, ще зазначалися налагодження життя після тестування та покращення стосунків у родині.

Отже, результати якісного компонента дослідження показали, що доступ до програми ЗПТ позитивно сприяє тестуванню на ВІЛ, постановці на диспансерний облік, початку прийому АРТ та формуванню прихильності до лікування, тобто сприяє третинній профілактиці ВІЛ серед людей, які споживають наркотики ін'єкційно, на всіх етапах каскаду ВІЛ-послуг в Україні, а також допомагає інтегруватися в суспільство, покращити якість життя та налагодити сімейні й соціальні стосунки.

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Відповідно до завдань дисертаційного дослідження було зроблено наступні висновки.

1. В роботі був проведений аналіз науково-методичних джерел з питань епідеміології ВІЛ-інфекції та історії розвитку епідемії ВІЛ в світі та в Україні, особливостей ЛВІН як ключової групи інфікування ВІЛ та соціально вразливої групи, концептуальних засад профілактики ВІЛ-інфекції серед ключових груп. Аналіз підтвердив, що протягом історії епідемії ВІЛ-інфекції ЛВІН відігравали ключову роль в її розвитку і наразі є соціальною групою, що має високий ризик інфікування ВІЛ. Чинниками ризику інфікування ВІЛ ЛВІН є: вживання наркотичних та психотропних засобів ін'єкційним способом з використанням спільних шприців, голочок для ін'єкцій та психо-активних речовин; статеві стосунки з більш ніж одним партнером без використання засобів захисту, в тому числі випадки з винагородою; необізнаність ЛВІН щодо доступу до профілактики, тестування та лікування ВІЛ; розповсюджені серед ЛВІН міфи про ВІЛ-інфекцію; стигматизація ЛВІН осіб із позитивним ВІЛ-статусом з боку суспільства, соціальне виключення ЛВІН та ЛЖВ, труднощі відносин, економічні проблеми, що призводять до надання сексуальних послуг за винагороду та інфікування ВІЛ статевим шляхом.

Не дивлячись на те, що к 2009 року рівень захворюваності на ВІЛ в усьому світі знизився на 19%, показники в країнах Східної Європи та Центральній Азії (СЄЦА) зросли на 25%, в першу чергу серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики. Україна посідає перше місце в Європі щодо поширеності ВІЛ. Регіонально на Україну припадає близько 70% всіх нових випадків ВІЛ-інфекції.

Загалом в 2022 році в Україні серед приблизно 320 000 ЛВІН поширеність ВІЛ коливалася від 21,3 до 41,8%, і хоча є докази того, що епідемія ВІЛ переходить у загальну епідемію, нестабільна та зростаюча епідемія ВІЛ в Україні все ще підживлюється ін'єкційним споживанням наркотиків, насамперед опіоїдів, а на



споживання опіоїдів припадала майже 70% усіх кумулятивних і 56% нових ВІЛ-інфекцій.

2. Аналіз теоретичних засад соціальної профілактики дозволив уточнити визначення соціальної профілактики ВІЛ як комплекс заходів, спрямованих на запобігання передачі ВІЛ, зниження його розповсюдження та мінімізацію соціальних та медичних наслідків для осіб, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). Відповідно соціальну профілактику ВІЛ серед ЛВІН можна визначити як комплекс заходів, спрямованих на попередження, обмеження та зупинення передачі ВІЛ парентеральним та статевим шляхами між представниками цієї групи та між ними та іншими людьми, що реалізується за допомогою надання ЛВІН соціальних та медичних послуг і застосування інструментів соціального супроводу. Результати проведеного аналізу продемонстрували, що як в світі, так і в Україні розроблені та імплементуються програми профілактики ВІЛ серед ЛВІН, що включають в себе розповсюдження стерильного інструментарію для ін'єкцій, організацію кімнат для безпечних ін'єкцій, розповсюдження презервативів, надання безкоштовного швидкого тестування на ВІЛ, активну аутріч-роботу із представниками ЛВІН для залучення в програми зменшення шкоди щодо інфікування ВІЛ та програм замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), а також мотиваційну роботу щодо тестування на ВІЛ та початку прийому антиретровірусної терапії (АРТ). Названі програми доступні в Україні із кінця 1990х-початку 2000 років, кумулятивний ефект їх впровадження призвів до поліпшення епідеміологічних показників ВІЛ-інфекції в групі ЛВІН. ЗПТ є одним із найпоширеніших засобів профілактики ВІЛ серед ЛВІН, потенціал якого щодо лікування наркотичної залежності та профілактики ВІЛ має підтверджений міжнародними дослідженнями, що дозволило активно її впроваджувати в Україні.

3. Аналіз світового та вітчизняного досвіду застосування ЗПТ з метою профілактики ВІЛ дозволив розкрити її зміст та профілактичні можливості. Соціальну профілактику ВІЛ засобами ЗПТ було визначено як профілактичну (соціальну) послугу або профілактичне втручання для ЛВІН, комплекс заходів, спрямованих на попередження, обмеження та зупинення передачі ВІЛ у цій

ключовій групі шляхом мотивації її представників вступати в програму ЗПТ, утримуватися в програмі ЗПТ, відмовлятися від ризикованої поведінки та надання їм допомоги в подоланні проблем і складних життєвих обставин. Принцип роботи ЗПТ – надання спеціальних препаратів представникам ЛВІН, які блокують відповідні рецептори в головному мозоку ЛВІН та попереджають тягу до наркотичної речовини. Людина, яка належним чином приймає ЗПТ, перестає вживати наркотики ін'єкційно, тобто припиняє практику ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ. В ході проведення дисертаційного дослідження було виявлено, що окрім медикаментозного лікування важливу роль в наданні послуги ЗПТ для ЛВІН та їхньому ефекті відіграє соціальний супровід. Соціальний супровід розглядається як форма координації соціальної роботи та здійснюється членами МДК, в основний склад якої входять лікар, медична сестра та соціальний працівник. Соціальний супровід пацієнтів, які отримують ЗПТ, спрямований на: зменшення частоти або повну відмову від вживання «вуличних» наркотиків; вирішення проблем, які виникли внаслідок зловживання наркотичними речовинами (юридичні, соціальні, сімейні та інші); зменшення рівня ризикованої поведінки, зокрема, ризику інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами та іншими інфекціями, які передаються через кров та статевим шляхом; зменшення вірогідності повернення до зловживання нелегальними наркотиками в майбутньому (тобто рецидиву); зменшення кримінальної активності; стабілізацію емоційного та психологічного стану пацієнта; формування прихильності до лікування у зв'язку із соматичними захворюваннями. Отже, ЗПТ є комплексною послугою, що має ознаки медичної та соціальної, інтегрує засоби медикаментозного лікування та соціальної роботи з метою лікування наркозалежності, соціальної реабілітації ЛВІН та соціальної профілактики ВІЛ-інфекції. В контексті останньої ЗПТ може розглядатися саме як соціальна профілактична послуга, яка виконує завдання вторинної (запобігання інфікуванню ЛВІН) та третинної (запобігання інфікуванню партнерів ЛВІН та мінімізацію соціальних та медичних наслідків для ЛВІН, які живуть з ВІЛ).

Результати досліджень демонструють, що представники ЛВІН, які починають приймати ЗПТ, перестають приймати нелегальні психоактивні

речовини (ПАР), починають дбати про стан власного здоров'я та ресоціалізуються у суспільстві – працевлаштовуються, налагоджують приватне життя та взаємовідносини із близькими, зменшується рівень кримінальної активності, у них формується соціальна відповідальність, спостерігається зменшення рівню стигматизації та практик ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ. Не дивлячись на те, що в світі ЗПТ доступна із середини ХХ сторіччя, в Україні вона з'явилася в рамках пілотної програми в 2004 році, а на національному рівні – в 2008 році. Наразі програмою ЗПТ в Україні охоплено близько 7% від оціночної кількості ЛВІН, в той час як Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) рекомендує охоплення ЗПТ не менше 20% ЛВІН для ефективної профілактики ВІЛ серед цієї ключової групи.

4. Було визначено наступні умови ефективності соціальної профілактики ВІЛ засобами ЗПТ: перебування споживача ін'єкційних наркотиків у програмі ЗПТ понад 6 місяців; правильність призначеної дози препарату ЗПТ; безперервне й тривале лікування (відсутність обмежень щодо строку лікування, включно з можливістю довічного лікування з огляду на розуміння залежності не як гострого стану, а як хронічної хвороби); доступність лікування у зв'язку з коморбідними станами (зв'язки зі службами ВІЛ, туберкульоз, інтеграція послуг тощо); поєднання фармакологічного лікування із заходами соціального супроводу, тобто спланованого процесу відносин між пацієнтом та фахівцем із супроводу (соціальним працівником або кейс-менеджером), який допомагає пацієнту розібратися в ситуації, що склалася, а також визначити пріоритетні для нього проблеми та доступні шляхи їх розв'язання. Соціальний супровід ЛВІН-отримувача ЗПТ є формою соціальної роботи з ним і як умова ефективності ЗПТ може передбачати навчання способів зменшення ризику інфікування ВІЛ, інформування та консультування з медичних та правових питань, з розв'язання проблем та подолання складних життєвих обставин, мотиваційні бесіди, залучення до груп самопомоги та групових форм навчання навичок подолання проблем, представництво отримувача в міждисциплінарній команді та посередництво між ним і медичним персоналом, переадресацію отримувача до інших установ-

надавачів соціальних послуг та послуг профілактики за моделлю зменшення шкоди.

В якості критеріїв ефективності соціальної профілактики ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії відповідно до підходу, що застосовується ООН, може бути використано відповідність результатів впровадження програми показникам каскаду ВІЛ-послуг ЮНЕЙДС 95-95-95, а саме: (1) рівень обізнаності ЛВІН щодо власного ВІЛ-статусу; (2) частка ЛВІН, які стояли на диспансерному обліку в центрі СНІДу; (3) частка ЛВІН, які отримували АРТ для лікування ВІЛ-інфекції та (4) частка ЛВІН, які досягли невизначеного рівня вірусного навантаження, тобто неспроможні передавати ВІЛ іншим.

5. З метою експериментальної перевірки умов ефективності соціальної профілактики ВІЛ засобами ЗПТ в рамках даного дослідження було зібрано та проведено аналіз кількісних та якісних даних, отриманих в рамках дослідження щодо соціальної профілактики ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні. Було проведено збір кількісних даних серед ЛВІН, які на момент проведення дослідження перебували в програмі ЗПТ (n=738), та ЛВІН, які на момент проведення дослідження не перебували в програмі ЗПТ (n=1277). Структурований опитувальник містив собі базові соціально-демографічні характеристики, характеристики, пов'язані із вживанням психо-активних речовин, клінічні характеристики, пов'язані із ВІЛ, а також стандартизовані шкали щодо зловживання алкоголю, практик ризикованої ін'єкційної та сексуальної поведінки, депресії та кримінальної активності. Респонденти для участі у дослідженні були рекрутовані в п'яти великих містах України (Дніпро, Київ, Львів, Миколаїв, Одеса) із застосуванням принципу RDS (respondent-driven sample), тобто вибірка дослідження формувалася самими респондентами.

Для всіх змінних було проведено одновимірний, двовимірний, а після, за їх результатами – багатовимірний аналіз. Залежними змінними стали показники каскаду ВІЛ-послуг: обізнаність щодо власного ВІЛ-статусу, реєстрація в центрі СНІДу, початок прийому антиретровірусної терапії (АРТ) та досягнення вірусної

супресії, тобто неможливості передавати ВІЛ іншим. В якості основної незалежної змінної виступало перебування в програмі ЗПТ. В багатовимірному аналізі були використані змінні, які виявилися статистично значущими в результаті двомірного аналізу. Також було побудовано каскад ВІЛ-послуг для порівняння показників каскаду серед ЛВІН, які на момент проведення дослідження перебували в програмі ЗПТ, та ЛВІН, які на момент проведення дослідження не перебували в програмі ЗПТ.

Результати багатовимірної аналізу факторів, пов'язаних із позитивним результатом тестування на ВІЛ, показали, що непереходження в програмі ЗПТ, вік старше 41 року та адекватне дозування препарату ЗПТ підвищують шанси мати позитивний результат тестування на ВІЛ, тобто доступ до програми ЗПТ є ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Результати багатовимірної аналізу факторів, які були пов'язані із офіційною реєстрацією в центрі СНІДу, свідчать, що перебування в програмі ЗПТ, вік старше 41 року, місячний дохід від 2500 до 9999 грн, відсутність працевлаштування та середній рівень задоволеності дозуванням препарату ЗПТ підвищують шанси стояти на диспансерному обліку ВІЛ-інфікованих осіб (бути зареєстрованим в центрі СНІДу та мати доступ до безкоштовного лікування ВІЛ), тобто доступ до програми ЗПТ є сприятливим фактором щодо офіційної реєстрації в центрі СНІДу, тобто ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Результати багатовимірної аналізу факторів, які були пов'язані із призначенням АРТ, свідчать, що перебування в програмі ЗПТ, вік старше 41 року, місячний дохід від 2500 до 9999 грн та адекватне дозування препарату ЗПТ підвищують шанси отримувати АРТ, а згодом і вірусного пригнічення, тобто доступ до програми ЗПТ є сприятливим фактором щодо доступу до лікування ВІЛ, тобто ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Результати багатовимірної аналізу факторів, які були пов'язані із вірусною супресією, свідчать, що перебування в програмі ЗПТ, вік старше 41 року, місячний дохід від 2500 до 9999 грн та адекватне дозування препарату ЗПТ підвищують

шанси мати вірусну супресію (неможливість передавати ВІЛ іншим), тобто доступ до програми ЗПТ є сприятливим фактором щодо досягнення невизначеного рівня вірусного навантаження, тобто ефективним фактором третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Загалом, результати аналізу показали, що показники каскаду ВІЛ-послуг були значно краще та статистично значущі на всіх етапах каскаду серед тих ЛВІН, які на момент збору даних перебували в програмі ЗПТ, у порівнянні із тими, які не перебували в програмі, що свідчить про те, що перебування в програмі ЗПТ є ефективним засобом третинної профілактики ВІЛ серед ЛВІН від обізнаності щодо власного ВІЛ-статусу до досягнення невизначеного рівня вірусного навантаження, тобто неможливості передачі ВІЛ іншим.

За результатами аналізу кількісних даних було проведено 50 напівструктурованих інтерв'ю із ЛВІН в п'яти містах проведення кількісного компоненту дослідження: 25 ЛВІН, які на момент інтерв'ю перебували в програмі ЗПТ, та 25 ЛВІН, які на момент інтерв'ю не перебували в програмі ЗПТ (по 10 із кожного із міст проведення дослідження). Основними аспектами напівструктурованих інтерв'ю були бар'єри та фасилітуючі фактори вступу в програму ЗПТ; бар'єри та фасилітуючі фактори тестуванню на ВІЛ; бар'єри та фасилітуючі фактори реєстрації в центрі СНІДу (постановки на диспансерний облік); бар'єри та фасилітуючі фактори початку прийому АРТ; бар'єри та фасилітуючі фактори формування прихильності до АРТ /досягнення вірусної супресії; вплив ЗПТ на ризиковану поведінку; ЗПТ та якість життя. Основними факторами, які сприяють ЛВІН щодо вступу в програму ЗПТ, були покращення якості життя, можливість працевлаштування, налагодження соціальних зв'язків, ВІЛ-позитивний статус, обізнаність про наявність лікування (АРТ) у разі позитивного результату тесту, наявність соціальної та психологічної підтримки на сайтах ЗПТ, можливість отримувати соціальні послуги та соціальний супровід для лікування інших хвороб на сайтах ЗПТ. Серед основних бар'єрів щодо початку ЗПТ були названі розповсюджені міфи щодо ЗПТ, страх розголошення факту прийому наркотичних речовин, недовіра програмі ЗПТ в цілому.

Варто зазначити, що всі ЛВІН, які на момент інтерв'ю перебували в програмі ЗПТ, стояли на диспансерному обліку у центрі СНІДу. Основними причинами були вказані наявність соціального супроводу на сайті ЗПТ та доступ до безкоштовного лікування саме після постановки на диспансерний облік, ще зазначалися налагодження життя після тестування та покращення стосунків в родині.

Таким чином, результати якісного компоненту дослідження показали, що доступ до програми ЗПТ, перебування в програмі більше 6 місяців та безперервне систематичне лікування, сприяння лікуванню пов'язаних із ін'єкційним вживанням ПАР розладів в поєднанні із соціальною роботою з отримувачами, їхнім соціальним супроводом та отримання соціальних послуг позитивно сприяє тестуванню на ВІЛ, постановці на диспансерний облік, початку прийому АРТ та формуванню прихильності до лікування – тобто сприяє третинній профілактиці ВІЛ серед людей, які споживають ін'єкційні наркотики, на всіх етапах каскаду ВІЛ-послуг в Україні, а також допомагає їм інтегруватися у суспільство, покращити якість життя та налагодити сімейні та соціальні стосунки.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Allen, B., Feldman, J. M., & Paone, D. (2021). Opinion: Public health and police: Building ethical and equitable opioid responses. *Proc Natl Acad Sci U S A*, *118*(45). <https://doi.org/10.1073/pnas.2118235118>
2. Azim, T., Chowdhury, E. I., Reza, M., Ahmed, M., Uddin, M. T., Khan, R., Ahmed, G., Rahman, M., Khandakar, I., Khan, S. I., Sack, D. A., & Strathdee, S. A. (2006). Vulnerability to HIV infection among sex worker and non-sex worker female injecting drug users in Dhaka, Bangladesh: evidence from the baseline survey of a cohort study. *Harm Reduct J*, *3*, 33. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-3-33>
3. Ball, L. J., Puka, K., Speechley, M., Wong, R., Hallam, B., Wiener, J. C., Koivu, S., & Silverman, M. S. (2019). Sharing of Injection Drug Preparation Equipment Is Associated With HIV Infection: A Cross-sectional Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, *81*(4), e99-e103. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002062>
4. Bao, Y., Zhang, Y., Liang, Y., Chen, M., Sun, J., & Tan, H. (2015). [A study on the risk and its determinants of HIV transmission by syringe sharing among HIV-positive drug users]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*, *49*(6), 513-517. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26310336>
5. Baral, S., Todd, C. S., Aumakhan, B., Lloyd, J., Delegchoimbol, A., & Sabin, K. (2013). HIV among female sex workers in the Central Asian Republics, Afghanistan, and Mongolia: contexts and convergence with drug use. *Drug Alcohol Depend*, *132 Suppl 1*, S13-16. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.07.004>
6. Bekker, L. G., Pike, C., & Hillier, S. L. (2022). HIV prevention: better choice for better coverage. *J Int AIDS Soc*, *25*(1), e25872. <https://doi.org/10.1002/jia2.25872>
7. Beletsky, L., Martinez, G., Gaines, T., Nguyen, L., Lozada, R., Rangel, G., Vera, A., McCauley, H. L., Sorensen, A., & Strathdee, S. A. (2012). Mexico's northern border conflict: collateral damage to health and human rights of vulnerable



- groups. *Rev Panam Salud Publica*, 31(5), 403-410.  
<https://doi.org/10.1590/s1020-49892012000500008>
8. Belisle, L. A., & Solano-Patricio, E. D. C. (2021). Harm reduction: a public health approach to prison drug use. *Int J Prison Health*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/IJPH-06-2021-0053>
  9. Benedikt, C., Kelly, S. L., Wilson, D., Wilson, D. P., & Consortium, O. (2016). Allocative and implementation efficiency in HIV prevention and treatment for people who inject drugs. *Int J Drug Policy*, 38, 73-80.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.011>
  10. Brar, R., Milloy, M. J., DeBeck, K., Nosova, E., Nolan, S., Barrios, R., Wood, E., & Hayashi, K. (2021). Inability to access primary care clinics among people who inject drugs in a Canadian health care setting. *Can Fam Physician*, 67(12), e348-e354. <https://doi.org/10.46747/cfp.6712e348>
  11. Burrows, D., Falkenberry, H., McCallum, L., Parsons, D., Ngoksin, E., Zhao, J., & Kunii, O. (2021). Design, implementation, and monitoring of HIV service packages for people who inject drugs: An assessment of programs supported by the Global Fund in 46 countries. *Int J Drug Policy*, 88, 103036.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103036>
  12. Chai, Y., Luo, H., Wei, Y., Chan, S. K. W., Man, K. K. C., Yip, P. S. F., Wong, I. C. K., & Chan, E. W. (2022). Risk of Self-harm or Suicide Associated with Specific Drug Use Disorders, 2004-2016: A Population-Based Cohort Study. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.15820>
  13. Chen, X., Zhu, L., Zhou, Y. H., Liu, F. L., Li, H., Yao, Z. H., Duo, L., Pang, W., Ye, M., & Zheng, Y. T. (2016). Factors associated with needle sharing among people who inject drugs in Yunnan, China: a combined network and regression analysis. *Infect Dis Poverty*, 5(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s40249-016-0169-y>
  14. Clark, M., Kjellstrand, J., & Morgan, K. (2021). Service Needs for Corrections-Involved Parents With a History of Problematic Opioid Use: A Community Needs Assessment. *Front Psychol*, 12, 667389.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.667389>

15. Cope, A. B., Edmonds, A., Ludema, C., Cole, S. R., Eron, J. J., Anastos, K., Cocohoba, J., Cohen, M., Ofotokun, I., Golub, E. T., Kassaye, S., Konkle-Parker, D., Metsch, L. R., Wilson, T. E., & Adimora, A. A. (2020). Neighborhood Poverty and Control of HIV, Hypertension, and Diabetes in the Women's Interagency HIV Study. *AIDS Behav*, *24*(7), 2033-2044.  
<https://doi.org/10.1007/s10461-019-02757-5>
16. Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., Cepeda, J., Comfort, M., Goosby, E., Goulão, J., Hart, C., Kerr, T., Lajous, A. M., Lewis, S., Martin, N., Mejía, D., Camacho, A., Mathieson, D., Obot, I., . . . Beyrer, C. (2016). Public health and international drug policy. *Lancet*, *387*(10026), 1427-1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00619-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X)
17. Damas, J., Storm, M., Pandey, L. R., Marrone, G., & Deuba, K. (2021). Prevalence of HIV, Hepatitis C and its related risk behaviours among women who inject drugs in the Kathmandu Valley, Nepal: a cross-sectional study. *Ther Adv Infect Dis*, *8*, 20499361211062107.  
<https://doi.org/10.1177/20499361211062107>
18. de Brito, E. S., Knauth, D. R., Brand, É., Calvo, K. D. S., Vigo, Á., Pilecco, F. B., Machado, F. V., de Teixeira, M. A., de Almeida, F. M., Hentges, B., Silva, D. L., & Teixeira, L. B. (2021). Factors Associated with HIV and Vulnerability Contexts for Women in Brazil. *Arch Sex Behav*, *50*(7), 3247-3256.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-021-01960-7>
19. DeBeck, K., Cheng, T., Montaner, J. S., Beyrer, C., Elliott, R., Sherman, S., Wood, E., & Baral, S. (2017). HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*, *4*(8), e357-e374.  
[https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30073-5](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30073-5)
20. Degenhardt, L., Grebely, J., Stone, J., Hickman, M., Vickerman, P., Marshall, B. D. L., Bruneau, J., Altice, F. L., Henderson, G., Rahimi-Movaghar, A., & Larney, S. (2019). Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *Lancet*, *394*(10208), 1560-1579.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32229-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32229-9)

21. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) and World Health Organisation (WHO) Regional Office for Europe (WHO/Europe). (2017). *HIV/AIDS surveillance in Europe*. Retrieved February 10, 2022 from [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/20171127-Annual\\_HIV\\_Report\\_Cover+Inner.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover+Inner.pdf)
22. Felsher, M., Bellamy, S., Piecara, B., Van Der Pol, B., Laurano, R., & Roth, A. M. (2020). Applying the Behavioral Model for Vulnerable Populations to Pre-Exposure Prophylaxis Initiation Among Women Who Inject Drugs. *AIDS Educ Prev*, 32(6), 486-492. <https://doi.org/10.1521/aeap.2020.32.6.486>
23. Geller, R. J., Decker, M. R., Adedimeji, A. A., Weber, K. M., Kassaye, S., Taylor, T. N., Cohen, J., Adimora, A. A., Haddad, L. B., Fischl, M., Cunningham, S., & Golub, E. T. (2020). A Prospective Study of Exposure to Gender-Based Violence and Risk of Sexually Transmitted Infection Acquisition in the Women's Interagency HIV Study, 1995-2018. *J Womens Health (Larchmt)*, 29(10), 1256-1267. <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7972>
24. Harm Reduction International. (2016). *Global State of Harm Reduction*. Retrieved February 09, 2022 from <https://www.hri.global/contents/1739>
25. Iversen, J., Ul H Qureshi, S., Zafar, M., Busz, M., & Maher, L. (2021). HIV incidence and associated risk factors in female spouses of men who inject drugs in Pakistan. *Harm Reduct J*, 18(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00497-1>
26. Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Kagee, A., Toefy, Y., Jooste, S., Cain, D., & Cherry, C. (2006). Associations of poverty, substance use, and HIV transmission risk behaviors in three South African communities. *Soc Sci Med*, 62(7), 1641-1649. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.021>
27. LaMonaca, K., Dumchev, K., Dvoriak, S., Azbel, L., Morozova, O., & Altice, F. L. (2019). HIV, Drug Injection, and Harm Reduction Trends in Eastern Europe and Central Asia: Implications for International and Domestic Policy. *Curr Psychiatry Rep*, 21(7), 47. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1038-8>

28. Leddy, A. M., Turan, J. M., Johnson, M. O., Neilands, T. B., Kempf, M. C., Konkle-Parker, D., Wingood, G., Tien, P. C., Wilson, T. E., Logie, C. H., Weiser, S. D., & Turan, B. (2019). Poverty stigma is associated with suboptimal HIV care and treatment outcomes among women living with HIV in the United States. *AIDS*, *33*(8), 1379-1384. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002189>
29. Leddy, A. M., Weiss, E., Yam, E., & Pulerwitz, J. (2019). Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: a scoping review. *BMC Public Health*, *19*(1), 897. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7192-4>
30. Lefoka, M. H., & Netangaheni, T. R. (2021). A plea of those who are affected most by HIV: The utterances by women who inject Nyaope residing in the City of Tshwane Municipality, Gauteng. *Afr J Prim Health Care Fam Med*, *13*(1), e1-e9. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v13i1.2416>
31. Lunze, K., Raj, A., Cheng, D. M., Quinn, E. K., Lunze, F. I., Liebschutz, J. M., Briden, C., Walley, A. Y., Blokhina, E., Krupitsky, E., & Samet, J. H. (2016). Sexual violence from police and HIV risk behaviours among HIV-positive women who inject drugs in St. Petersburg, Russia — a mixed methods study. *J Int AIDS Soc*, *19*(4 Suppl 3), 20877. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.4.20877>
32. Malta, M., Varatharajan, T., Russell, C., Pang, M., Bonato, S., & Fischer, B. (2019). Opioid-related treatment, interventions, and outcomes among incarcerated persons: A systematic review. *PLoS Med*, *16*(12), e1003002. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003002>
33. Marty, L., Lemsalu, L., Kivite-Urtane, A., Costagliola, D., Kaupe, R., Linina, I., Upmace, I., Rüütel, K., Supervie, V., & group, H. s. (2021). Revealing HIV epidemic dynamics and contrasting responses in two WHO Eastern European countries: insights from modeling and data triangulation. *AIDS*, *35*(4), 675-680. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002778>
34. Merrill, K. G., Mwansa, J. K., Miti, S., Burke, V. M., Abrams, E. A., Frimpong, C., Decker, M. R., Campbell, J. C., & Denison, J. A. (2021). Experiences with a violence and mental health safety protocol for a randomized controlled trial to

- support youth living with HIV. *Glob Health Res Policy*, 6(1), 40.  
<https://doi.org/10.1186/s41256-021-00224-0>
35. Mezaache, S., Briand-Madrid, L., Laporte, V., Rojas Castro, D., Carrieri, P., & Roux, P. (2021). A syndemic examination of injecting drug use, incarceration and multiple drug-related harms in French opioid users. *Int J Prison Health*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/IJPH-06-2021-0056>
36. Nerlander, L. M., Handanagic, S., Hess, K. L., Lutnick, A., Agnew-Brune, C. B., Hoots, B. E., Braunstein, S. L., Glick, S. N., Higgins, E., Padgett, P., Schuette, S. M., Broz, D., Ivy, W., Smith, A., Thorson, A., Paz-Bailey, G., & Group, N. H. R. W. S. (2020). HIV Prevalence Among Women Who Exchange Sex for Money or Drugs-4 U.S. Cities. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 84(4), 345-354.  
<https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002362>
37. Norton, W. E., Amico, K. R., Fisher, W. A., Copenhaver, M. M., Kozal, M. J., Cornman, D. H., Friedland, G., & Fisher, J. D. (2008). Attitudes toward needle-sharing and HIV transmission risk behavior among HIV+ injection drug users in clinical care. *AIDS Care*, 20(4), 462-469.  
<https://doi.org/10.1080/09540120701867081>
38. Nosrati, E., Kang-Brown, J., Ash, M., McKee, M., Marmot, M., & King, L. P. (2019). Economic decline, incarceration, and mortality from drug use disorders in the USA between 1983 and 2014: an observational analysis. *Lancet Public Health*, 4(7), e326-e333. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30104-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30104-5)
39. Ogden, S. N., Dichter, M. E., & Bazzi, A. R. (2022). Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women: A systematic review. *Addict Behav*, 127, 107214. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107214>
40. Ohringer, A. R., Serota, D. P., McLean, R. L., Stockman, L. J., & Watt, J. P. (2021). Disparities in risk perception and low harm reduction services awareness, access, and utilization among young people with newly reported hepatitis C infections in California, 2018. *BMC Public Health*, 21(1), 1435.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-11492-3>

41. Prego-Meleiro, P., Montalvo, G., Quintela-Jorge, Ó., & García-Ruiz, C. (2020). Increasing awareness of the severity of female victimization by opportunistic drug-facilitated sexual assault: A new viewpoint. *Forensic Sci Int*, 315, 110460. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110460>
42. Roberts, S. T., Flaherty, B. P., Deya, R., Masese, L., Ngina, J., McClelland, R. S., Simoni, J., & Graham, S. M. (2018). Patterns of Gender-Based Violence and Associations with Mental Health and HIV Risk Behavior Among Female Sex Workers in Mombasa, Kenya: A Latent Class Analysis. *AIDS Behav*, 22(10), 3273-3286. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2107-4>
43. Schwartz, R. P., Kelly, S. M., Mitchell, S. G., Gryczynski, J., O'Grady, K. E., & Jaffe, J. H. (2019). Initiating methadone in jail and in the community: Patient differences and implications of methadone treatment for reducing arrests. *J Subst Abuse Treat*, 97, 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.11.006>
44. Shokoohi, M., Karamouzian, M., Bauer, G. R., Sharifi, H., Hosseini Hooshyar, S., & Mirzazadeh, A. (2019). Drug use patterns and associated factors among female sex workers in Iran. *Addict Behav*, 90, 40-47. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.09.037>
45. Shokoohi, M., Karamouzian, M., Dolan, K., Sharifi, H., & Mirzazadeh, A. (2021). Social and structural determinants of health associated with drug use patterns among female sex workers in Iran: A latent class analysis. *Int J Drug Policy*, 91, 102798. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102798>
46. Sowah, L. A., Busse, S., & Amoroso, A. (2013). HIV, tobacco use, and poverty: a potential cause of disparities in health status by race and socioeconomic status. *J Health Care Poor Underserved*, 24(3), 1215-1225. <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0136>
47. Surratt, H. L., Otachi, J. K., McLouth, C. J., & Vundi, N. (2021). Healthcare stigma and HIV risk among rural people who inject drugs. *Drug Alcohol Depend*, 226, 108878. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108878>
48. Twahirwa Rwema, J. O., Nizeyimana, V., Prata, N. M., Okonkwo, N. E., Mazzei, A. A., Muhirwa, S., Rukundo, A., Lucas, L., Niyigena, A., Makuza, J. D., Beyrer,

- C., Baral, S. D., & Kagaba, A. (2021). Injection drug use practices and HIV infection among people who inject drugs in Kigali, Rwanda: a cross-sectional study. *Harm Reduct J*, 18(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00579-0>
49. Tyndall, M., & Dodd, Z. (2020). How Structural Violence, Prohibition, and Stigma Have Paralyzed North American Responses to Opioid Overdose. *AMA J Ethics*, 22(1), E723-728. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.723>
50. UNAIDS. (2017). *Addressing a blind spot in the response to HIV — Reaching out to men and boys*. Retrieved February 09, 2022 from [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/blind\\_spot\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/blind_spot_en.pdf)
51. UNAIDS. (2018). *Miles to go: closing gaps, breaking barriers, fighting injustices*. Retrieved February 09, 2022 from [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/miles-to-go\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf)
52. UNAIDS. (2020). *Global AIDS Monitoring*. Retrieved February 10, 2022 from [https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/reporting\\_process\\_global\\_aids\\_monitoring](https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/reporting_process_global_aids_monitoring)
53. Альянс громадського здоров'я. (2019). *Оцінка чисельності ключових груп в Україні*. Retrieved February 10, 2022 from [https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2019/06/Otsinka-chiselnosti\\_32200.pdf](https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2019/06/Otsinka-chiselnosti_32200.pdf)
54. ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». (2021a). *Звіт за результатами інтегрованого біоповедінкового дослідження 2020 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом*. Retrieved February 10, 2022 from [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Results%20of%20IBBS\\_PWID%202020\\_ukr\\_online.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Results%20of%20IBBS_PWID%202020_ukr_online.pdf)
55. ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». (2021b). *Звіт за результатами інтегрованого біоповедінкового дослідження 2020 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом*. Retrieved February 10, 2022 from [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Results%20of%20IBBS\\_PWID%202020\\_ukr\\_online.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Results%20of%20IBBS_PWID%202020_ukr_online.pdf)

56. ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». (2021с). *Офіційна статистика*. Retrieved February 10, 2022 from <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>
57. Akrami, F., & Abbasi, M. (2019). Ethical Considerations from the Viewpoint of Headquarters Experts on HIV/AIDS Prevention and Control Strategic Program. *Int J Prev Med*, 10, 8. [https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM\\_275\\_17](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_275_17)
58. Alistar, S. S., Owens, D. K., & Brandeau, M. L. (2011). Effectiveness and cost effectiveness of expanding harm reduction and antiretroviral therapy in a mixed HIV epidemic: a modeling analysis for Ukraine. *PLoS Med*, 8(3), e1000423. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000423>
59. Allen, B., Feldman, J. M., & Paone, D. (2021). Opinion: Public health and police: Building ethical and equitable opioid responses. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 118(45). <https://doi.org/10.1073/pnas.2118235118>
60. Altarum (2018). *Economic Toll of Opioid Crisis in U.S. Exceeded \$1 Trillion Since 2001*. Retrieved February 12, 2022 from <https://altarum.org/news/economic-toll-opioid-crisis-us-exceeded-1-trillion-2001>
61. Altice, F. L., Azbel, L., Stone, J., Brooks-Pollock, E., Smyrnov, P., Dvoriak, S., Taxman, F. S., El-Bassel, N., Martin, N. K., Booth, R., Stöver, H., Dolan, K., & Vickerman, P. (2016). The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. *Lancet*, 388(10050), 1228-1248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30856-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30856-X)
62. Altice, F. L., Kamarulzaman, A., Soriano, V. V., Schechter, M., & Friedland, G. H. (2010). Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet*, 376(9738), 367-387. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60829-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60829-X)
63. Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., & Vecchi, S. (2011). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone



- for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(10), CD004147. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004147.pub4>
64. Armstrong, G., Kermode, M., Sharma, C., Langkham, B., & Crofts, N. (2010). Opioid substitution therapy in manipur and nagaland, north-east india: operational research in action. *Harm Reduct J*, 7, 29. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-7-29>
65. Armstrong-Mensah, E., Ofori, E., Alema-Mensah, E., & Agyarko-Poku, T. (2023). HIV destigmatization: perspectives of people living with HIV in the Kumasi Metropolis in Ghana. *Front Reprod Health*, 5, 1169216. <https://doi.org/10.3389/frph.2023.1169216>
66. Askari, M. S., Martins, S. S., & Mauro, P. M. (2020). Medication for opioid use disorder treatment and specialty outpatient substance use treatment outcomes: Differences in retention and completion among opioid-related discharges in 2016. *J Subst Abuse Treat*, 114, 108028. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108028>
67. Azim, T., Chowdhury, E. I., Reza, M., Ahmed, M., Uddin, M. T., Khan, R., Ahmed, G., Rahman, M., Khandakar, I., Khan, S. I., Sack, D. A., & Strathdee, S. A. (2006). Vulnerability to HIV infection among sex worker and non-sex worker female injecting drug users in Dhaka, Bangladesh: evidence from the baseline survey of a cohort study. *Harm Reduct J*, 3, 33. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-3-33>
68. Bailey, H., Turkova, A., & Thorne, C. (2017). Syphilis, hepatitis C and HIV in Eastern Europe. *Curr Opin Infect Dis*, 30(1), 93-100. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000326>
69. Baker, P., Beletsky, L., Avalos, L., Venegas, C., Rivera, C., Strathdee, S. A., & Cepeda, J. (2020). Policing Practices and Risk of HIV Infection Among People Who Inject Drugs. *Epidemiol Rev*, 42(1), 27-40. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxaa010>
70. Ball, L. J., Puka, K., Speechley, M., Wong, R., Hallam, B., Wiener, J. C., Koivu, S., & Silverman, M. S. (2019). Sharing of Injection Drug Preparation Equipment

- Is Associated With HIV Infection: A Cross-sectional Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 81(4), e99-e103. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002062>
71. Ballard, A. M., Falk, D., Greenwood, H., Gugerty, P., Feinberg, J., Friedmann, P. D., Go, V. F., Jenkins, W. D., Korthuis, P. T., Miller, W. C., Pho, M. T., Seal, D. W., Smith, G. S., Stopka, T. J., Westergaard, R. P., Zule, W. A., Young, A. M., & Cooper, H. L. F. (2023). Houselessness and syringe service program utilization among people who inject drugs in eight rural areas across the USA: a cross-sectional analysis. *Harm Reduct J*, 20(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00892-w>
72. Bao, Y., Zhang, Y., Liang, Y., Chen, M., Sun, J., & Tan, H. (2015). [A study on the risk and its determinants of HIV transmission by syringe sharing among HIV-positive drug users]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*, 49(6), 513-517. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26310336>
73. Baral, S., Todd, C. S., Aumakhan, B., Lloyd, J., Delegchoimbol, A., & Sabin, K. (2013). HIV among female sex workers in the Central Asian Republics, Afghanistan, and Mongolia: contexts and convergence with drug use. *Drug Alcohol Depend*, 132 Suppl 1, S13-16. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.07.004>
74. Barré-Sinoussi, F. (2018). [HIV/Aids: the exemplary history of an epidemic which resists]. *Med Sci (Paris)*, 34(6-7), 499-500. <https://doi.org/10.1051/medsci/20183406001>
75. Bayani, A., Ghiasvand, H., Rezaei, O., Fattah Moghaddam, L., Noroozi, A., Ahounbar, E., Higgs, P., & Armoon, B. (2020). Factors associated with HIV testing among people who inject drugs: a meta-analysis. *J Addict Dis*, 38(3), 361-374. <https://doi.org/10.1080/10550887.2020.1771235>
76. Bazzi, A. R., Drainoni, M. L., Biancarelli, D. L., Hartman, J. J., Mimiaga, M. J., Mayer, K. H., & Biello, K. B. (2019). Systematic review of HIV treatment adherence research among people who inject drugs in the United States and Canada: evidence to inform pre-exposure prophylaxis (PrEP) adherence

- interventions. *BMC Public Health*, 19(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6314-8>
77. Beer, L., Williams, D., Tie, Y., McManus, T., Yuan, A. X., Crim, S. M., Demeke, H. B., Creel, D., Blackwell, A. D., Craw, J. A., & Weiser, J. (2023). The Capacity of HIV Care Facilities to Implement Strategies Recommended by the Ending the HIV Epidemic Initiative: The Medical Monitoring Project Facility Survey. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 94(4), 290-300. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000003290>
78. Bekker, L. G., Pike, C., & Hillier, S. L. (2022). HIV prevention: better choice for better coverage. *J Int AIDS Soc*, 25(1), e25872. <https://doi.org/10.1002/jia2.25872>
79. Beletsky, L., Martinez, G., Gaines, T., Nguyen, L., Lozada, R., Rangel, G., Vera, A., McCauley, H. L., Sorensen, A., & Strathdee, S. A. (2012). Mexico's northern border conflict: collateral damage to health and human rights of vulnerable groups. *Rev Panam Salud Publica*, 31(5), 403-410. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892012000500008>
80. Belisle, L. A., & Solano-Patricio, E. D. C. (2021). Harm reduction: a public health approach to prison drug use. *Int J Prison Health*, ahead-of-print(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/IJPH-06-2021-0053>
81. Benedikt, C., Kelly, S. L., Wilson, D., Wilson, D. P., & Consortium, O. (2016). Allocative and implementation efficiency in HIV prevention and treatment for people who inject drugs. *Int J Drug Policy*, 38, 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.011>
82. Bigio, J., Aho, J., Chittle, A., & Cox, J. (2023). Improving access to test results for participants in bio-behavioural surveys of people who inject drugs. *Int J Drug Policy*, 104192. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104192>
83. Birenbaum, A. (1992). Courtesy stigma revisited. *Ment Retard*, 30(5), 265-268. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1435279>
84. Bojko, M. J., Mazhnaya, A., Makarenko, I., Marcus, R., Dvoriak, S., Islam, Z., & Altice, F. L. (2015). "Bureaucracy & Beliefs": Assessing the Barriers to

Accessing Opioid Substitution Therapy by People Who Inject Drugs in Ukraine. *Drugs (Abingdon Engl)*, 22(3), 255-262.

<https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1016397>

- 85.Bojko, M. J., Mazhnaya, A., Marcus, R., Makarenko, I., Islam, Z., Filippovych, S., Dvoriak, S., & Altice, F. L. (2016). The Future of Opioid Agonist Therapies in Ukraine: A Qualitative Assessment of Multilevel Barriers and Ways Forward to Promote Retention in Treatment. *J Subst Abuse Treat*, 66, 37-47.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.03.003>
- 86.Borsa, A., & Siegel, K. (2023). Navigating the Viral Divide: Sexual and Gender Minority Community Perspectives on Treatment as Prevention. *AIDS Educ Prev*, 35(5), 406-419. <https://doi.org/10.1521/aeap.2023.35.5.406>
- 87.Brar, R., Milloy, M. J., DeBeck, K., Nosova, E., Nolan, S., Barrios, R., Wood, E., & Hayashi, K. (2021). Inability to access primary care clinics among people who inject drugs in a Canadian health care setting. *Can Fam Physician*, 67(12), e348-e354. <https://doi.org/10.46747/cfp.6712e348>
- 88.Brener, L., Caruana, T., Broady, T., Cama, E., Ezard, N., Madden, A., & Treloar, C. (2022). Addressing injecting related risks among people who inject both opioids and stimulants: Findings from an Australian survey of people who inject drugs. *Addict Behav Rep*, 15, 100398.  
<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100398>
- 89.Brousseau, N. M., Farmer, H., Karpyn, A., Laurenceau, J. P., Kelly, J. F., Hill, E. C., & Earnshaw, V. A. (2022). Qualitative characterizations of misinformed disclosure reactions to medications for opioid use disorders and their consequences. *J Subst Abuse Treat*, 132, 108593.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108593>
- 90.Brown, L. S., Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., & Zaballero, A. R. (1993). Addiction Severity Index scores of four racial/ethnic and gender groups of methadone maintenance patients. *J Subst Abuse*, 5(3), 269-279.  
[https://doi.org/10.1016/0899-3289\(93\)90068-m](https://doi.org/10.1016/0899-3289(93)90068-m)

91. Bruce, R. D., Dvoryak, S., Sylla, L., & Altice, F. L. (2007). HIV treatment access and scale-up for delivery of opiate substitution therapy with buprenorphine for IDUs in Ukraine--programme description and policy implications. *Int J Drug Policy*, *18*(4), 326-328. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.12.011>
92. Bruneau, J., Ahamad, K., Goyer, M., Poulin, G., Selby, P., Fischer, B., Wild, T. C., Wood, E., & Misuse, C. C. R. I. i. S. (2018). Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ*, *190*(9), E247-E257. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170958>
93. Burrows, D., Falkenberry, H., McCallum, L., Parsons, D., Ngoksin, E., Zhao, J., & Kunii, O. (2021). Design, implementation, and monitoring of HIV service packages for people who inject drugs: An assessment of programs supported by the Global Fund in 46 countries. *Int J Drug Policy*, *88*, 103036. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103036>
94. Canadian Institute for Health Information (2016). *Prescribed Drug Spending in Canada, 2016: A Focus on Public Drug Programs*. Retrieved February 12, 2022 from
95. Carroll, K. M., & Weiss, R. D. (2019). The Role of Behavioral Interventions in Buprenorphine Maintenance Treatment: A Review. *Focus (Am Psychiatr Publ)*, *17*(2), 183-192. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.17206>
96. Castro, B. A., Walker, C. M., Tateno, M., Cheng-Mayer, C., Heberling, R., Eichberg, J. W., & Levy, J. A. (1989). Human immunodeficiency virus (HIV) from experimentally infected chimpanzees: isolation and characterization. *J Med Primatol*, *18*(3-4), 337-342. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2760917>
97. Center for Disease Control and Prevention. (May, 2019). *Overview: Data & Trends: U.S. Statistics. HIV.gov. HIV Basics Web site*. Retrieved February 12, 2022 from <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/statistics>
98. Chai, Y., Luo, H., Wei, Y., Chan, S. K. W., Man, K. K. C., Yip, P. S. F., Wong, I. C. K., & Chan, E. W. (2022). Risk of Self-harm or Suicide Associated with Specific Drug Use Disorders, 2004-2016: A Population-Based Cohort Study. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.15820>

99. Chakrapani, V., Newman, P. A., Shunmugam, M., & Dubrow, R. (2011). Social-structural contexts of needle and syringe sharing behaviours of HIV-positive injecting drug users in Manipur, India: a mixed methods investigation. *Harm Reduct J*, 8, 9. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-8-9>
100. Chen, X., Zhu, L., Zhou, Y. H., Liu, F. L., Li, H., Yao, Z. H., Duo, L., Pang, W., Ye, M., & Zheng, Y. T. (2016). Factors associated with needle sharing among people who inject drugs in Yunnan, China: a combined network and regression analysis. *Infect Dis Poverty*, 5(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s40249-016-0169-y>
101. Chiosi, J. J., Mueller, P. P., Chhatwal, J., & Ciaranello, A. L. (2023). A multimorbidity model for estimating health outcomes from the syndemic of injection drug use and associated infections in the United States. *BMC Health Serv Res*, 23(1), 760. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09773-1>
102. Clark, M., Kjellstrand, J., & Morgan, K. (2021). Service Needs for Corrections-Involved Parents With a History of Problematic Opioid Use: A Community Needs Assessment. *Front Psychol*, 12, 667389. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.667389>
103. Cohen, J. (2010). Law enforcement and drug treatment: a culture clash. *Science*, 329(5988), 169. <https://doi.org/10.1126/science.329.5988.169>
104. Cope, A. B., Edmonds, A., Ludema, C., Cole, S. R., Eron, J. J., Anastos, K., Cocohoba, J., Cohen, M., Ofotokun, I., Golub, E. T., Kassaye, S., Konkle-Parker, D., Metsch, L. R., Wilson, T. E., & Adimora, A. A. (2020). Neighborhood Poverty and Control of HIV, Hypertension, and Diabetes in the Women's Interagency HIV Study. *AIDS Behav*, 24(7), 2033-2044. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02757-5>
105. Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., Cepeda, J., Comfort, M., Goosby, E., Goulão, J., Hart, C., Kerr, T., Lajous, A. M., Lewis, S., Martin, N., Mejía, D., Camacho, A., Mathieson, D., Obot, I., . . . Beyrer, C. (2016). Public health and international drug policy. *Lancet*, 387(10026), 1427-1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00619-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X)

106. Cuadros, D. F., Li, J., Mukandavire, Z., Musuka, G. N., Branscum, A. J., Sartorius, B., Mugurungi, O., & Tanser, F. (2019). Towards UNAIDS Fast-Track goals: targeting priority geographic areas for HIV prevention and care in Zimbabwe. *AIDS*, *33*(2), 305-314.  
<https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002052>
107. D'Anna, L. H., & Chang, K. (2023). Healthcare discrimination, anticipated HIV stigma, and income as predictors of HIV testing among a community sample of YBMSM. *AIDS Care*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/09540121.2023.2240068>
108. Damas, J., Storm, M., Pandey, L. R., Marrone, G., & Deuba, K. (2021). Prevalence of HIV, Hepatitis C and its related risk behaviours among women who inject drugs in the Kathmandu Valley, Nepal: a cross-sectional study. *Ther Adv Infect Dis*, *8*, 20499361211062107.  
<https://doi.org/10.1177/20499361211062107>
109. Davoli, M., Amato, L., Clark, N., Farrell, M., Hickman, M., Hill, S., Magrini, N., Poznyak, V., & Schünemann, H. J. (2015). The role of Cochrane reviews in informing international guidelines: a case study of using the Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation system to develop World Health Organization guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. *Addiction*, *110*(6), 891-898.  
<https://doi.org/10.1111/add.12788>
110. Davy-Mendez, T., Sarovar, V., Levine-Hall, T., Lea, A. N., Leibowitz, A. S., Luu, M. N., Flamm, J. A., Hare, C. B., Dumoit Smith, J., Iturralde, E., Dilley, J., Silverberg, M. J., & Satre, D. D. (2023). Racial, ethnic, and age disparities in the association of mental health symptoms and polysubstance use among persons in HIV care. *PLoS One*, *18*(11), e0294483.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294483>
111. Dawe, S., Griffiths, P., Gossop, M., & Strang, J. (1991). Should opiate addicts be involved in controlling their own detoxification? A comparison of fixed versus negotiable schedules. *Br J Addict*, *86*(8), 977-982.  
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01858.x>

112. de Brito, E. S., Knauth, D. R., Brand, É., Calvo, K. D. S., Vigo, Á., Pilecco, F. B., Machado, F. V., de Teixeira, M. A., de Almeida, F. M., Hentges, B., Silva, D. L., & Teixeira, L. B. (2021). Factors Associated with HIV and Vulnerability Contexts for Women in Brazil. *Arch Sex Behav*, *50*(7), 3247-3256. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01960-7>
113. DeBeck, K., Cheng, T., Montaner, J. S., Beyrer, C., Elliott, R., Sherman, S., Wood, E., & Baral, S. (2017). HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*, *4*(8), e357-e374. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30073-5](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30073-5)
114. Degenhardt, L., Grebely, J., Stone, J., Hickman, M., Vickerman, P., Marshall, B. D. L., Bruneau, J., Altice, F. L., Henderson, G., Rahimi-Movaghar, A., & Larney, S. (2019). Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *Lancet*, *394*(10208), 1560-1579. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32229-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32229-9)
115. Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C., & Hickman, M. (2010). Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*, *376*(9737), 285-301. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60742-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60742-8)
116. Des Jarlais, D. C., Arasteh, K., Semaan, S., & Wood, E. (2009). HIV among injecting drug users: current epidemiology, biologic markers, respondent-driven sampling, and supervised-injection facilities. *Curr Opin HIV AIDS*, *4*(4), 308-313. <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e32832bbc6f>
117. Doan, L. P., Nguyen, L. H., Auquier, P., Boyer, L., Fond, G., Nguyen, H. T., Latkin, C. A., Vu, G. T., Hall, B. J., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2022). Social network and HIV/AIDS: A bibliometric analysis of global literature. *Front Public Health*, *10*, 1015023. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1015023>
118. Dole, V. P., Nyswander, M. E., & Warner, A. (1968). Successful treatment of 750 criminal addicts. *JAMA*, *206*(12), 2708-2711. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5754883>



119. Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., McLoyd, K., Chalk, M., & Festinger, D. (2016). A Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medications for the Treatment of Opioid Addiction. *J Addict Med*, *10*(2), 93-103.  
<https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000193>
120. Edvardsen, H. M. E., & Clausen, T. (2022). Opioid related deaths in Norway in 2000-2019. *Drug Alcohol Depend*, *232*, 109281.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109281>
121. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) and World Health Organisation (WHO) Regional Office for Europe (WHO/Europe). (2017). *HIV/AIDS surveillance in Europe*. Retrieved February 10, 2022 from [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/20171127-Annual\\_HIV\\_Report\\_Cover+Inner.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/20171127-Annual_HIV_Report_Cover+Inner.pdf)
122. Fairley, M., Humphreys, K., Joyce, V. R., Bounthavong, M., Trafton, J., Combs, A., Oliva, E. M., Goldhaber-Fiebert, J. D., Asch, S. M., Brandeau, M. L., & Owens, D. K. (2021). Cost-effectiveness of Treatments for Opioid Use Disorder. *JAMA Psychiatry*, *78*(7), 767-777.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0247>
123. Feelemyer, J. P., Jarlais, D. C. D., Arasteh, K., Phillips, B. W., & Hagan, H. (2014). Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: an international systematic review. *Drug Alcohol Depend*, *134*, 251-258. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.011>
124. Felsher, M., Bellamy, S., Piecara, B., Van Der Pol, B., Laurano, R., & Roth, A. M. (2020). Applying the Behavioral Model for Vulnerable Populations to Pre-Exposure Prophylaxis Initiation Among Women Who Inject Drugs. *AIDS Educ Prev*, *32*(6), 486-492. <https://doi.org/10.1521/aeap.2020.32.6.486>
125. Feltmann, K., Elgán, T. H., Strandberg, A. K., Kvillemo, P., Jayaram-Lindström, N., Grabski, M., Waldron, J., Freeman, T., Curran, H. V., & Gripenberg, J. (2021). Illicit Drug Use and Associated Problems in the Nightlife

Scene: A Potential Setting for Prevention. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18094789>

126. Friedman, S. R., Perlman, D. C., Paraskevis, D., & Feldman, J. (2023). Sociopolitical Diagnostic Tools to Understand National and Local Response Capabilities and Vulnerabilities to Epidemics and Guide Research into How to Improve the Global Response to Pathogens. *Pathogens*, 12(8).  
<https://doi.org/10.3390/pathogens12081023>
127. Geller, R. J., Decker, M. R., Adedimeji, A. A., Weber, K. M., Kassaye, S., Taylor, T. N., Cohen, J., Adimora, A. A., Haddad, L. B., Fischl, M., Cunningham, S., & Golub, E. T. (2020). A Prospective Study of Exposure to Gender-Based Violence and Risk of Sexually Transmitted Infection Acquisition in the Women's Interagency HIV Study, 1995-2018. *J Womens Health (Larchmt)*, 29(10), 1256-1267. <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7972>
128. Gökengin, D., Noori, T., Alemany, A., Bienkowski, C., Liegon, G., İnkaya, A., Carrillo, J., Stary, G., Knapp, K., Mitja, O., & Molina, J. M. (2023). Prevention strategies for sexually transmitted infections, HIV, and viral hepatitis in Europe. *Lancet Reg Health Eur*, 34, 100738.  
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100738>
129. Goldin, C. S. (1994). Stigmatization and AIDS: critical issues in public health. *Soc Sci Med*, 39(9), 1359-1366. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90366-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90366-2)
130. Gowing, L. R., Hickman, M., & Degenhardt, L. (2013). Mitigating the risk of HIV infection with opioid substitution treatment. *Bull World Health Organ*, 91(2), 148-149. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.109553>
131. Grabski, M., Waldron, J., Freeman, T. P., Mokrysz, C., van Beek, R. J. J., van der Pol, P., Hauspie, B., Dirkx, N., Schrooten, J., Elgán, T. H., Feltman, K., Benedetti, E., Scalia Tomba, G., Fabi, F., Molinaro, S., Gripenberg, J., van Havere, T., van Laar, M., & Curran, H. V. (2022). Drug Use Changes at the Individual Level: Results from a Longitudinal, Multisite Survey in Young

- Europeans Frequenting the Nightlife Scene. *Eur Addict Res*, 28(2), 155-160.  
<https://doi.org/10.1159/000520118>
132. Grande, L. A., Thompson, E. C., Au, M. A., Sawyer, D., Baldwin, L. M., & Rosenblatt, R. (2016). Problem Drug-related Behavior and Discontinuation of Opioids Following the Introduction of an Opioid Management Program. *J Am Board Fam Med*, 29(6), 718-726. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.06.160073>
133. Grønnestad, T. E., Sagvaag, H., & Lalander, P. (2020). Interaction rituals in an open drug scene. *Nordisk Alkohol Nark*, 37(1), 86-98.  
<https://doi.org/10.1177/1455072519882784>
134. Gruszczyńska, E., & Rzeszutek, M. (2023). HIV/AIDS stigma accumulation among people living with HIV: a role of general and relative minority status. *Sci Rep*, 13(1), 10709. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-37948-7>
135. Guaraldi, G., Milic, J., Cascio, M., Mussini, C., Martinez, E., Levin, J., Calzavara, D., Mbewe, R., Falutz, J., Orkin, C., Cesari, M., & Lazarus, J. V. (2023). Ageism: the -ism affecting the lives of older people living with HIV. *Lancet HIV*. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(23\)00226-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(23)00226-6)
136. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. (2009). In. <https://doi.org/NBK143185>
137. Hard, B. (2021). Increased Treatment Engagement and Adherence: Flexible Management with Prolonged-Release Buprenorphine in Treatment of Opioid Dependence. *Case Rep Psychiatry*, 2021, 6657350.  
<https://doi.org/10.1155/2021/6657350>
138. Harm Reduction International. (2016). *Global State of Harm Reduction*. Retrieved February 09, 2022 from <https://www.hri.global/contents/1739>
139. He, Q., Wang, X., Xia, Y., Mandel, J. S., Chen, A., Zhao, L., Han, L., & Ling, L. (2011). New community-based methadone maintenance treatment programs in Guangdong, China, and their impact on patient quality of life. *Subst Use Misuse*, 46(6), 749-757. <https://doi.org/10.3109/10826084.2010.534124>

140. Herget, G. (2005). Methadone and buprenorphine added to the WHO list of essential medicines. *HIV AIDS Policy Law Rev*, 10(3), 23-24.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16544403>
141. Hofacker, M., Weichert, A., Feiterna-Sperling, C., von Weizsäcker, K., Siedentopf, J. P., Heinrich-Rohr, M., Henrich, W., & Rohr, I. (2023). Prenatal ultrasound screening and pregnancy outcomes in HIV-positive women in Germany: results from a retrospective single-center study at the Charité-Universitätsmedizin Berlin. *Arch Gynecol Obstet*.  
<https://doi.org/10.1007/s00404-023-07286-0>
142. Holmes, D. (2012). Prescription drug addiction: the treatment challenge. *Lancet*, 379(9810), 17-18. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60007-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60007-5)
143. Horváth, I., Mårdh, O., & Schwarz, T. (2023). Models of good practice to enhance infectious disease care cascades among people who inject drugs: a qualitative study of interventions implemented in European settings. *BMC Health Serv Res*, 23(1), 1352. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10412-y>
144. Hosztafi, S., & Fürst, Z. (2014). [Therapy in heroin addiction]. *Neuropsychopharmacol Hung*, 16(3), 127-140.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25347242>
145. International Labour Organization. (2001). Occupational safety and health management systems: guidelines. In. Geneva: International Labour Organization.
146. Iversen, J., Ul H Qureshi, S., Zafar, M., Busz, M., & Maher, L. (2021). HIV incidence and associated risk factors in female spouses of men who inject drugs in Pakistan. *Harm Reduct J*, 18(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00497-1>
147. Iwarson, S. (1984). [A likely explanation of the etiology of AIDS]. *Nord Med*, 99(8-9), 200-201. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6483613>
148. Izenberg, J. M., Bachireddy, C., Wickersham, J. A., Soule, M., Kiriazova, T., Dvoriak, S., & Altice, F. L. (2014). Within-prison drug injection among HIV-infected Ukrainian prisoners: prevalence and correlates of an extremely high-risk

- behaviour. *Int J Drug Policy*, 25(5), 845-852.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.02.010>
149. Janes, H., & Buchbinder, S. (2023). Control groups for HIV prevention efficacy trials: what does the future hold? *Curr Opin HIV AIDS*, 18(6), 349-356.  
<https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000818>
150. Jia, L., & Norman, W. V. (2021). Contraception Practices Among Women on Opioid Agonist Therapy. *J Obstet Gynaecol Can*, 43(2), 204-210.  
<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.06.027>
151. Johnson, K. A., McDaniel, J. T., Graham, H. K., Robertson, E. T., McIntosh, S., Wallace, J. P., & Albright, D. L. (2023). A Geospatial Analysis of Social and Structural Determinants of Health and High HIV Prevalence in Alabama, USA. *J Community Health*. <https://doi.org/10.1007/s10900-023-01309-2>
152. Jolley, E., Rhodes, T., Platt, L., Hope, V., Latypov, A., Donoghoe, M., & Wilson, D. (2012). HIV among people who inject drugs in Central and Eastern Europe and Central Asia: a systematic review with implications for policy. *BMJ Open*, 2(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001465>
153. Jones, J. M. (2019). Doing Diversity: Creating Spaces, Opportunities, and Change. *Perspect Psychol Sci*, 14(1), 43-48.  
<https://doi.org/10.1177/1745691618803637>
154. Joseph, H., Stancliff, S., & Langrod, J. (2000). Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues. *Mt Sinai J Med*, 67(5-6), 347-364. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11064485>
155. Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Kagee, A., Toefy, Y., Jooste, S., Cain, D., & Cherry, C. (2006). Associations of poverty, substance use, and HIV transmission risk behaviors in three South African communities. *Soc Sci Med*, 62(7), 1641-1649. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.021>
156. Kammersgaard, T. (2020). Being 'in place', being 'out of place': Problematizing marginalised drug users in two cities. *Int J Drug Policy*, 75, 102589. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.10.014>

157. Kennedy-Hendricks, A., Barry, C. L., Stone, E., Bachhuber, M. A., & McGinty, E. E. (2020). Comparing perspectives on medication treatment for opioid use disorder between national samples of primary care trainee physicians and attending physicians. *Drug Alcohol Depend*, *216*, 108217. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108217>
158. Khalifa, A., Stover, J., Mahy, M., Idele, P., Porth, T., & Lwamba, C. (2019). Demographic change and HIV epidemic projections to 2050 for adolescents and young people aged 15-24. *Glob Health Action*, *12*(1), 1662685. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1662685>
159. Knox, J. R., Dolotina, B., Moline, T., Matthews, I., Durrell, M., Hanson, H., Almirol, E., Hotton, A., Pagkas-Bather, J., Chen, Y. T., English, D., Manuzak, J., Rower, J. E., Miles, C., Millar, B., Jean-Louis, G., Rendina, H. J., Martins, S. S., Grov, C., . . . Duncan, D. T. (2023). HIV Prevention and Care Among Black Cisgender Sexual Minority Men and Transgender Women: Protocol for an HIV Status-Neutral Cohort Study Using an Observational-Implementation Hybrid Approach. *JMIR Res Protoc*, *12*, e48548. <https://doi.org/10.2196/48548>
160. Kolodny, A., Courtwright, D. T., Hwang, C. S., Kreiner, P., Eadie, J. L., Clark, T. W., & Alexander, G. C. (2015). The prescription opioid and heroin crisis: a public health approach to an epidemic of addiction. *Annu Rev Public Health*, *36*, 559-574. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122957>
161. Kumah, E., Boakye, D. S., Boateng, R., & Agyei, E. (2023). Advancing the Global Fight Against HIV/Aids: Strategies, Barriers, and the Road to Eradication. *Ann Glob Health*, *89*(1), 83. <https://doi.org/10.5334/aogh.4277>
162. Kumar, S., Sinha, N., Kodidela, S., Godse, S., Singla, B., Singh, U. P., & Bhat, H. K. (2023). Resveratrol and its analogs suppress HIV replication, oxidative stress, and inflammation in macrophages. *NeuroImmune Pharm Ther*, *2*(4), 365-374. <https://doi.org/10.1515/nipt-2023-0012>

163. Laing, R., Waning, B., Gray, A., Ford, N., & 't Hoen, E. (2003). 25 years of the WHO essential medicines lists: progress and challenges. *Lancet*, *361*(9370), 1723-1729. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13375-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13375-2)
164. LaMonaca, K., Dumchev, K., Dvoriak, S., Azbel, L., Morozova, O., & Altice, F. L. (2019). HIV, Drug Injection, and Harm Reduction Trends in Eastern Europe and Central Asia: Implications for International and Domestic Policy. *Curr Psychiatry Rep*, *21*(7), 47. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1038-8>
165. Landrigan, P. J. (1999). Risk assessment for children and other sensitive populations. *Ann N Y Acad Sci*, *895*, 1-9. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08073.x>
166. Lawrinson, P., Ali, R., Buavirat, A., Chiamwongpaet, S., Dvoryak, S., Habrat, B., Jie, S., Mardiaty, R., Mokri, A., Moskalewicz, J., Newcombe, D., Poznyak, V., Subata, E., Uchtenhagen, A., Utami, D. S., Vial, R., & Zhao, C. (2008). Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, *103*(9), 1484-1492. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02249.x>
167. Leddy, A. M., Turan, J. M., Johnson, M. O., Neilands, T. B., Kempf, M. C., Konkle-Parker, D., Wingood, G., Tien, P. C., Wilson, T. E., Logie, C. H., Weiser, S. D., & Turan, B. (2019). Poverty stigma is associated with suboptimal HIV care and treatment outcomes among women living with HIV in the United States. *AIDS*, *33*(8), 1379-1384. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002189>
168. Leddy, A. M., Weiss, E., Yam, E., & Pulerwitz, J. (2019). Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: a scoping review. *BMC Public Health*, *19*(1), 897. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7192-4>
169. Lefoka, M. H., & Netangaheni, T. R. (2021). A plea of those who are affected most by HIV: The utterances by women who inject Nyaope residing in the City of Tshwane Municipality, Gauteng. *Afr J Prim Health Care Fam Med*, *13*(1), e1-e9. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v13i1.2416>

170. Livingston, J. D., Adams, E., Jordan, M., MacMillan, Z., & Hering, R. (2018). Primary Care Physicians' Views about Prescribing Methadone to Treat Opioid Use Disorder. *Subst Use Misuse*, 53(2), 344-353. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1325376>
171. Logie, C. H., Shannon, K., Braschel, M., Krüsi, A., Norris, C., Zhu, H., & Deering, K. (2023). Brief Report: Social Factors Associated With Trajectories of HIV-Related Stigma and Everyday Discrimination Among Women Living With HIV in Vancouver, Canada: Longitudinal Cohort Findings. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 94(3), 190-195. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000003247>
172. Lua, P. L., & Talib, N. S. (2012). A 12-month evaluation of health-related quality of life outcomes of methadone maintenance program in a rural Malaysian sample. *Subst Use Misuse*, 47(10), 1100-1105. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.679840>
173. Lunze, K., Idrisov, B., Golichenko, M., & Kamarulzaman, A. (2016). Mandatory addiction treatment for people who use drugs: global health and human rights analysis. *BMJ*, 353, i2943. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2943>
174. MacArthur, G. J., van Velzen, E., Palmateer, N., Kimber, J., Pharris, A., Hope, V., Taylor, A., Roy, K., Aspinall, E., Goldberg, D., Rhodes, T., Hedrich, D., Salminen, M., Hickman, M., & Hutchinson, S. J. (2014). Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness. *Int J Drug Policy*, 25(1), 34-52. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.07.001>
175. Mahu, I. T., Conrod, P. J., Barrett, S. P., Sako, A., Swansburg, J., Lawrence, M., Laroque, F., Morin, J. F., Chinneck, A., Nogueira-Arjona, R., & Stewart, S. H. (2019). Specificity of personality relationships to particular forms of concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients. *Addict Behav*, 98, 106056. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106056>
176. Malta, M., Varatharajan, T., Russell, C., Pang, M., Bonato, S., & Fischer, B. (2019). Opioid-related treatment, interventions, and outcomes among



- incarcerated persons: A systematic review. *PLoS Med*, 16(12), e1003002.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003002>
177. Marty, L., Lemsalu, L., K̄ivīte-Urtāne, A., Costagliola, D., Kaupe, R., Linina, I., Upmace, I., Rūūtel, K., Supervie, V., & group, H. s. (2021). Revealing HIV epidemic dynamics and contrasting responses in two WHO Eastern European countries: insights from modeling and data triangulation. *AIDS*, 35(4), 675-680. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002778>
178. Masa, R., Zimba, M., Zimba, G., Zulu, G., Zulu, J., & Operario, D. (2023). The Association of Emotional Support, HIV Stigma, and Home Environment With Disclosure Efficacy and Perceived Disclosure Outcomes in Young People Living With HIV in Zambia: A Cross-Sectional Study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000442>
179. Mathers, B. M., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., Mattick, R. P., Myers, B., Ambekar, A., Strathdee, S. A., & Use, R. G. t. t. U. o. H. a. I. D. (2010). HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 375(9719), 1014-1028. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60232-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60232-2)
180. Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD002207.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002207.pub4>
181. McIntyre, A. C., Cody, S. L., Ezemenaka, C. J., Johnson, K., Mugoya, G., & Foster, P. (2023). HIV Knowledge, Risk Factors, and Utilization of Services in the US Rural Deep South. *J Racial Ethn Health Disparities*.  
<https://doi.org/10.1007/s40615-023-01868-z>
182. McIntyre, L. (1992). The evolution of health promotion. *Probe*, 26(1), 15-22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1631034>
183. Mendes, E. A., Tang, Y., & Jiang, G. (2023). The integrated stress response signaling during the persistent HIV infection. *iScience*, 26(12), 108418.  
<https://doi.org/10.1016/j.isci.2023.108418>

184. Mendez-Lopez, A., White, T. M., Fuster-RuizdeApodaca, M. J., & Lazarus, J. V. (2023). Prevalence and sociodemographic determinants of public stigma towards people with HIV and its impact on HIV testing uptake: A cross-sectional study in 64 low- and middle-income countries. *HIV Med.*  
<https://doi.org/10.1111/hiv.13536>
185. Merrill, K. G., Mwansa, J. K., Miti, S., Burke, V. M., Abrams, E. A., Frimpong, C., Decker, M. R., Campbell, J. C., & Denison, J. A. (2021). Experiences with a violence and mental health safety protocol for a randomized controlled trial to support youth living with HIV. *Glob Health Res Policy*, 6(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00224-0>
186. Meteliuk, A., Galvez de Leon, S. J., Madden, L. M., Pykalo, I., Fomenko, T., Filippovych, M., Farnum, S. O., Dvoryak, S., Islam, Z. M., & Altice, F. L. (2021). Rapid transitional response to the COVID-19 pandemic by opioid agonist treatment programs in Ukraine. *J Subst Abuse Treat*, 121, 108164.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108164>
187. Mezaache, S., Briand-Madrid, L., Laporte, V., Rojas Castro, D., Carrieri, P., & Roux, P. (2021). A syndemic examination of injecting drug use, incarceration and multiple drug-related harms in French opioid users. *Int J Prison Health, ahead-of-print*(ahead-of-print). <https://doi.org/10.1108/IJPH-06-2021-0056>
188. Mimiaga, M. J., Safren, S. A., Dvoryak, S., Reisner, S. L., Needle, R., & Woody, G. (2010). "We fear the police, and the police fear us": structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine. *AIDS Care*, 22(11), 1305-1313.  
<https://doi.org/10.1080/09540121003758515>
189. Miovský, M., Miklíková, S., Mravčík, V., Grund, J. P., & Černíková, T. (2020). Understanding the crisis in harm reduction funding in Central and Eastern Europe. *Harm Reduct J*, 17(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00428-6>
190. Mizuno, Y., Purcell, D. W., Latka, M. H., Metsch, L. R., Ding, H., Gomez, C. A., & Knowlton, A. R. (2010). Is sexual serosorting occurring among HIV-

- positive injection drug users? Comparison between those with HIV-positive partners only, HIV-negative partners only, and those with any partners of unknown status. *AIDS Behav*, *14*(1), 92-102. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9548-8>
191. Mody, A., Sohn, A. H., Iwuji, C., Tan, R. K. J., Venter, F., & Geng, E. H. (2023). HIV epidemiology, prevention, treatment, and implementation strategies for public health. *Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01381-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01381-8)
192. Mojtabai, R., Mauro, C., Wall, M. M., Barry, C. L., & Olfson, M. (2019). The Affordable Care Act and Opioid Agonist Therapy for Opioid Use Disorder. *Psychiatr Serv*, *70*(7), 617-620. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900025>
193. Moore, P. V., & Williamson, G. C. (1984). Health promotion. Evolution of a concept. *Nurs Clin North Am*, *19*(2), 195-206. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6374623>
194. Morozova, O., Crawford, F. W., Cohen, T., Paltiel, A. D., & Altice, F. L. (2020). Cost-effectiveness of expanding the capacity of opioid agonist treatment in Ukraine: dynamic modeling analysis. *Addiction*, *115*(3), 437-450. <https://doi.org/10.1111/add.14797>
195. Morozova, O., Dvoriak, S., Pykalo, I., & Altice, F. L. (2017). Primary healthcare-based integrated care with opioid agonist treatment: First experience from Ukraine. *Drug Alcohol Depend*, *173*, 132-138. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.12.025>
196. Morozova, O., Ivanchuk, I., Gvozdetska, O., Nesterova, O., Skala, P., Kuzin, I., & Dumchev, K. (2023). Treatment of opioid use disorder in Ukraine during the first year of the Russia-Ukraine war: Lessons learned from the crisis. *Int J Drug Policy*, *117*, 104062. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104062>
197. Neduzhko, O., Saliuk, T., Kovtun, O., Semchuk, N., & Varetska, O. (2023). Community-based HIV prevention services for transgender people in Ukraine: current situation and potential for improvement. *BMC Health Serv Res*, *23*(1), 631. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09656-5>

198. Nerlander, L. M., Handanagic, S., Hess, K. L., Lutnick, A., Agnew-Brune, C. B., Hoots, B. E., Braunstein, S. L., Glick, S. N., Higgins, E., Padgett, P., Schuette, S. M., Broz, D., Ivy, W., Smith, A., Thorson, A., Paz-Bailey, G., & Group, N. H. R. W. S. (2020). HIV Prevalence Among Women Who Exchange Sex for Money or Drugs-4 U.S. Cities. *J Acquir Immune Defic Syndr*, *84*(4), 345-354. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002362>
199. Nesoff, E. D., Aronowitz, S. V., Milam, A. J., & Furr-Holden, C. D. M. (2023). Development of a systematic social observation tool for monitoring use of harm reduction supplies. *Int J Drug Policy*, *122*, 104235. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104235>
200. Newman, R. G., Bashkow, S., & Cates, M. (1973). Arrest histories before and after admission to a methadone maintenance treatment program. *Proc Natl Conf Methadone Treat*, *1*, 109-115. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4808135>
201. Nielsen, S., Larance, B., Degenhardt, L., Gowing, L., Kehler, C., & Lintzeris, N. (2016). Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people. *Cochrane Database Syst Rev*(5), CD011117. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011117.pub2>
202. Nkulu-Kalengayi, F. K., Hurtig, A. K., & Linander, I. (2023). "Discrimination is harder to live with than the disease": an interview study of the perceptions and experiences of sexual and reproductive health and rights among women living with HIV in Sweden. *Sex Reprod Health Matters*, *31*(1), 2245197. <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2245197>
203. Norton, W. E., Amico, K. R., Fisher, W. A., Copenhaver, M. M., Kozal, M. J., Cornman, D. H., Friedland, G., & Fisher, J. D. (2008). Attitudes toward needle-sharing and HIV transmission risk behavior among HIV+ injection drug users in clinical care. *AIDS Care*, *20*(4), 462-469. <https://doi.org/10.1080/09540120701867081>
204. Nosrati, E., Kang-Brown, J., Ash, M., McKee, M., Marmot, M., & King, L. P. (2019). Economic decline, incarceration, and mortality from drug use disorders

- in the USA between 1983 and 2014: an observational analysis. *Lancet Public Health*, 4(7), e326-e333. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30104-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30104-5)
205. O'Connor, P. G. (2005). Methods of detoxification and their role in treating patients with opioid dependence. *JAMA*, 294(8), 961-963. <https://doi.org/10.1001/jama.294.8.961>
206. Ogden, S. N., Dichter, M. E., & Bazzi, A. R. (2022). Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women: A systematic review. *Addict Behav*, 127, 107214. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107214>
207. Ohringer, A. R., Serota, D. P., McLean, R. L., Stockman, L. J., & Watt, J. P. (2021). Disparities in risk perception and low harm reduction services awareness, access, and utilization among young people with newly reported hepatitis C infections in California, 2018. *BMC Public Health*, 21(1), 1435. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11492-3>
208. Oka, S. (2022). AIDS at 40. *Glob Health Med*, 4(1), 1-8. <https://doi.org/10.35772/ghm.2021.01120>
209. Omanga, E., Inwani, I., Agot, K., Buttolph, J., Nduati, R., Macharia, P., Onyango, J., & Kurth, A. (2023). Understanding sexual behaviors of youth from the lens of caregivers, teachers, local leaders and youth in Homabay County, Kenya. *Reprod Health*, 20(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01680-2>
210. Osborne-Leute, V., Pugatch, M., & Hruschak, V. (2019). Social work: Addressing substance use in the 21st century. *Subst Abus*, 40(4), 435-440. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1690090>
211. Padaiga, Z., Subata, E., & Vanagas, G. (2007). Outpatient methadone maintenance treatment program. Quality of life and health of opioid-dependent persons in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*, 43(3), 235-241. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17413253>
212. Palmateer, N. E., Taylor, A., Goldberg, D. J., Munro, A., Aitken, C., Shepherd, S. J., McAllister, G., Gunson, R., & Hutchinson, S. J. (2014). Rapid decline in HCV incidence among people who inject drugs associated with

- national scale-up in coverage of a combination of harm reduction interventions. *PLoS One*, 9(8), e104515. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104515>
213. Paul, N., Kennedy, A. J., Taubenberger, S., Chang, J. C., & Hacker, K. (2022). Provider perceptions of medication for opioid use disorder (MOUD): A qualitative study in communities with high opioid overdose death rates. *Subst Abuse*, 43(1), 742-748. <https://doi.org/10.1080/08897077.2021.2007518>
214. Paulus, I., & Halliday, R. (1967). Rehabilitation and the narcotic addict: results of a comparative methadone withdrawal program. *Can Med Assoc J*, 96(11), 655-659. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6019676>
215. Pépin, J. (2013). The origins of AIDS: from patient zero to ground zero. *J Epidemiol Community Health*, 67(6), 473-475. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201423>
216. Perry, B. L., Felix, E., Bolton, M., Pullen, E. L., & Pescosolido, B. A. (2022). Public Stigma and Personal Networks: Confronting the Limitations of Unidimensional Measures of Social Contact. *J Health Soc Behav*, 63(3), 428-445. <https://doi.org/10.1177/00221465211072311>
217. Pierce, M., van Amsterdam, J., Kalkman, G. A., Schellekens, A., & van den Brink, W. (2021). Is Europe facing an opioid crisis like the United States? An analysis of opioid use and related adverse effects in 19 European countries between 2010 and 2018. *Eur Psychiatry*, 64(1), e47. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2219>
218. Platt, L., Easterbrook, P., Gower, E., McDonald, B., Sabin, K., McGowan, C., Yanny, I., Razavi, H., & Vickerman, P. (2016). Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00485-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00485-5)
219. Platt, L., Harris, M., & Sweeney, S. (2020). Commentary on Hancock et al. (2020): Low dead space syringes are just one component of an integrated package of care needed to tackle HCV and social exclusion among people who inject drugs. *Addiction*, 115(4), 714-715. <https://doi.org/10.1111/add.14918>

220. Prata Menezes, N., Mehta, S. H., Wesolowski, A., Clipman, S. J., Srikrishnan, A. K., Kumar, M. S., Zook, K. J. C., Lucas, G. M., Latkin, C., & Solomon, S. S. (2023). Network centrality and HIV prevention service use among people who inject drugs: Findings from a sociometric network cohort in New Delhi, India. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.16379>
221. Prego-Meleiro, P., Montalvo, G., Quintela-Jorge, Ó., & García-Ruiz, C. (2020). Increasing awareness of the severity of female victimization by opportunistic drug-facilitated sexual assault: A new viewpoint. *Forensic Sci Int*, 315, 110460. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110460>
222. Pullen, E., Ekl, E. A., Felix, E., Turner, C., Perry, B. L., & Pescosolido, B. A. (2022). Labeling, causal attributions, and social network ties to people with mental illness. *Soc Sci Med*, 293, 114646. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114646>
223. Roberts, S. T., Flaherty, B. P., Deya, R., Masese, L., Ngina, J., McClelland, R. S., Simoni, J., & Graham, S. M. (2018). Patterns of Gender-Based Violence and Associations with Mental Health and HIV Risk Behavior Among Female Sex Workers in Mombasa, Kenya: A Latent Class Analysis. *AIDS Behav*, 22(10), 3273-3286. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2107-4>
224. Rousseau, C. M., Learn, G. H., Bhattacharya, T., Nickle, D. C., Heckerman, D., Chetty, S., Brander, C., Goulder, P. J., Walker, B. D., Kiepiela, P., Korber, B. T., & Mullins, J. I. (2007). Extensive intrasubtype recombination in South African human immunodeficiency virus type 1 subtype C infections. *J Virol*, 81(9), 4492-4500. <https://doi.org/10.1128/JVI.02050-06>
225. Rowland-Jones, S. L. (2003). Timeline: AIDS pathogenesis: what have two decades of HIV research taught us? *Nat Rev Immunol*, 3(4), 343-348. <https://doi.org/10.1038/nri1058>
226. Samsó Jofra, L., Puig, T., Solà, I., & Trujols, J. (2022). Interim opioid agonist treatment for opioid addiction: a systematic review. *Harm Reduct J*, 19(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00592-x>

227. Schaub, M., Chtenguelov, V., Subata, E., Weiler, G., & Uchtenhagen, A. (2010). Feasibility of buprenorphine and methadone maintenance programmes among users of home made opioids in Ukraine. *Int J Drug Policy*, *21*(3), 229-233. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.10.005>
228. Schranz, A. J., Barrett, J., Hurt, C. B., Malvestutto, C., & Miller, W. C. (2018). Challenges Facing a Rural Opioid Epidemic: Treatment and Prevention of HIV and Hepatitis C. *Curr HIV/AIDS Rep*, *15*(3), 245-254. <https://doi.org/10.1007/s11904-018-0393-0>
229. Schuckit, M. A. (2016). Treatment of Opioid-Use Disorders. *N Engl J Med*, *375*(16), 1596-1597. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1610830>
230. Schütz, C. G., Rapiti, E., Vlahov, D., & Anthony, J. C. (1994). Suspected determinants of enrollment into detoxification and methadone maintenance treatment among injecting drug users. *Drug Alcohol Depend*, *36*(2), 129-138. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(94\)90095-7](https://doi.org/10.1016/0376-8716(94)90095-7)
231. Schwartz, R. P., Kelly, S. M., Mitchell, S. G., Gryczynski, J., O'Grady, K. E., & Jaffe, J. H. (2019). Initiating methadone in jail and in the community: Patient differences and implications of methadone treatment for reducing arrests. *J Subst Abuse Treat*, *97*, 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.11.006>
232. Shankey, T. V., & Eyster, M. E. (1983). The acquired immune deficiency syndrome (AIDS) in hemophiliacs: a hypothesis. *AIDS Res*, *1*(1), 83-90. <https://doi.org/10.1089/aid.1.1983.1.83>
233. Shayan, S. J., Nazari, R., & Kiwanuka, F. (2021). Prevalence of HIV and HCV among injecting drug users in three selected WHO-EMRO countries: a meta-analysis. *Harm Reduct J*, *18*(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00505-4>
234. Shelke, A., Shelke, S., Acharya, S., & Shukla, S. (2023). Synergistic Epidemic or Syndemic: An Emerging Pattern of Human Diseases. *Cureus*, *15*(11), e48286. <https://doi.org/10.7759/cureus.48286>
235. Shokoohi, M., Karamouzian, M., Bauer, G. R., Sharifi, H., Hosseini Hooshyar, S., & Mirzazadeh, A. (2019). Drug use patterns and associated factors



among female sex workers in Iran. *Addict Behav*, 90, 40-47.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.09.037>

236. Shokoohi, M., Karamouzian, M., Dolan, K., Sharifi, H., & Mirzazadeh, A. (2021). Social and structural determinants of health associated with drug use patterns among female sex workers in Iran: A latent class analysis. *Int J Drug Policy*, 91, 102798. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102798>
237. Shulman, M., Wai, J. M., & Nunes, E. V. (2019). Buprenorphine Treatment for Opioid Use Disorder: An Overview. *CNS Drugs*, 33(6), 567-580. <https://doi.org/10.1007/s40263-019-00637-z>
238. Sittambalam, C. D., Vij, R., & Ferguson, R. P. (2014). Buprenorphine Outpatient Outcomes Project: can Suboxone be a viable outpatient option for heroin addiction? *J Community Hosp Intern Med Perspect*, 4. <https://doi.org/10.3402/jchimp.v4.22902>
239. Sortedahl, C., Krsnak, J., Crook, M. M., & Scotton, L. (2018). Case Managers on the Front Lines of Opioid Epidemic Response: Advocacy, Education, and Empowerment for Users of Medical and Nonmedical Opioids. *Prof Case Manag*, 23(5), 256-263. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000309>
240. Sowah, L. A., Busse, S., & Amoroso, A. (2013). HIV, tobacco use, and poverty: a potential cause of disparities in health status by race and socioeconomic status. *J Health Care Poor Underserved*, 24(3), 1215-1225. <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0136>
241. Spencer, H. C., Babiarz, J., & Menza, T. W. (2023). Human immunodeficiency virus pre-exposure prophylaxis awareness among people who inject drugs in Portland, Oregon. *Int J STD AIDS*, 34(8), 567-573. <https://doi.org/10.1177/09564624231154302>
242. Stewart, R. E., Christian, H. P., Cardamone, N. C., Abrams, C., Drob, C., Mandell, D. S., Metzger, D., & Lowenstein, M. (2023). Mobile service delivery in response to the opioid epidemic in Philadelphia. *Addict Sci Clin Pract*, 18(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s13722-023-00427-5>

243. Strain, E. C., Stitzer, M. L., Liebson, I. A., & Bigelow, G. E. (1996). Buprenorphine versus methadone in the treatment of opioid dependence: self-reports, urinalysis, and addiction severity index. *J Clin Psychopharmacol*, *16*(1), 58-67. <https://doi.org/10.1097/00004714-199602000-00010>
244. Suen, L. W., Davidson, P. J., Browne, E. N., Lambdin, B. H., Wenger, L. D., & Kral, A. H. (2022). Effect of an Unsanctioned Safe Consumption Site in the United States on Syringe Sharing, Rushed Injections, and Isolated Injection Drug Use: A Longitudinal Cohort Analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*, *89*(2), 172-177. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002849>
245. Sukeri, S., Sulaiman, Z., Hamid, N. A., & Ibrahim, S. A. (2023). Decision-Making on Contraceptive Use among Women Living with Human Immunodeficiency Virus in Malaysia: A Qualitative Inquiry. *Korean J Fam Med*. <https://doi.org/10.4082/kjfm.23.0088>
246. Sun, H., Wang, A. L., Yao, J., Zheng, J. R., Qin, Q. H., Sha, W. L., Wang, X. Y., Gao, Y., Li, Z., Huang, D. X., & Wang, Q. (2023). [Incidence and related factors of antiviral drug resistance in HIV-infected pregnant and postpartum women in some areas of three western provinces of China from 2017 to 2019]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*, *57*(11), 1788-1793. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112150-20230213-00102>
247. Surratt, H. L., Otachi, J. K., McLouth, C. J., & Vundi, N. (2021). Healthcare stigma and HIV risk among rural people who inject drugs. *Drug Alcohol Depend*, *226*, 108878. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108878>
248. Sylla, L., Bruce, R. D., Kamarulzaman, A., & Altice, F. L. (2007). Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services. *Int J Drug Policy*, *18*(4), 306-312. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.03.001>
249. Taha S. (2018). *Best Practices across the Continuum of Care for Treatment of Opioid Use Disorder*. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Retrieved February 12, 2022

250. Turan, J. M., Vinikoor, M. J., Su, A. Y., Rangel-Gomez, M., Sweetland, A., Verhey, R., Chibanda, D., Paulino-Ramírez, R., Best, C., Masquillier, C., van Olmen, J., Gaist, P., & Kohrt, B. A. (2023). Global health reciprocal innovation to address mental health and well-being: strategies used and lessons learnt. *BMJ Glob Health*, 8(Suppl 7). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013572>
251. Twahirwa Rwema, J. O., Nizeyimana, V., Prata, N. M., Okonkwo, N. E., Mazzei, A. A., Muhirwa, S., Rukundo, A., Lucas, L., Niyigena, A., Makuza, J. D., Beyrer, C., Baral, S. D., & Kagaba, A. (2021). Injection drug use practices and HIV infection among people who inject drugs in Kigali, Rwanda: a cross-sectional study. *Harm Reduct J*, 18(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00579-0>
252. Tyndall, M., & Dodd, Z. (2020). How Structural Violence, Prohibition, and Stigma Have Paralyzed North American Responses to Opioid Overdose. *AMA J Ethics*, 22(1), E723-728. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.723>
253. Ulvund, I., Dadi, G. B., & Gutteberg, A. (2023). 'I am struggling to survive' - limited living conditions increase the burden of HIV: A qualitative study. *Glob Public Health*, 18(1), 2280049. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2280049>
254. UNAIDS. (2017a). *Addressing a blind spot in the response to HIV — Reaching out to men and boys*. Retrieved February 09, 2022 from [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/blind\\_spot\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/blind_spot_en.pdf)
255. UNAIDS. (2017b). Ending AIDS: progress towards the 90–90–90 target.
256. UNAIDS. (2018). Global AIDS Monitoring 2018: Ukraine.
257. UNAIDS. (2021). Creating HIV prevention cascades.
258. Uusküla, A., Vickerman, P., Raag, M., Walker, J., Paraskevis, D., Eritsyan, K., Sypsa, V., Lioznov, D., Avi, R., & Des Jarlais, D. (2020). Presenting a conceptual framework for an HIV prevention and care continuum and assessing the feasibility of empirical measurement in Estonia: A case study. *PLoS One*, 15(10), e0240224. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240224>

259. Vasylyeva, T. I., Friedman, S. R., Smyrnov, P., & Bondarenko, K. (2015). A new approach to prevent HIV transmission: Project Protect intervention for recently infected individuals. *AIDS Care*, 27(2), 223-228.  
<https://doi.org/10.1080/09540121.2014.947913>
260. Vickerman, P., Kumaranayake, L., Balakireva, O., Guinness, L., Artyukh, O., Semikop, T., Yaremenko, O., & Watts, C. (2006). The cost-effectiveness of expanding harm reduction activities for injecting drug users in Odessa, Ukraine. *Sex Transm Dis*, 33(10 Suppl), S89-102.  
<https://doi.org/10.1097/01.olq.0000221335.80508.fa>
261. Wagner, A. C., Girard, T., McShane, K. E., Margolese, S., & Hart, T. A. (2017). HIV-Related Stigma and Overlapping Stigmas Towards People Living With HIV Among Health Care Trainees in Canada. *AIDS Educ Prev*, 29(4), 364-376. <https://doi.org/10.1521/aeap.2017.29.4.364>
262. Waldron, J., Grabski, M., Freeman, T. P., Mokrysz, C., Hindocha, C., Measham, F., van Beek, R., van der Pol, P., Hauspie, B., Dirkx, N., Schrooten, J., Elgán, T. H., Feltmann, K., Benedetti, E., Tomba, G. S., Fabi, F., Molinaro, S., Gripenberg, J., van Havere, T., . . . Curran, H. V. (2020). "How do online and offline sampling compare in a multinational study of drug use and nightlife behaviour?". *Int J Drug Policy*, 82, 102812.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102812>
263. Wang, P. W., Wu, H. C., Yen, C. N., Yeh, Y. C., Chung, K. S., Chang, H. C., & Yen, C. F. (2012). Change in quality of life and its predictors in heroin users receiving methadone maintenance treatment in Taiwan: an 18-month follow-up study. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 38(3), 213-219.  
<https://doi.org/10.3109/00952990.2011.649222>
264. Westenberg, J. N., Tai, A. M. Y., Elsner, J., Kamel, M. M., Wong, J. S. H., Azar, P., Vo, D. X., Moore, E., Mathew, N., Seethapathy, V., Choi, F., Vogel, M., & Krausz, R. M. (2021). Treatment approaches and outcome trajectories for youth with high-risk opioid use: A narrative review. *Early Interv Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1111/eip.13155>

265. Whittaker, A., Elliott, L., Taylor, J., Dawe, S., Harnett, P., Stoddart, A., Littlewood, P., Robertson, R., Farquharson, B., & Strachan, H. (2022). The Parents under Pressure parenting programme for families with fathers receiving treatment for opioid dependence: the PuP4Dads feasibility study. In. <https://doi.org/NBK577475>
266. Wiginton, J. M., Booth, R., Eaton, L. A., Smith, L. R., da Silva, C. E., Patterson, T. L., & Pitpitan, E. V. (2023). Injection Drug Use and Sexual Risk Behaviors Among People who Inject Drugs in Ukraine: A Random-Intercept Latent Transition Analysis. *AIDS Behav*, 27(9), 3012-3026. <https://doi.org/10.1007/s10461-023-04024-0>
267. Winhusen, T., Walley, A., Fanucchi, L. C., Hunt, T., Lyons, M., Lofwall, M., Brown, J. L., Freeman, P. R., Nunes, E., Beers, D., Saitz, R., Stambaugh, L., Oga, E. A., Herron, N., Baker, T., Cook, C. D., Roberts, M. F., Alford, D. P., Starrels, J. L., & Chandler, R. K. (2020). The Opioid-overdose Reduction Continuum of Care Approach (ORCCA): Evidence-based practices in the HEALing Communities Study. *Drug Alcohol Depend*, 217, 108325. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108325>
268. Wolfe, D., Carrieri, M. P., & Shepard, D. (2010). Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*, 376(9738), 355-366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60832-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60832-X)
269. World Health Organization. (2000a). Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity.
270. World Health Organization. (2000b). Prevention of chronic diseases: a guide for the implementation of the WHO global strategy. Geneva.
271. World Health Organization. (2022). *The Global Health Observatory*. Retrieved August 1 from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids#:~:text=Globally%2C%2038.4%20million%20%5B33.9%E2%80%93,considerably%20between%20countries%20and%20regions>.

272. Worobey, M., Gemmel, M., Teuwen, D. E., Haselkorn, T., Kunstman, K., Bunce, M., Muyembe, J. J., Kabongo, J. M., Kalengayi, R. M., Van Marck, E., Gilbert, M. T., & Wolinsky, S. M. (2008). Direct evidence of extensive diversity of HIV-1 in Kinshasa by 1960. *Nature*, *455*(7213), 661-664.  
<https://doi.org/10.1038/nature07390>
273. Worobey, M., Watts, T. D., McKay, R. A., Suchard, M. A., Granade, T., Teuwen, D. E., Koblin, B. A., Heneine, W., Lemey, P., & Jaffe, H. W. (2016). 1970s and 'Patient 0' HIV-1 genomes illuminate early HIV/AIDS history in North America. *Nature*, *539*(7627), 98-101. <https://doi.org/10.1038/nature19827>
274. Xiao, L., Wu, Z., Luo, W., & Wei, X. (2010). Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr*, *53 Suppl 1*, S116-120. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181c7dfb5>
275. Yuan, G. F., Tam, C. C., Yang, X., Qiao, S., Li, X., Shen, Z., & Zhou, Y. (2023). Associations Between Internalized and Anticipated HIV Stigma and Depression Symptoms Among People Living with HIV in China: A four-wave Longitudinal Model. *AIDS Behav*, *27*(12), 4052-4061.  
<https://doi.org/10.1007/s10461-023-04119-8>
276. Zhao, J., Lu, J., Zhao, H., Yan, Y., Dong, H., & Li, W. (2023). Analysis, occurrence, and consumption of substances with abuse potential in Xinjiang, China, from 2021 to 2022. *Sci Total Environ*, *889*, 164310.  
<https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2023.164310>
277. Zhou, Y., Chen, Y., Lu, J., Zhang, Z., Sun, Q., Liu, X., Xu, X., Ya, X., & Hu, H. (2023). Sustained high HIV incidence among men who have sex with men in Jiangsu province, China: based on the limiting-antigen avidity EIA method and six consecutive surveys, 2016-2021. *Front Public Health*, *11*, 1277570.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1277570>
278. Zule, W. A., Cross, H. E., Stover, J., & Pretorius, C. (2013). Are major reductions in new HIV infections possible with people who inject drugs? The case for low dead-space syringes in highly affected countries. *Int J Drug Policy*, *24*(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.07.002>

279. Альянс громадського здоров'я. (2021). *Зменшення шкоди серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні*. Retrieved February 11, 2022 from <https://aph.org.ua/uk/novyny/rozpovidayemo-zhurnalistam-pro-narkopolitiku-ta-programi-zmenschennya-shkodi/>
280. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі: навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.] / О. В. Безпалько. – К.: Центр учбової літератури, 2009. – 208
281. ДУ "Центр громадського здоров'я МОЗ України". (2020). *Офіційна статистика*. Retrieved February 12, 2022 from <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>
282. ДУ "Центр громадського здоров'я МОЗ України". (2021). *Офіційна статистика*. Retrieved February 11, 2022 from <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/zoz-scho-vprovadzhuuyut-zpt>
283. Журавель Т.В. (2013). Соціальна профілактика як напрям соціально-педагогічної діяльності / Т. В. Журавель // Соціальна педагогіка : навч. посібник / За заг. ред. О. В. Безпалько; Авт.-кол. О. В. Безпалько, І. Д. Зверєва, Т. Г. Веретенко та ін. : – К. : Академвидав, 2013. – 312 с.; С. 85–101/
284. Закон України. (1995). *Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними*. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1995, № 10, ст.62. Retrieved February 09, 2022 from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62/95-%D0%B2%D1%80#Text>
285. Закон України. (1996). *Про лікарські засоби*. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 22, ст. 86. Retrieved February 09, 2022 from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text>

286. Закон України. (2015). *Про ліцензування певних видів господарської діяльності*. від 02.03.2015, ВВР. Retrieved February 09, 2022 from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1775-14#Text>
287. Іванова О.В., Д. І. О., Куценко В.О., Воробйова О.О.,. (2022). Вплив стигми та дискримінації на психічне здоров'я людей, які живуть з ВІЛ/СНІД в Україні // ВІЛ-статистика та здоров'я In (pp. 121-126). ВІЛ-статистика та здоров'я.
288. Кабінет Міністрів України. (2000). *Постанова про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів* від 6 травня 2000 р. № 770 Retrieved February 12, 2022 from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/770-2000-%D0%BF#Text>
289. Кабінет Міністрів України. (2009). *Постанова про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я* від 3 червня 2009 р. N 589. Retrieved February 12, 2022 from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/589-2009-%D0%BF#Text>
290. Кабінет Міністрів України. (2013а). *Постанова про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я* від 13 травня 2013 р. № 333. Retrieved February 12, 2022 from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF#Text>
291. Кабінет Міністрів України. (2013b). *Розпорядження про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року* від 28 серпня 2013 р. № 735-р. Retrieved February 12, 2022 from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-%D1%80#Text>
292. Кабінет Міністрів України. (2019). *Розпорядження про затвердження плану заходів на 2019-2020 роки з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року*. Retrieved February 12, 2022 from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/56-2019-%D1%80#Text>



293. Лютий В.П. (2012). Соціальна профілактика. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери. За заг. Ред. Проф. І.Д.Зверєвої. Київ, Симферополь: Універсум. С. 166-168.
294. Лютий В.П. Петрович В.С. (2021). Профілактика як соціальна послуга сім'ям, що перебувають у складних життєвих обставинах. Соціальна робота з сім'ями: теорії, моделі, ефективні практики: колективна монографія / За ред. В. Петровича, С. Чернети. ФОП Гадяк Жанна Володимирівна. С. 217-240.
295. Лях Т. Л. (2010). Просвітницька робота щодо профілактики ВІЛ/СНІДу в закладах освіти // Вісник Черкаського університету. Випуск 183. Частина II. Серія «Педагогічні науки», 2010 – С. 58-61.
296. Миронюк, І., Брич, В., & Гудюк, Н. (2012). Стан розвитку епідемічної ситуації в ВІЛ/СНІД в Закарпатській області. In (Vol. 2, pp. 108-115). Дерматологія і венерологія.
297. Міністерство охорони здоров'я України. (2015). *Наказ про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я від 07.08.2015 № 494*. Retrieved February 12, 2022 from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1028-15#Text>
298. Міністерство охорони здоров'я України. (2020). *Наказ про затвердження стандартів медичної допомоги "Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів" від 09.11.2020 № 2555*. Retrieved February 12, 2022 from <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2555282-20#Text>
299. Міністерство охорони здоров'я України. (2013). Критерії визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.
300. Міністерство внутрішніх справ України. (2009). *Наказ про затвердження Вимог до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і*

*речови від 15.05.2009 N 216. Retrieved February 12, 2022 from*  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0759-09#Text>

301. Міністерство охорони здоров'я (2019). Наказ "Про затвердження Порядку надання послуг з догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ" №1607. In.
302. Міністерство охорони здоров'я України. (2005). *Наказ про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків від 19.07.2005 № 360. Retrieved February 12, 2022 from*  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0782-05#Text>
303. Міністерство охорони здоров'я України. (2012). *Наказ про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів від 27.03.2012 № 200. Retrieved February 12, 2022 from*  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0889-12#Text>
304. Міністерство охорони здоров'я України. (2022). Національна стратегія тристороннього співробітництва з протидії ВІЛ/СНІДу у сфері праці на 2022-2026 роки. (pp. 29-41).
305. Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство юстиції, & Державна служба контролю за наркотиками. (2012). *Наказ про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії від 22.10.2012 № 821/937/1549/5/156. Retrieved February 12, 2022 from*  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1868-12#Text>
306. Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство України у справах сім'ї, м. т. с., & Міністерство праці та соціальної політики України. (2010). *Наказ про затвердження стандартів надання соціальних послуг*

- представникам груп ризику від 13.09.2010 N 3123/275/770. Retrieved February 12, 2022 from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0903-10#Text>*
307. Пінчук І. М. (2000). Соціальна робота з дітьми та молоддю: проблеми, пошуки, перспективи // За заг. редакцією Пінчук І. М., Толстоухової С. В. - К.: УДЦССМ, 2000р. Випуск 1. - 276 с.
308. Піча В.М. (2016). Все про соціальну роботу [Текст]: [Навчальний енциклопедичний словник-довідник] / За науковою ред. д.с.н., проф. В.М. Пічі. Вид. 2-ге, виправлене, перероблене та доповнене. – Львів: “Новий Світ - 2000”, 2013. – 616 с.
309. Семигіна Т. В. (2010). Профілактика ВІЛ/СНІДу серед молоді : від теорії до реальності / Тетяна Семигіна // Вісник Міністерства України у справах сім’ї, молоді та спорту. – 2010. – № 3. – С. 150-161.
310. Терницька С. В. (2009). Соціально-педагогічні умови взаємодії державних і громадських організацій з профілактики
311. ВІЛ/СНІДу серед учнівської молоді [Текст] : автореф. дис. на здоб. наук. ступ. канд. пед. наук : 13.00.05 –
312. соціальна педагогіка / С. В. Терницька; Ін-т проблем виховання АПН України. – Київ, 2009. – 22 с.
313. Толстоухова С.В. (2003). Технологія роботи з різними категоріями клієнтів центрів соціальних служб для молоді: [Методичний посібник] / С.В. Толстоухова, О.О. Яременко, О.В. Вакуленко та ін. – К.:ДЦССМ, Державний ін-т проблем сім’ї та молоді, 2003. – 88с.
314. Тюття Л.Т. (2008). Соціальна робота: теорія і практика: Навч. посіб. Київ: Знання. - 574 с.
315. України, М. в. с. (2009). *Наказ про затвердження Вимог до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і речовин від 15.05.2009 N 216. Retrieved February 12, 2022 from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0759-09#Text>*

316. Центр громадського здоров'я МОЗ України. (2019). Програми, спрямовані на підтримку людей, що живуть із наркозалежністю.
317. Центр громадського здоров'я МОЗ України. (2023а). Інформаційний бюллетень. ВІЛ-інфекція в Україні.
318. Центр громадського здоров'я МОЗ України. (2023б). Статистика ЗПТ.
319. Центр громадського здоров'я МОЗ України. (2023с). Статистичні довідки про ВІЛ/СНІД.
320. Центр громадського здоров'я. (2021). *Звіт за результатами Інтегрованого біоповедінкового дослідження 2020 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом*. Retrieved 12 вересня from [https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Results%20of%20IBBS\\_P\\_WID%202020\\_ukr\\_online.pdf](https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Results%20of%20IBBS_P_WID%202020_ukr_online.pdf)

**Блок 1. Інформація для інтерв'юера**

1. Місто проведення дослідження.

Київ

Одеса

Миколаїв

Дніпро

Львів

2. Ініціали інтерв'юера.

---

3. Код респондента в дослідженні.

---

4. До якого типу вибірки належить респондент?

Випадкова

РДС

5. Код SYREX респондента.

---

6. Номер купона респондента.

---

---

## Блок 2. Скринінг

Дякуємо вам за згоду взяти участь у цьому опитуванні. Пропонована нижче анкета призначена для того, щоб ви прочитали запитання й дали відповідь на кожне з них. Дослідження має зайняти від 60 до 90 хвилин.

Будь ласка, уважно прочитайте кожне запитання, у тому числі всі варіанти відповідей. Немає ніяких «неправильних» відповідей, але, будь ласка, виберіть найбільш підходящу для вас відповідь.

Деякі із цих запитань можуть стосуватися інформації, яку ви вважаєте делікатною або конфіденційною. Хочемо вас запевнити, що це опитування повністю анонімне. Жодні ваші особисті дані нікому не будуть передані.

Якщо ви не розумієте якісь запитання, будь ласка, попросіть інтерв'юера обговорити їх із вами, щоб ви могли їх краще зрозуміти.

1. Ваш вік.

\_\_\_\_\_

2. Чи вживали ви нелегальні опіоїди ін'єкційним шляхом?

Так

Ні

3. Чи отримували ви коли-небудь ЗПТ (замісну підтримувальну терапію метадонном або бупренорфіном) для лікування опіоїдної залежності?

Так

Ні

4. Як довго ви отримували лікування (ЗПТ)?

Років \_\_\_\_\_

Місяців \_\_\_\_\_

Тижнів \_\_\_\_\_

5. Чи проходите ви лікування (ЗПТ) зараз?

Так

Ні

Наступні запитання стосуються симптомів, викликаних вживанням героїну або інших опіоїдів (для лікування залежності від яких ви коли-небудь отримували терапію). У наступних запитаннях, якщо може бути застосовано, замініть слово «наркотик» на конкретну назву використовуваної речовини. Будь ласка, відповідайте максимально чесно.

6. Ви коли-небудь відчували сильне бажання або постійне (нав'язливе) прагнення вжити цей наркотик?

Так

Ні

7. Ви вважали, що контролювати споживання наркотику важко або неможливо?

Так

Ні

8. Чи відчували ви симптоми синдрому відміни (ломку), якщо не вживали наркотик якийсь час?

Так

Ні

9. Чи вживали ви наркотик, щоб попередити або полегшити симптоми синдрому відміни (ломки)?

Так

Ні

10. Ви помічали, що для досягнення такого ж фізичного або психологічного ефекту вам потрібна вища доза наркотику?

Так

Ні

11. Ви помічали, що з часом ви намагалися міняти тип наркотику, який вживали?

Так

Ні

12. Ви помічали, що відмовляєтеся від інших ваших інтересів і задоволень заради вживання наркотику?

Так

Ні

13. Ви відчували, що вживання наркотиків приносить психологічну або фізичну шкоду?

Так

Ні

14. Ви продовжували вживати наркотик, незважаючи на очевидні ознаки шкідливих наслідків?

Так

Ні

15. Як довго триває (чи тривало) таке проблемне споживання наркотиків?

Роки \_\_\_\_\_

Місяці \_\_\_\_\_



### Блок 3. Історія вживання ПАР

1. Скільки вам було років, коли ви вперше почали вживати ін'єкційні наркотики?

---

2. До першого разу, коли ви вжили наркотики, чи знали ви інших людей (друзів або родичів), які вживали наркотики?

Так

Ні

3. Чи допомагали ви коли-небудь комусь, хто ніколи раніше не вживав наркотики, про що ви знали, діставати і вживати наркотики, крім алкоголю і канабісу?

Так

Ні

#### Блок 4. Вживання ПАР

У наступній серії запитань ми хочемо дізнатися, скільки днів ви вживали той чи інший легальний або нелегальний наркотик і скільки разів ви вводили кожен конкретний наркотик. Якщо ви не вживали наркотики (або психоактивні речовини), вкажіть 0 днів. Нагадуємо, що ця інформація є конфіденційною і призначена тільки для дослідницької групи. Вона не буде передана вашому лікарю або будь-кому за межами дослідницької групи.

1. Ви коли-небудь вживали АЛКОГОЛЬ (будь-яке вживання)?

Так

Ні

2. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали АЛКОГОЛЬ (взагалі будь-яке вживання)?

---

3. Ви коли-небудь вживали ОПІОЇДИ ДОМАШНЬОГО ПРИГОТУВАННЯ («ширка», «чорна» та ін.), не включаючи дезоморфін («крокодил»)?

Так

Ні

4. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали ОПІОЇДИ ДОМАШНЬОГО ПРИГОТУВАННЯ («ширка», «чорна» тощо), не включаючи дезоморфін («крокодил»)?

---

5. Скільки із цих днів ви вживали ОПІОЇДИ ДОМАШНЬОГО ПРИГОТУВАННЯ ін'єкційним шляхом?

---

6. Ви коли-небудь вживали ДЕЗОМОРФІН («крокодил»)?

Так

Ні

7. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали ДЕЗОМОРФІН («крокодил»)?

---

8. Скільки із цих днів ви вживали ДЕЗОМОРФІН («крокодил») ін'єкційним шляхом?

---

9. Ви коли-небудь вживали МЕДИЧНІ ОПОЇДИ (морфін, кодеїн, трамадол тощо)?

Так

Ні

10. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали МЕДИЧНІ ОПОЇДИ (морфін, кодеїн, трамадол тощо)?

---

11. Ви коли-небудь вживали НЕЛЕГАЛЬНИЙ МЕТАДОН?

Так

Ні

12. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали НЕЛЕГАЛЬНИЙ МЕТАДОН (кристали, порошок)?

---

13. Ви коли-небудь вживали МЕДИЧНИЙ МЕТАДОН ІЗ ДЕРЖАВНОЇ КЛІНІКИ (таблетований)?

Так

Ні

14. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали МЕДИЧНИЙ МЕТАДОН ІЗ ДЕРЖАВНОЇ КЛІНІКИ (таблетований)?

---

15. Ви коли-небудь вживали МЕДИЧНИЙ МЕТАДОН, куплений за ПЛАТНИМ РЕЦЕПТОМ?

Так

Ні

16. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали МЕДИЧНИЙ МЕТАДОН, куплений за ПЛАТНИМ РЕЦЕПТОМ?

---

17. Ви коли-небудь вживали МЕДИЧНИЙ МЕТАДОН, КУПЛЕНИЙ В ІНШИХ СПОЖИВАЧІВ?

Так

Ні

18. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали МЕДИЧНИЙ МЕТАДОН, КУПЛЕНИЙ В ІНШИХ СПОЖИВАЧІВ?

---

19. Ви коли-небудь вживали БУПРЕНОРФІН ІЗ ДЕРЖАВНОЇ КЛІНІКИ?

Так

Ні

20. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали БУПРЕНОРФІН ІЗ ДЕРЖАВНОЇ КЛІНІКИ?

---

21. Ви коли-небудь вживали БУПРЕНОРФІН, куплений за ПЛАТНИМ РЕЦЕПТОМ?

Так

Ні

22. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали БУПРЕНОРФІН, куплений за ПЛАТНИМ РЕЦЕПТОМ?

---

23. Ви коли-небудь вживали БУПРЕНОРФІН, КУПЛЕНИЙ В ІНШИХ СПОЖИВАЧІВ?

Так

Ні

24. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали БУПРЕНОРФІН, КУПЛЕНИЙ В ІНШИХ СПОЖИВАЧІВ?

---

25. Ви коли-небудь вживали БЕНЗОДІАЗЕПІНИ, ТРАНКВІЛІЗАТОРИ (седуксен, сибазон, валіум, ксанакс)?

Так

Ні

26. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали БЕНЗОДІАЗЕПІНИ, ТРАНКВІЛІЗАТОРИ (седуксен, сибазон, валіум, ксанакс)?

---

27. Ви коли-небудь вживали СТИМУЛЯТОРИ («бовтанка», «гвинт», амфетаміни, метамфетаміни, катинон, меткатинон, солі)?

Так

Ні

28. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали СТИМУЛЯТОРИ («бовтанка», «гвинт», амфетаміни, метамфетаміни, катинон, меткатинон, солі)?

---

29. Ви коли-небудь вживали ДИМЕДРОЛ?

Так

Ні

30. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали ДИМЕДРОЛ?

---

31. Ви коли-небудь вживали МАРИХУАНУ (коноплю)?

Так

Ні

32. Протягом останніх 30 днів скільки днів ви вживали МАРИХУАНУ (коноплю)?

---

33. Ви коли-небудь вживали більше однієї речовини в один день (за винятком алкоголю)?

Так

Ні

34. За останні 30 днів скільки днів ви вживали більше однієї речовини в один день (за винятком алкоголю)?

---

35. Ви коли-небудь вживали речовину, якої не було зазначено раніше?

Так

Ні

36. За останні 30 днів скільки днів ви вживали цю речовину?

---

37. Вкажіть, будь ласка, що це за речовина.

---

38. Якій психоактивній речовині ви надаєте / надавали перевагу?

Алкоголь

Нелегальні опіоїди (включно з героїном, медичними опіоїдними препаратами, як-от морфіном, кодеїном, трамаadolом, або наркотиками кустарного виробництва, як-от «ширка» і «чорна», НЕ ВКЛЮЧАЮЧИ дезоморфін або нелегальний метадон чи бупренорфін)

Дезоморфін («крокодил», «електроширка»)

Бензодіазепіни, транквілізатори (седуксен, сибазон, валіум, ксанакс)

Метадон або бупренорфін (із легальних джерел / куплені на вулиці)

Стимулятори («бовтанка», «гвинт», амфетаміни, метамфетаміни, меткатинон, катинон)

Димедрол

Марихуана

Інше

39. Інше, будь ласка, вкажіть.

---

40. Яку з усіх перелічених психоактивних речовин ви вводили ін'єкційним шляхом найчастіше? [ОБЕРІТЬ ОДНУ ВІДПОВІДЬ]

Нелегальні опіоїди (включно з героїном, медичними опіоїдними препаратами, як-от морфіном, кодеїном, трамаadolом, або наркотиками кустарного виробництва, як-от «ширка» і «чорна», НЕ ВКЛЮЧАЮЧИ дезоморфін або нелегальний метадон чи бупренорфін)

Дезоморфін («крокодил», «електроширка»)

Бензодіазепіни, транквілізатори (седуксен, сибазон, валіум, ксанакс)

Метадон або бупренорфін (із легальних джерел / куплені на вулиці)

Стимулятори («бовтанка», «гвинт», амфетаміни, метамфетаміни, меткатинон, катинон)

Димедрол

Більше однієї речовини в той самий день (за винятком алкоголю)

Інше

41. Інше, будь ласка, вкажіть.

---

42. Використовуючи шкалу від 1 до 10, оцініть, наскільки сильно ваше вживання наркотиків за останні 30 днів завадило вам зробити те, що ви планували зробити (наприклад, піти на роботу, на прийом до лікаря, провести час із сім'єю або друзями). (1 означає, що вам вдалося все зробити, а 10 — не вдалося зробити нічого.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Наскільки завадило за останні  
30 днів ()



## Блок 5. Досвід передозування

Наступні кілька запитань будуть про передозування наркотиками. Під передозуванням ми маємо на увазі виникнення таких симптомів, як дуже повільне або поверхневе дихання, відсутність дихання взагалі, дуже повільний, слабкий пульс або відсутність пульсу взагалі, непритомність, несвідомий стан, сині губи, нігті рук / ніг, звужені зіниці, заочухування очей, відсутність реакції на потрясіння, відсутність реакції на окрик на ім'я, на біль (глибокий сон). Ці ефекти виникають від використання занадто великої кількості опіоїдів.

Ми не запитуємо про ефекти від використання інших препаратів, як-от стимулятори або алкоголь (але ви також могли використовувати інші наркотики, коли це трапилося). Ми також не запитуємо вас про «стан, за якого немає передозування, але при цьому здається, ніби людина не реагує на зовнішні стимули», що не вважається передозуванням.

1. У вас коли-небудь траплялося передозування?

Так

Ні

2. Скільки разів у вас траплялося передозування наркотиків за останні 6 місяців?

---

3. Коли у вас траплялося передозування, хто-небудь давав вам налоксон для порятунку життя?

Так

Ні, я ніколи не чув про налоксон

Ні, але я чув про налоксон

4. Чи давали ви коли-небудь налоксон кому-небудь або, можливо, бачили, як кому-небудь дають налоксон, щоб врятувати людину від наслідків передозування?

Так

Ні, я ніколи не чув про налоксон

Ні, але я чув про налоксон



## Блок 6. Реєстрація в наркології

Наступні кілька запитань стосуватимуться постановки на облік у наркологічних службах. Під постановкою на облік ми маємо на увазі, що у вас офіційно діагностовано опіїдну залежність і ви зареєстровані в наркологічному диспансері. Ця інформація нам потрібна тільки для вивчення бар'єрів і чинників, що перешкоджають або сприяють включенню в програму ЗПТ і утриманню в цій програмі. Ця інформація є суворо конфіденційною і буде використовуватися тільки в дослідницьких цілях.

Ви наразі ОФІЦІЙНО стоїте на обліку в наркологічній службі?

Так

Ні

## Блок 7. Досвід лікування залежності від опіоїдів

Наступні запитання стосуються різних варіантів лікування наркотичної залежності, які ви могли пробувати або проходити ПРОТЯГОМ ЖИТТЯ.

1. Чи брали ви коли-небудь участь у якій-небудь програмі лікування наркотичної залежності? Мається на увазі БУДЬ-ЯКА програма, спрямована на лікування вашої залежності від наркотиків?

Так

Ні

2. Чи застосовувався в будь-якій програмі лікування наркотичної залежності, в якій ви брали участь, метадон або бупренорфін?

Тільки метадон

Тільки бупренорфін

Обидва препарати

Ні той, ні інший

3. Ви платили самостійно (з власної кишені) за будь-яку програму лікування наркотичної залежності, яка включала ЗПТ [зокрема, за препарати ЗПТ і будь-які необхідні аналізи та послуги]?

Так

Ні

4. Скільки часу минуло до початку лікування в програмі ЗПТ після першого відвідування наркологічної клініки?

---

5. Ви мали пройти детоксикацію перед початком ЗПТ?

Так

Ні

Наступні запитання стосуються вашого поточного лікування опіоїдної залежності. Під лікуванням ми маємо на увазі будь-яке втручання (сеанси терапії, приймання ліків і консультації), в якому ви добровільно або недобровільно берете

участь. Уся ця інформація суворо конфіденційна і буде використовуватися тільки в наукових цілях.

6. Чи отримуєте ви наразі будь-яке лікування вашої опіоїдної залежності?

Так

Ні

7. Чи отримуєте ви нині опіоїдну замісну терапію (бупренорфіном або метадоном) для лікування опіоїдної залежності?

Так

Ні

8. Як довго ви отримуєте поточне лікування (якщо ви отримуєте кілька видів лікування, будь ласка, вкажіть тривалість того лікування, яке ви вважаєте найбільш важливим для себе)?

Роки \_\_\_\_\_

Місяці \_\_\_\_\_

9. Ви вказали, що нині отримуєте опіоїдну замісну терапію. Хто з наведеного нижче списку платить за це лікування зараз? [ПОЗНАЧТЕ ВСІ ВІДПОВІДНІ ВІДПОВІДІ]

Так

Ні

Держава (лікування фінансується з держбюджету й надається безкоштовно)

Я сам / сама

Чоловік / дружина

Батьки

Інші члени родини

Друзі

Інше

10. На запитання, хто платить за ваше лікування, ви вказали «інше». Уточніть, будь ласка, що ви мали на увазі.

11. Скільки (у середньому) ви платите за препарати (не включаючи вартість аналізів та інших послуг) для лікування опіоїдної залежності на місяць?

Гривень \_\_\_\_\_

12. Скільки (у середньому) ви платите за необхідні послуги (наприклад, аналізи) у зв'язку з лікуванням вашої опіоїдної залежності на місяць?

Гривень \_\_\_\_\_

13. Скільки ви платите безпосередньо лікарю (не включаючи вартість препаратів або аналізів) за лікування вашої опіоїдної залежності на місяць?

Гривень \_\_\_\_\_

## Блок 8. Обізнаність та ставлення до ЗПТ

У наступній серії запитань Вам будуть запропоновані різні твердження про наркоманію та лікування наркотичної залежності. Вкажіть, якою мірою ви ЗГОДНІ або НЕ ЗГОДНІ з кожним твердженням. Немає правильної або неправильної відповіді. Ми просто хочемо дізнатися вашу думку.

Цілком не згоден					Цілком згодний
1	2	3	4		5

Послуги ЗПТ мають бути доступні спільноті, щоб усі люди, які страждають від опіоїдної залежності, могли отримувати ЗПТ.

Послуги ЗПТ мають надаватися і у в'язницях, щоб ув'язнені, які страждають на опіоїдну залежність і бажають отримувати опіоїдну замісну терапію, могли отримувати ці послуги.

ЗПТ знижує рівень вживання нелегальних опіатів серед людей, залежних від опіоїдів.

ЗПТ знижує ризик зараження або передачі ВІЛ серед людей, залежних від опіоїдів.

ЗПТ сприяє поліпшенню прихильності до прийому антиретровірусних препаратів серед ВІЛ-інфікованих людей, залежних від опіоїдів.

ЗПТ сприяє поліпшенню прихильності до прийому протитуберкульозних препаратів серед людей, залежних від опіоїдів.

ЗПТ знижує ризик смерті від передозування серед людей, залежних від опіоїдів.

ЗПТ знижує рівень кримінальної діяльності серед людей, залежних від опіоїдів.

1. Ви сказали, що ніколи не брали участі в програмі ЗПТ. Ви зацікавлені в тому, щоб почати участь у ЗПТ?

Так

Ні

2. Ми хотіли б дізнатися, чому ви НЕ хочете отримувати лікування ЗПТ. Будь ласка, прочитайте перелічені нижче твердження та позначте ті з них, у яких описані

причини того, чому ви не хочете розпочати лікування. Можна вибрати кілька відповідей.

Я НЕ ХОЧУ ПОЧИНАТИ ЛІКУВАННЯ ЗПТ, ТОМУ ЩО:

[Будь ласка, позначте ВСІ відповідні відповіді]

Так Ні

- Тому що я не вірю, що ЗПТ допоможе вилікувати мою залежність
- Тому що я вважаю, що ЗПТ тільки замінює одну залежність на іншу
- Тому що я вважаю, що ЗПТ погано вплине на моє здоров'я
- Тому що я вважаю, що в ЗПТ важкі побічні ефекти
- Тому що мені знадобиться занадто багато часу, щоб потрапити в програму лікування
- Тому що це надто багато коштує, щоб потрапити в програму
- Тому що я не готовий почати лікування
- Тому що я сам можу кинути вживання наркотиків
- Тому що я не хочу ставати на наркооблік у наркологічному диспансері
- Тому що моя сім'я не схвалює цього (не хоче, щоб я брав участь у програмі ЗПТ)
- Тому що мене лякає ЗПТ
- Тому що я занадто молодий, щоб почати ЗПТ
- Тому що я вже досить давно не вживав наркотики ін'єкційним шляхом
- Тому що структура програми ЗПТ занадто жорстка
- Тому що я чув негативні відгуки про ЗПТ
- Тому що я не зможу пройти детоксикацію після ЗПТ
- Тому що персонал погано ставиться до клієнтів і погано поводить з ними
- Тому що мої сусіди (або друзі) від мене відвернуться
- Тому що програма розташована занадто далеко / занадто довго їздити на сайт
- Тому що я не хочу ходити на сайт щодня
- Тому що я не можу поєднувати лікування зі своєю роботою (години роботи сайту незручні)
- Тому що я не зможу поєднувати ЗПТ з іншим лікуванням, яке я отримую (у стаціонарі або вдома)
- Тому що це обмежить можливості подорожей за межі цього району на кілька днів
- Тому що людей, які ходять на сайт ЗПТ, переслідує поліція
- Інша причина

3. Ви вказали «іншу причину» у відповідь на те, чому не хочете починати лікування. Вкажіть, будь ласка, яка це причина.

---

4. Серед усіх перелічених нижче причин виберіть основну (найголовнішу) причину, яка пояснює, чому ви не хочете почати лікування.

Тому що я не вірю, що ЗПТ допоможе вилікувати мою залежність (1)

Тому що я вважаю, що ЗПТ тільки замінює одну залежність на іншу (2)

Тому що я вважаю, що ЗПТ погано вплине на моє здоров'я (3)

Тому що я вважаю, що в ЗПТ важкі побічні ефекти (4)

Тому що мені знадобиться занадто багато часу, щоб потрапити в програму лікування (5)

Тому що це занадто багато коштує, щоб потрапити в програму (6)

Тому що я не готовий почати лікування (7)

Тому що я сам можу кинути вживання наркотиків (8)

Тому що я не хочу реєструватися, як споживач наркотиків у наркологічному диспансері (9)

Тому що моя сім'я не схвалює цього (не хоче, щоб я брав участь у програмі ЗПТ) (10)

Тому що мене лякає ЗПТ (11)

Тому що я занадто молодий, щоб почати ЗПТ (12)

Тому що я вже досить давно не вживав наркотики ін'єкційним шляхом (13)

Тому що структура програми ЗПТ занадто жорстка (14)

Тому що я чув негативні відгуки про ЗПТ (15)

Тому що я не зможу пройти детоксикацію після ЗПТ (16)

Тому що персонал погано ставиться до клієнтів і погано поводить з ними (17)

Тому що мої сусіди (або друзі) від мене відвернуться (18)

Тому що програма розташована занадто далеко / занадто довго їздити на сайт (19)

Тому що я не хочу ходити на сайт щодня (20)

Тому що я не можу поєднувати лікування зі своєю роботою (години роботи сайту незручні) (21)

Тому що я не зможу поєднувати ЗПТ з іншим лікуванням, яке я отримую (у стаціонарі або вдома) (22)

Тому що це обмежить можливості подорожей за межі цього району на кілька днів (23)

Тому що людей, які ходять на сайт ЗПТ, переслідує поліція (24)

Інша причина (25)

5. Ви сказали, що зацікавлені в тому, щоб отримувати лікування ЗПТ. Як ви вважаєте, чи важко буде розпочати це лікування?

Так

Ні

6. Ми б хотіли дізнатися, чому ви вважаєте, що вам буде важко розпочати лікування ЗПТ. Будь ласка, прочитайте наступні твердження і вкажіть, які з них описують причину, через яку ви вважаєте, що вам буде важко розпочати лікування. Можна обрати кілька варіантів.

**Я ВВАЖАЮ, ЩО МЕНІ БУДЕ ВАЖКО ПОЧАТИ ЛІКУВАННЯ ЗПТ:**

[Будь ласка, позначте ВСІ відповідні відповіді]

Так Ні

Тому що я не знаю, як і де знайти програму лікування ЗПТ

Тому що в мене піде занадто багато часу, щоб потрапити в програму ЗПТ

Тому що зараз у програмі немає вільних місць

Тому що я не можу собі цього дозволити або мені буде складно заплатити за включення в програму ЗПТ

Тому що мені буде важко добиратися до сайту

Тому що я ходжу на роботу щодня

Тому що мені доводиться заробляти гроші

Тому що я повинен піклуватися про дітей

Тому що мені буде складно стати на облік як споживачеві наркотиків у наркологічному диспансері

Тому що процес надто складний (занадто багато бюрократичних перешкод)



Тому що мені доведеться дати хабар кому-небудь, щоб, нарешті,  
отримати метадон  
Інша причина

7. Ви вказали «іншу причину» у відповідь на те, чому вам буде важко почати лікування. Вкажіть, будь ласка, яка це причина.

8. Серед усіх перелічених нижче причин виберіть основну (найголовнішу) причину, яка пояснює, чому ви вважаєте, що вам буде важко розпочати лікування.

Тому що я не знаю, як і де знайти програму лікування ЗПТ (1)

Тому що в мене піде занадто багато часу, щоб потрапити в програму ЗПТ  
(2)

Тому що зараз у програмі немає вільних місць (3)

Тому що я не можу собі цього дозволити або мені буде складно заплатити за включення в програму ЗПТ (4)

Тому що мені буде важко добиратися до сайту ЗПТ (5)

Тому що я ходжу на роботу щодня (6)

Тому що мені доводиться заробляти гроші (7)

Тому що я повинен піклуватися про дітей (8)

Тому що мені буде складно стати на облік як споживачу наркотиків у наркологічному диспансері (9)

Тому що процес занадто складний (занадто багато бюрократичних перешкод)  
(10)

Тому що мені доведеться дати хабар кому-небудь, щоб, нарешті, отримати метадон (11)

Інша причина (12)

9. Ми б хотіли дізнатися, чому ви не намагалися потрапити в програму лікування, якщо воно вас цікавить і якщо ви вважаєте, що вам буде неважко туди потрапити.

Так Ні

Тому що я знаю, де знайти програму лікування метадоном

Тому що я вже став на облік у наркологічному диспансері

Тому що в мене вже склалися дружні стосунки з персоналом програми лікування метадоном

Тому що в мене є гроші, щоб оплатити лікування метадоном  
 Тому що мої друзі сказали мені, що це легко зробити  
 Тому що я знаю соціального працівника, який допоможе мені  
 записатися в програму  
 Тому що я вже оформив усі документи / здав необхідні діагностичні  
 аналізи  
 Тому що я ВІЛ-позитивний  
 Тому що я вагітна [тільки для жінок]  
 Інша причина

10. Чи знаєте ви особисто людину, яка вже отримує або отримувала лікування метадоном чи бупренорфіном?

Так

Ні

У наступній серії запитань ми хочемо дізнатися про ваш досвід участі у програмі ЗПТ. Говорячи про програму ЗПТ, ми маємо на увазі, що пацієнти отримують метадон або бупренорфін у медичній установі, за рецептом в аптеках або регулярно отримують препарати додому для вживання всередину з метою лікування залежності. Ми не маємо на увазі використання ЗПТ час від часу або детоксикацію поряд із ЗПТ. У вас може бути різний досвід такого лікування як позитивний, так і негативний. Будь ласка, відповідайте чесно.

11. Коли ви записалися до програми ЗПТ, які цілі назвали вам співробітники програми з урахуванням потреб у лікуванні? Будь ласка, позначте всі відповідні варіанти відповідей (так чи ні).

Так Ні

Лікарі в програмі сказали, що я повинен приймати препарати ЗПТ, щоб зменшити дозу до нуля

Лікарі в програмі сказали, що я маю розпочати лікування в програмі на короткий час (менше 3 місяців), але проходити лікування досить довгий час, щоб «Зменшити» вживання нелегальних опіоїдів

Лікарі в програмі сказали, що я маю пройти лікування у програмі на короткий час (менше 3 місяців), але проходити лікування досить довгий час, щоб «ПРИПИНИТИ» вживання нелегальних опіоїдів

Проходити лікування досить довгий час (кілька років), щоб я зміг  
«Зменшити» вживання нелегальних опіоїдів

Проходити лікування досить довгий час (кілька років), щоб я зміг  
«ПРИПИНИТИ» вживання нелегальних опіоїдів

Врачи в программе не назвали мне цели моего лечения

## 12. Причини для початку програми.

	З яких причин ви розпочали лікування в програмі ЗПТ [позначте всі відповіді] Так Ні	Якою була ОСНОВНА причина, через яку ви розпочали лікування в програмі ЗПТ [виберіть тільки одну відповідь] Так Ні
Я хотів покращити своє здоров'я		
Я хотів розірвати те порочне коло, у якому я опинився		
Я хотів зменшити вживання наркотиків, тому що я вживав їх надто багато		
Я хотів остаточно припинити використання незаконних опіоїдів		
Мені потрібно було зруйнувати свою звичку, бо все було надто хаотично		
Фінансування споживання наркотиків було надто дорогим		
Я хотів припинити вчиняти злочини через мою звичку		
Я хотів краще дбати про свою сім'ю		
Я боявся втратити роботу		
Я хотів (мати можливість) знову працювати		
Я хотів зав'язати, щоб мати можливість лікувати мою ВІЛ-інфекцію		
Я був стурбований звинуваченням / тюремним ув'язненням		
Я турбувався через ризик отримати інфекцію або підхопити хворобу		
Я боявся передозування		
Вагітність		
Моя сім'я хотіла, щоб я лікувався метадоном		

Хтось інший хотів, щоб я почав ЗПТ (будь ласка, вкажіть хто)

Інша причина (будь ласка вкажіть)

13. По дорозі на програму ЗПТ або з неї вас КОЛИ-НЕБУДЬ зупиняла або допитувала поліція?

Так

Ні

14. Коли поліцейські зупиняли вас на сайті програми ЗПТ або на зворотному шляху, чи вимагали вони заплатити їм гроші, щоб вас не заарештували?

Так

Ні

15. Коли поліцейські зупиняли вас на сайті програми ЗПТ або на зворотному шляху, вони примушували вас до співпраці з ними (наприклад, вимагали видати кого-небудь, зайнятися сексом із ними), щоб вас не заарештували?

Так

Ні

16. Коли поліцейські зупиняли вас на сайті програми ЗПТ або на зворотному шляху, це коли-небудь закінчувалося затриманням і ув'язненням?

Так

Ні

17. Коли востаннє поліція зупиняла вас на сайті програми ЗПТ або на зворотному шляху?

МІСЯЦЬ

[Випадний список] січень (1) ... грудень (12)

18. Коли востаннє поліція зупиняла вас на сайті програми ЗПТ або на зворотному шляху?

РІК

[Випадний список] 2012 (2012) ... 2020 (2020)

19. Якщо ви зазнавали арешту або ув'язнення, чи відчували ви там ломку (синдром відміни)?

Так

Ні

20. Ви відвідували сайт програми ЗПТ протягом останніх 10 днів?

Так

Ні

21. Перш ніж вперше потрапити на лікування бупренорфіном або метадоном, чи знали ви особисто когось, хто отримував таку терапію (ЗПТ)?

Так

Ні

22. Наскільки для вас важливі тісні стосунки з ким-небудь (з людьми, які мають подібну думку, яким ви найбільше довіряєте) при прийнятті рішень про своє здоров'я, у тому числі про лікування наркотичної залежності?

Неважливо

Не дуже важливо

Певною мірою важливо

Важливо

Дуже важливо

23. Чи є людина, яка виявилася найбільш важливою для вас і допомагала вам приймати рішення про ваше здоров'я, у тому числі лікування наркотичної залежності?

Мені ніхто не допомагає приймати рішення

Чоловік / дружина

Дитина

Статевий партнер, який не є чоловіком / дружиною

Мати

Батько

Брат / сестра

Інший родич

Сім'я чоловіка / дружини

Друзі

Інший варіант

24. Ви вказали «інший варіант». Уточніть, будь ласка, що ви мали на увазі.

---

25. Ця людина підтримує ідею опіоїдної замісної терапії?

Так, дуже підтримує

Так, трохи підтримує

Ні, не дуже підтримує

Ні, зовсім не підтримує

Ми ніколи не обговорювали ЗПТ

## Блок 9. Перебування в програмі ЗПТ зараз

1. У якому місті / області ви отримуєте ЗПТ зараз?

Київ

Одеса

Миколаїв

Дніпро

Львів

2. Коли ви почали брати участь у програмі?

МІСЯЦЬ

[Випадний список] січень (1) ... грудень (12)

3. Коли ви почали брати участь у програмі?

РІК

[Випадний список] 2012 (2012) ... 2022

4. Які препарати ЗПТ ви приймаєте?

Метадон

Бупренорфін

5. У якому дозуванні ви приймаєте цей препарат зараз?

---

6. Ви сьогодні задоволені тривалістю лікування ЗПТ?

Так

Ні

7. Вам хотілося б, щоб це лікування тривало довше або менше часу?

Менше часу

Довше

8. Як ви отримуєте препарати ЗПТ зараз?

Щодня під наглядом у наркологічному диспансері

Щодня під наглядом у клініці першої медичної допомоги

Отримую препарати додому в наркологічному диспансері

Отримую препарати додому в клініці першої медичної допомоги

Отримую за рецептом

Інше

9. Ви вказали «інше». Уточніть, будь ласка, що ви мали на увазі.

---

10. Якби ці препарати з'явилися у вашій клініці, вам було б цікаво отримувати препарати додому чи за рецептом?

Так

Ні

11. Що заважає вам почати отримувати препарати додому чи за рецептом?

[Виберіть усі відповіді]

Так Ні

У моїй клініці цього немає

Я не можу позбутися наркотиків

Я не можу собі дозволити токсикологічний аналіз сечі

Для мене це занадто небезпечно — приймати препарати вдома

Моя сім'я не хоче, щоб я почав приймати препарати вдома

Занадто багато часу доведеться приймати препарат під наглядом

Сім'я не знає, що я на ЗПТ, і я не хочу, щоб вони про це дізналися

Інша причина (вказіть)

12. Назвіть одну найважливішу причину, яка заважає вам почати отримувати препарати додому чи за рецептом? [Виберіть одну причину]

У моїй клініці цього немає

Я не можу позбутися наркотиків

Я не можу собі дозволити токсикологічний аналіз сечі

Для мене це занадто небезпечно — приймати препарати вдома

Моя сім'я не хоче, щоб я почав приймати препарати вдома

Занадто багато часу доведеться приймати препарат під наглядом

Сім'я не знає, що я на ЗПТ, і я не хочу, щоб вони про це дізналися

Інша причина

13. Наскільки важко вам буде перейти від прийому щоденної дози під наглядом до отримання препаратів для прийому вдома або отримання препаратів за рецептом?

Дуже важко



Важко

Нормально

Легко

Дуже легко

14. Яких умов чи правил вам доводиться дотримуватись, щоб залишатися на лікуванні? [Виберіть так чи ні для кожного варіанта]

Так Ні

Необхідність здавати аналіз сечі

Необхідність приймати дозу під наглядом щодня

Необхідність проходити соціальне консультування

Зниження щоденної дози із часом

Довгострокова мета — повністю відмовитись від наркотиків

Необхідність повністю припинити вживання нелегальних наркотиків

Необхідність щодня відвідувати сайт метадонової терапії

Відвідування сайту метадонової терапії в певний час

Перевірка медичним персоналом, чи я проковтнув препарат

Необхідність регулярного медичного обстеження (тестування на ВІЛ, туберкульоз, гепатит С)

Необхідність приймати метадон, розчинений у холодній воді

Необхідність приймати метадон, розчинений у гарячій воді

Інше (будь ласка, вкажіть)

15. Вкажіть ОДНЕ з цих правил, яке справило НАЙБІЛЬШ негативний вплив на ваше повсякденне життя. [Позначте тільки один варіант]

Необхідність здавати аналіз сечі

Необхідність приймати дозу під наглядом щодня

Необхідність проходити соціальне консультування

Зниження щоденної дози із часом

Довгострокова мета — повністю відмовитися від наркотиків

Необхідність повністю припинити вживання нелегальних наркотиків

Необхідність щодня відвідувати сайт метадонової терапії

Відвідування сайту метадонової терапії в суворо визначений час

Перевірка медичним персоналом, чи я проковтнув препарат

Необхідність регулярного медичного обстеження (тестування на ВІЛ, туберкульоз, гепатит С)

Необхідність приймати метадон, розчинений у холодній воді

Необхідність приймати метадон, розчинений у гарячій воді

Інше

16. У вас колись були короткі (наприклад, менше 10 днів) перерви в лікуванні ЗПТ?

Так

Ні

17. З яких причин ви робили перерви в лікуванні? [Виберіть усі відповідні варіанти]

Так Ні

Мене заарештували (і помістили до СІЗО)

Я був дуже хворий і залишався вдома, тому не міг ходити на сайт програми

Я сильно захворів, і мене поклали до лікарні, тому я не міг ходити на сайт програми, а співробітники програми не приносили мені метадон

Я пропускав прийом через особисті обставини

Я все ще продовжував вживати наркотики, і персонал програми попросив мене не приходити кілька днів, доки я не перестану їх вживати

У мене був особистий конфлікт із співробітником програми, і мені сказали, щоб я кілька днів не приходив, оскільки вони на мене розсердилися

Я виносив препарати, і співробітники програми сказали, щоб я не приходив у програму якийсь час

Мені потрібно було поїхати в інше місце на кілька днів із важливої причини, тому я не міг ходити на програму

Мені сказали, що я маю заплатити хабар, щоб залишитися в програмі, а в мене не було грошей (або я не хотів платити)

Інше (будь ласка, вкажіть)

18. Ви комусь розповідали, що відвідуєте програму ЗПТ?

Так

Ні

19. Кому ви розповідали? [Виберіть усі відповідні варіанти]

Так Ні

Чоловікові / дружині / партнеру

Дітям  
 Іншому члену сім'ї (батьку, братові / сестрі)  
 Другу (іншому споживачеві наркотиків)  
 Другу (не споживачеві наркотиків)  
 Сусіду  
 Іншому медпрацівнику (не з програми ЗПТ)  
 Інше (будь ласка, вкажіть)

20. Ви коли-небудь вживали нелегальні наркотики на додаток до препаратів ЗПТ або замість них?

Так

Ні

21. Як часто ви вживали наркотики на додаток до препаратів ЗПТ або замість них?

Так      Ні

Постійно  
 На самому початку програми  
 Іноді, періодично

22. Як часто ви вживали нелегальні наркотики на додаток до препаратів ЗПТ або замість них?

Щодня

3–4 рази на тиждень

1 раз на тиждень

1–2 рази в місяць

23. Ви вводите / вводили нелегальні наркотики, які вживали на додаток до препаратів ЗПТ або замість них ін'єкційним шляхом?

Так

Ні

24. Як часто ви вводите / вводили нелегальні наркотики, які вживали на додаток до препаратів ЗПТ або замість них ін'єкційним шляхом?

Щодня

3–4 рази на тиждень

1 раз на тиждень

1–2 рази на місяць

25. Якщо ви вживали нелегальні наркотики на додаток до препаратів ЗПТ або замість них, то чому ви це робили? [Позначте всі відповіді]

Так Ні

Мені це необхідно, якщо я пропустив прийом у лікаря

Мені це необхідно, коли я подорожую

Лікування не дуже добре допомагає мені контролювати потяг до наркотиків

Іноді я хочу «зловити кайф»

Мені це необхідно у вихідні дні

Інше (будь ласка, вкажіть)

26. Чи доступні на сайті, де ви отримуєте ЗПТ, послуги соціального консультування та/або інші послуги?

Так

Ні

27. Чи доступні на сайті, де ви отримуєте ЗПТ, інші медичні послуги?

Так

Ні

28. Які саме медичні послуги доступні на вашому сайті?

[Виберіть усі відповідні варіанти]

Так Ні

Тестування на ВІЛ

Лікування ВІЛ, у тому числі моніторинг CD4

Лікування ВІЛ, у тому числі призначення АРТ

Тестування на гепатит С

Тестування на гепатит В

Тестування на туберкульоз

Лікування туберкульозу, у тому числі призначення протитуберкульозних препаратів

Тестування на ЗПСШ

Лікування ЗПСШ

Флегмона (зовнішня шкірна інфекція, яка потребує лікування антибіотиками)

Абсцеси (гнійні нариви, які необхідно розкрити або вичистити)

Інше (будь ласка, вкажіть)

29. Які медичні послуги ви отримували?

[Виберіть усі відповідні варіанти]

Так Ні

Тестування на ВІЛ

Лікування ВІЛ, у тому числі моніторинг CD4

Лікування ВІЛ, у тому числі призначення АРТ

Тестування на гепатит С

Тестування на гепатит В

Тестування на туберкульоз

Лікування туберкульозу, у тому числі призначення протитуберкульозних препаратів

Тестування на ЗПСШ

Лікування ЗПСШ

Флегмона (зовнішня шкірна інфекція, яка потребує лікування антибіотиками)

Абсцеси (гнійні нариви, які необхідно розкрити або вичистити)

Інше

30. Якщо ви отримували / отримуєте медичні послуги, як це допомогло вам у програмі замісної терапії?

Я б не залишався в цій програмі так довго, якби там не було медичних послуг

Це посилило мою мотивацію залишатися в програмі

Це допомогло мені вирішити практичні питання, такі як турбота про власне здоров'я

В принципі, це ніяк не допомогло — це було однією з умов програми

Інше (будь ласка, вкажіть)

---

31. Якщо ви знаєте людину, яка має проблеми, пов'язані із вживанням опіоїдів, ви б порекомендували такій людині звернутися до програми ЗПТ?

Так

Ні

32. Загалом наскільки ви задоволені лікуванням у програмі ЗПТ?

Зовсім незадоволений

Не дуже задоволений

Нейтрально ставлюся

Частково задоволений

Дуже задоволений

## Блок 10. Дозування препарату ЗПТ

1. Як часто ви вживали опіюди за останні сім днів?

Один, два чи три рази за останні сім днів

Чотири, п'ять чи шість разів за останні сім днів

Один або двічі на день весь тиждень

Три або більше разів на день протягом тижня

2. Використовуючи шкалу від 1 до 5, вкажіть, який ефект ви відчували після вживання цієї дози (або цих доз) опіюдів?

Я не відчув ніякого ефекту

2

3

4

Дуже сильний ефект

3. У деяких людей, які приймають дози препаратів ЗПТ (метадону або бупренорфіну) виникають симптоми синдрому відміни (ломка): судоми і біль у м'язах, відчуття, ніби волосся стало дибки, нежить, бажання плакати, позіхати, шлункові кольки або пронос, блювання, сильне серцебиття, пітливість і загалом погане самопочуття. Ці симптоми помічають інші люди, які перебувають поруч із вами. Як часто виникали такі симптоми за останні сім днів?

Один, два чи три рази за останні сім днів

Чотири, п'ять чи шість разів за останні сім днів

Один або два рази щодня

Три або більше разів на день

4. У деяких людей, які приймають дози препаратів ЗПТ (метадону або бупренорфіну) виникають симптоми синдрому відміни (ломка): тривожність, неспокій, дратівливість, проблеми зі сном, стомлюваність, озноб, біль у м'язах і втрата апетиту. Ці симптоми зазвичай непомітні іншим людям, які перебувають поруч із вами. Як часто виникали такі симптоми за останні сім днів?

Один, два чи три рази за останні сім дні

Чотири, п'ять чи шість разів за останні сім днів

Один або два рази щодня

Три або більше разів на день

5. Як часто за останні сім днів у вас виникала непереборна потреба уживати «ширку» / опіюди

Один, два чи три рази за останні сім дні

Чотири, п'ять чи шість разів за останні сім днів

Один або два рази щодня

Три або більше разів на день

6. У деяких людей, які приймають дози препаратів ЗПТ (метадону або бупренорфіну) виникають такі симптоми: сонливість або загальмованість, їм важко говорити, вони стають незвичайно активними або навпаки, відчуваються «як у тумані». Як часто у вас виникали якісь із цих симптомів за останні сім днів?

Один, два чи три рази за останні сім дні

Чотири, п'ять чи шість разів за останні сім днів

Один або два рази щодня

Три або більше разів на день

7. Наскільки сильними в середньому у вас були ці симптоми за останні сім днів?

Жодних

2

3

4

Надзвичайно сильними

8. За вашими відчуттями — наскільки адекватною для вас була доза ЗПТ (метадону або бупренорфіну), яку ви приймали в останні сім днів? Говорячи «адекватна доза», ми маємо на увазі таку дозу, яка вас «тримає», на якій ви відчуваєтеся «захищеним» (не відчуваєте жодних симптомів ломки), тобто на такій дозі у вас майже не виникає потягу до вживання «ширки» / опіюдів і водночас ви не відчуваєтеся занадто «загальмованим».



Абсолютно неадекватна, марна

2

3

4

Абсолютно адекватна, нормальна

9. Яку дозу ЗПТ (бупренорфін або метадон) ви б хотіли приймати протягом наступних семи днів?

Я хотів би залишити таку ж дозу

Я б хотів збільшити дозу

Я б хотів знизити дозу

10. Чи виникали у вас за останні сім днів якісь із наступних симптомів?

[Позначте всі відповідні симптоми]

Так Ні

Запор

Сильна пітливість

Безсоння або проблеми зі сном

Порушення статевої функції

Зміни циклу для жінок

Втома, м'язові болі

11. Наскільки важко домовитися з вашим лікарем про зміну дози?

Зовсім неважко

Трохи важко

Важко

Дуже важко

## Блок 11. Сексуальна поведінка

У цьому розділі ми хочемо поставити вам кілька делікатних питань щодо вашого статевого життя. Інформація, яку ви нам повідомите, буде використовуватися виключно з науковою метою співробітниками нашого дослідження і не буде пов'язана з вашим ім'ям. Вся інформація зберігатиметься строго конфіденційно.

1. Чи був у вас колись секс за гроші, наркотики чи оренду житла?

Так

Ні

2. Вас КОЛИ-НЕБУДЬ змушували займатися сексом проти вашої волі?

Так

Ні

3. Вас КОЛИ-НЕБУДЬ били, хлистали, били кулаком або штовхали до або під час сексу за останні 90 днів?

Так

Ні

Кількість партнерів \_\_\_\_\_

4. Вас били, хлистали, били кулаком або штовхали до або під час сексу за останні 90 днів?

Так

Ні

5. З якими статевими партнерами у вас був вагінальний або анальний секс за останні 90 днів?

\_\_\_\_\_

Кількість партнерів \_\_\_\_\_

Тепер ми хотіли б дізнатися, з ким у вас був секс останні 90 днів і чи користувалися ви презервативами під час статевих контактів із цими партнерами.

6. Ви надавали сексуальні послуги за гроші, наркотики чи оренду житла за останні 90 днів?

Так

Ні

7. Чи скористалися ви презервативом в останній раз, коли займалися комерційним сексом?

Так

Ні

8. Скільки разів за останні 90 днів ви надавали сексуальні послуги за гроші, наркотики чи оренду житла?

Кількість разів \_\_\_\_\_

9. Чи є ваші статеві партнери ПОСТІЙНИМИ СТАТЕВИМИ ПАРТНЕРАМИ?

Так

Ні

10. Цей ПОСТІЙНИЙ ПАРТНЕР вживає наркотики ін'єкційним шляхом?

Так

Ні

11. Як часто за останній місяць у вас був вагінальний чи анальний секс із цим ПОСТІЙНИМ ПАРТНЕРОМ?

Кількість разів \_\_\_\_\_

12. Скільки разів під час цих контактів ви займалися анальним сексом із цим ПОСТІЙНИМ ПАРТНЕРОМ?

Кількість разів \_\_\_\_\_

13. Ви користувалися презервативом востаннє, коли займалися сексом із цим ПОСТІЙНИМ ПАРТНЕРОМ?

Так

Ні

14. Чи займалися ви сексом зі ВИПАДКОВИМИ СТАТЕВИМИ ПАРТНЕРАМИ (не з постійним партнером) за останні 90 днів?

Так

Ні

15. Скільки ВИПАДКОВИХ СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ у вас було за останні 90 днів?

Кількість партнерів \_\_\_\_\_

16. Скільки з ваших ВИПАДКОВИХ СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ вживають наркотики ін'єкційним шляхом?

Кількість партнерів \_\_\_\_\_

17. Як часто за останній місяць ви займалися вагінальним або анальним сексом із ВИПАДКОВИМИ СТАТЕВИМИ ПАРТНЕРАМИ?

Кількість разів \_\_\_\_\_

18. Скільки разів під час таких контактів у вас був анальний секс із ВИПАДКОВИМИ СТАТЕВИМИ ПАРТНЕРАМИ?

Кількість разів \_\_\_\_\_

19. Ви користувалися презервативом в останній раз, коли займалися сексом із ВИПАДКОВИМ СТАТЕВИМ ПАРТНЕРОМ?

Так

Ні

20. Якщо говорити про цих статевих партнерів за останні 90 днів, зі скількома з них у вас був вагінальний або анальний секс БЕЗ презервативу?

Кількість разів \_\_\_\_\_

21. Як найкраще охарактеризувати вашого останнього статевого партнера?

Регулярний (постійний) партнер

Випадковий партнер

Комерційний / за гроші (ви платили або вам платили за секс)

Мене змусили займатися сексом

## Блок 12. Тестування та лікування на ВІЛ

Наступна серія запитань — про досвід тестування на ВІЛ, результати та лікування. Ваші відповіді суворо конфіденційні і використовуватимуться лише з дослідницькою метою.

1. Чи проходили ви тест на ВІЛ (швидким тестом або здавали кров із вени) колись у житті?

Так

Ні

2. Коли востаннє ви проходили тест на ВІЛ?

Місяць \_\_\_\_\_

Рік \_\_\_\_\_

3. Де ви востаннє проходили тест на ВІЛ?

Центр первинної медико-санітарної допомоги

Сайт у наркології

Центр СНІДу

ТБ-клініка

Лікарня

Приватна клініка, діагностичний центр (лабораторія)

НУО

СІЗО / в'язниця

Інше (будь ласка, уточніть)

4. Яким був результат вашого останнього тестування на ВІЛ?

Мені сказали, що я ВІЛ позитивний (що маю ВІЛ)

Мені сказали, що я ВІЛ негативний (що я не маю ВІЛ)

Я не повернувся і не отримав результатів своїх тестів

5. Ви проходили підтвердження тестування на ВІЛ у медичній установі, в якій у вас брали аналіз крові, та підтвердили результати вашого тесту на ВІЛ з використанням повторного тесту?

Так

Ні

6. Ви повернулися, щоб отримати свої результати тестування?

Так

Ні

7. Ви зареєстровані як пацієнт центру СНІДу?

Так

Ні

8. Коли ви востаннє проводили аналіз на рівень клітин CD4 у крові? Якщо «ніколи» — введіть код: 999.

Місяць \_\_\_\_\_

Рік \_\_\_\_\_

9. Ви повернулися, щоб отримати результат аналізу на рівень клітин CD4?

Так

Ні

10. Який був результат останнього аналізу на рівень CD4 клітин — підійде приблизний результат. Введіть 777, якщо не впевнені / не пам'ятаєте.

Кількість клітин \_\_\_\_\_

11. Коли ви отримали результати тесту на CD4, ваш лікар сказав вам, що ви відповідаєте критеріям для початку АРТ?

Так

Ні

12. Лікар-інфекціоніст, який займається лікуванням СНІДу, коли-небудь казав вам, що не призначатиме АРТ, поки ви не припините вживання наркотиків?

Так

Ні

13. Лікар-інфекціоніст, який займається лікуванням СНІДу, пропонував вам знову прийти до центру СНІДу після того, як ви припините вживання наркотиків?

Так

Ні

14. Зараз вам призначена АРТ?

Так

Ні

15. Якби лікар призначив вам препарати АРТ, ви погодилися б розпочати їх прийом?

Так

Ні

16. Ви розпочали прийом АРТ?

Так

Ні

17. Чому ви не почали приймати препарати АРТ? [Позначте всі відповіді]

Так Ні

У мене надто багато іншого відбувається в житті

Центр СНІДу або лікарня перебувають від мене надто далеко, щоб туди їздити за ліками

Я віддаю перевагу іншим формам лікування (наприклад, самолікування, народну медицину, духовне зцілення тощо)

Я думав, що через ці ліки я почуватимуся погано

Я не вірив своєму лікарю

Я боявся, що хтось дізнається, що я ВІЛ+

У мене було таке почуття, що ці ліки не працюють так, як треба

Ліків не було в наявності

Я переїхав до іншого місця

Я був у в'язниці

Мені не потрібно АРТ

Мої проблеми з поліцією заважали мені отримувати та приймати мої ліки

Довелося б пити дуже багато таблеток

Мій лікар сказав мені, що я не повинен починати, доки не припиню вживати наркотики

Інше, будь ласка, вкажіть

18. Ви зараз приймаєте препарати АРТ?

Так

Ні

19. Чому ви не почали приймати препарати АРТ? [Позначте всі відповіді]

Так Ні

Мій лікар змінив мені схему, і я не приймав нові препарати

Я не міг запам'ятати, що їх потрібно приймати щодня

У мене занадто багато турбот у житті, щоб ще приймати ці ліки

Центр СНІДу або лікарня розташовані від мене надто далеко, щоб туди їздити за ліками

Я віддаю перевагу іншим формам лікування (наприклад, самолікуванню, народній медицині, духовному зціленню тощо)

Я почував себе погано через ці ліки

Через ліки моє тіло почало виглядати по-іншому

Я боявся, що хтось знайде у мене ці ліки й дізнається, що я ВІЛ-позитивний

У мене було таке почуття, що ці ліки не працюють так, як треба

Цих препаратів більше не було

Я переїхав в інше місце

Я потрапив до в'язниці

Я відчув себе краще

Мої проблеми з поліцією заважали мені отримувати та приймати мої ліки

Доводилося пити дуже багато таблеток

Я боявся приймати препарати проти ВІЛ, доки вживав наркотики

Я не вірив своєму лікарю

Інше (будь ласка, вкажіть)



### Блок 13. Взаємодія з правоохоронними органами

Наступна серія запитань стосується вашої історії з правоохоронними органами. Нагадуємо, що ця інформація використовуватиметься лише дослідницькою командою.

1. Скільки разів вас зупиняла (не заарештовувала) поліція за останні 6 місяців?

Разів \_\_\_\_\_

2. Скільки разів у тих випадках, коли вас зупиняла поліція за останні 6 місяців, правоохоронці вимагали від вас гроші у формі хабаря?

Разів \_\_\_\_\_

3. Скільки разів у випадках, коли вас зупиняла поліція за останні 6 місяців, співробітник правоохоронних органів конфіскував у вас голки / шприци?

Разів \_\_\_\_\_

4. Дайте відповідь, будь ласка, на кожне запитання.

Так Ні

Ви КОЛИ-НЕБУДЬ зазнавали фізичного насильства з боку поліції (під фізичним насильством ми маємо на увазі ляпас, удар, стусан, порізи, удари ножем, удушення)?

Чи зазнавали ви фізичного насильства з боку поліції за ОСТАННІ 6 МІСЯЦІВ (під фізичним насильством ми маємо на увазі ляпас, удар, стусан, порізи, удари ножем, удушення)?

Вас КОЛИ-НЕБУДЬ поліція примушувала до будь-якого виду сексу проти вашої волі (під сексом ми маємо на увазі оральний, вагінальний, анальний секс, секс із кількома партнерами, секс із примусу)?

За ОСТАННІ 6 МІСЯЦІВ чи примушувала вас поліція до будь-якого виду сексу проти вашої волі (під сексом ми маємо на увазі оральний, вагінальний, анальний секс, секс із кількома партнерами, секс із примусу)?

Ви КОЛИ-НЕБУДЬ зазнавали загрози фізичного насильства з боку поліції, якщо ви не співпрацюватимете з поліцією?

Вам КОЛИ-НЕБУДЬ погрожував співробітник поліції зброєю, якщо ви не погоджувалися співпрацювати з поліцією (зброєю може бути палиця, пістолет чи ніж)?

10. Чи були ви колись у слідчих ізоляторах (СІЗО)?

Так

Ні

11. Скільки разів ви були в слідчих ізоляторах (СІЗО)?

Разів \_\_\_\_\_

12. Коли ви останнього разу перебували в СІЗО?

Протягом останніх 6 місяців

Приблизно 6–12 місяців тому

Приблизно 1–2 роки тому

Більше 2 років тому

13. Під час останнього перебування в СІЗО скільки років, місяців і днів ви пробули в СІЗО, перш ніж вас перевели до в'язниці або випустили? Вкажіть «0», якщо нуль місяців або днів.

Років \_\_\_\_\_

Місяців \_\_\_\_\_

Днів \_\_\_\_\_

14. Під час останнього перебування в СІЗО ви відчували симптоми синдрому відміни (ломки)?

Так

Ні

15. Ви вживали наркотики ін'єкційним шляхом під час останнього перебування в СІЗО?

Так

Ні

16. Ви сказали, що вживали ін'єкційні наркотики під час останнього перебування в СІЗО. Приблизно скільки людей користувалися тією самою голкою або тим самим шприцом, який ви використовували для ін'єкції наркотику?

Кількість людей \_\_\_\_\_

17. Ви коли-небудь були ув'язнені (не рахуючи СІЗО)?

Так

Ні

18. Скільки вам було років під час першого ув'язнення (НЕ рахуючу СІЗО)?

Років \_\_\_\_\_

19. Скільки разів (приблизно) ви відбували покарання у в'язниці (крім СІЗО)?

Разів \_\_\_\_\_

20. Загалом скільки років, місяців та днів ви провели у в'язниці протягом життя (НЕ рахуючи СІЗО)?

Років \_\_\_\_\_

Місяців \_\_\_\_\_

Днів \_\_\_\_\_

21. За який злочин (або злочини) ви відбували тюремне покарання востаннє?

[Позначте всі відповідні варіанти]

Так      Ні

Вбивство

Розбійний напад

Викрадення майна

Злочин, пов'язаний з наркотиками

Сексуальний злочин

Шахрайство

Інше

22. Коли ви відбували тюремне покарання останнього разу?

Протягом останніх 6 місяців

Приблизно 6–12 місяців тому

Приблизно 1–2 роки тому

Більше 2 років тому

23. Яким був ваш ОСТАННІЙ термін ув'язнення?

Років \_\_\_\_\_

Місяців \_\_\_\_\_

Днів \_\_\_\_\_

24. Чи вживали ви ін'єкційні наркотики під час останнього перебування у в'язниці?

Так

Ні

25. Ви сказали, що вживали наркотики ін'єкційним шляхом під час останнього перебування у в'язниці. Приблизно скільки людей користувалися тією самою голкою або тим самим шприцом, який ви використовували для ін'єкції наркотику?

Кількість людей \_\_\_\_\_

Дякуємо вам за те, що відповіли на запитання цієї анкети! Ми дуже цінуємо ваш внесок у це дослідження. Будь ласка, зверніться до інтерв'юера за подальшими інструкціями.

**Базова соціально-демографічна інформація**

1. Будь ласка, позначте стать, яка найбільше відповідає вам:

Чоловіча

Жіноча

2. Будь ласка, вкажіть місяць і рік вашого народження:

Місяць \_\_\_\_\_

Рік \_\_\_\_\_

3. Як би ви описали свій поточний сімейний статус / статус відносин?

Неодружена / одружена, у шлюбі ніколи не перебував / не перебувала

Шлюб зареєстрований та живемо разом / незареєстрований шлюб  
(співмешкання)

Живу окремо / розлучений / розлучена та зараз самотній / самотня

Вдова / вдівець і зараз самотній / самотня

4. Скільки у вас дітей?

Кількість дітей \_\_\_\_\_

5. Скільки із цих дітей зараз фінансово залежать від вас (ви повинні забезпечувати всі їхні потреби)?

Кількість дітей \_\_\_\_\_

6. Який ваш найвищий закінчений рівень освіти?

Немає освіти

Закінчив початкову школу (1–4 класи)

Неповна середня освіта (5–9 класів)

Повна середня освіта (10–12 класів)

Закінчена професійно-технічна освіта (ПТУ, технікум, коледж)

Неповна вища освіта (закінчив 3 роки)

Повна вища освіта

7. Що з наведеного нижче найкраще описує ваші житлові умови (місце, де ви живете) сьогодні?

У мене є житло у власності

Я винаймаю квартиру / будинок

Житло моєї родини

Житло мого друга (зокрема, хлопця чи дівчини)

Житло різних друзів (вночі, де запропонують ліжко)

Гуртожиток / готель (тимчасове житло)

Притулок для безпритульних

Бездомний

Інше

8. Ви зараз живете один / одна?

Так

Ні

9. Як би ви описали вашу зайнятість СЬОГОДНІ?

Повна зайнятість

Часткова зайнятість

Тимчасова / чезонна

Поденний робітник (денний)

Безробітний

10. Якись із наведених нижче додаткових джерел входять до вашого загального щомісячного доходу?

Так      Ні

Здача в оренду (житла, машини тощо)

Соціальні виплати (пенсія, допомога тощо)

Обмін товарів за гроші

Винагорода за сексуальні послуги

Торгівля наркотиками

Крадіжка / пограбування

Інше

11. Скільки ЗАГАЛОМ грошей у звичайному місяці ви отримуєте з легальних та нелегальних джерел?

\_\_\_\_\_ грн

**Додаток В****Якість життя (стандартизована шкала SF-12)**

У цьому опитуванні питається ваша думка про своє здоров'я. Ця інформація допоможе нам краще зрозуміти, як ви почуваетесь і наскільки добре ви можете виконувати вашу повсякденну діяльність.

Якщо вам потрібно змінити відповідь, поверніться до запитань та виберіть правильний пункт.

Якщо ви не знаєте, як відповісти на запитання, будь ласка, дайте найкращу відповідь, яку ви можете.

1. Як загалом ви б оцінили стан свого здоров'я?

Відмінний

Дуже гарний

Гарний

Задовільний

Поганий

Наступні запитання — про активності, які можна робити протягом звичайного дня.

2. Чи обмежує стан вашого здоров'я виконання вами такої діяльності?

Так

Ні

Енергійні види діяльності, такі як біг, підйом важких предметів, участь у видах спорту, які потребують значних зусиль:

Так, сильно обмежує

Так, трохи обмежує

Ні, зовсім не обмежує

Помірні фізичні навантаження, такі як пересунути стіл, пропилювати, грати у футбол, садити / копати картоплю:

Так, значно обмежує

Так, трохи обмежує

Ні, зовсім не обмежує

Піднятися пішки сходами на кілька прольотів:

Так, значно обмежує

Так, трохи обмежує

Ні, зовсім не обмежує

Митися або переодягатися:

Так, значно обмежує

Так, трохи обмежує

Ні, зовсім не обмежує

3. За останні 4 тижні скільки часу у вас були такі проблеми з роботою або іншою звичайною повсякденною діяльністю через стан вашого фізичного здоров'я?

Виконали менше, ніж ви хотіли б:

Весь час

Більшість часу

Деякий час

Рідко

Ніколи

Ви були обмежені у виконанні будь-якого виду робіт чи іншої діяльності:

Весь час

Більшість часу

Деякий час

Рідко

Ніколи

4. За останні 4 тижні скільки часу у вас були такі проблеми з роботою або іншою звичайною повсякденною діяльністю внаслідок будь-яких емоційних проблем (таких як почуття депресії чи тривоги)?



Зробили менше, ніж хотіли:

Весь час

Більшість часу

Деякий час

Рідко

Ніколи

Виконували роботу або активності менш ретельно, ніж зазвичай:

Весь час

Більшість часу

Деякий час

Рідко

Ніколи

5. За останні 4 тижні, наскільки сильний тілесний біль у вас був?

Не було

Дуже слабкий

Слабкий

Помірний

Сильний

Дуже сильний

6. За останні 4 тижні, якою мірою біль заважав вам займатися вашою нормальною роботою (у тому числі роботою поза домом або по дому)?

Зовсім не заважав

Небагато

Помірно

Сильно

Дуже сильно

Наступні запитання стосуються того, як ви почували себе і яким був ваш настрій протягом останніх 4 тижнів. Будь ласка, на кожне запитання дайте одну відповідь, яка найбільше відповідає вашим відчуттям.

7. Скільки часу протягом останніх 4 тижнів:

Ви почували себе спокійно:

Весь час

Більшість часу

Деякий час

Небагато часу

Ніколи

Ви відчували себе повним сил та енергії:

Весь час

Більшість часу

Деякий час

Рідко

Ніколи

Ви відчували себе пригнічено:

Весь час

Більшість часу

Деякий час

Рідко

Ніколи

Ви були дуже нервозною людиною:

Весь час

Більшість часу

Деякий час

Рідко

Ніколи

8. За останні 4 тижні як часто ваше фізичне здоров'я чи емоційні проблеми заважали вашій соціальній активності (відвідувати друзів, родичів тощо)?

Весь час

Більшість часу

Деякий час

Рідко

Ніколи

**Рівень депресії (стандартизована шкала SF-12)**

Прочитавши кожне з наведених нижче тверджень, будь ласка, виберіть варіант, який найкраще описує, що ви відчували протягом останнього тижня.

1. Скільки днів за останній тиждень вас турбували речі, які раніше не турбували (виберіть лише один варіант):

Рідко або жодного разу (менше 1 дня) (0)

Іноді або небагато (1–2 дні) (1)

Іноді й не дуже довго (3–4 дні) (2)

Майже весь час або постійно (5–7 днів) (3)

2. Скільки днів за останній тиждень вам було важко зосередитися на тому, чим ви займаєтесь (виберіть лише один варіант):

Рідко або жодного разу (менше 1 дня) (0)

Іноді або небагато (1–2 дні) (1)

Час від часу та не дуже довго (3–4 дні) (2)

Майже весь час чи постійно (5–7 днів) (3)

3. Скільки днів за останній тиждень ви відчували депресію (виберіть лише один варіант):

Рідко або жодного разу (менше 1 дня) (0)

Іноді або небагато (1–2 дні) (1)

Час від часу та не дуже довго (3–4 дні) (2)

Майже весь час чи постійно (5–7 днів) (3)

4. Скільки днів за останній тиждень ви відчували, що все, що ви робите, вимагає зусиль (виберіть лише один варіант):

Рідко або жодного разу (менше 1 дня) (0)

Іноді або небагато (1–2 дні) (1)

Час від часу та не дуже довго (3–4 дні) (2)

Майже весь час чи постійно (5–7 днів) (3)

5. Скільки днів за останній тиждень ви відчували надію на майбутнє (виберіть лише один варіант):

Рідко або жодного разу (менше 1 дня) (0)

Іноді або небагато (1–2 дні) (1)

Час від часу та не дуже довго (3–4 дні) (2)

Майже весь час чи постійно (5–7 днів) (3)

6. Скільки днів за останній тиждень ви відчували страх (виберіть лише один варіант):

Рідко або жодного разу (менше 1 дня) (0)

Іноді або небагато (1–2 дні) (1)

Час від часу та не дуже довго (3–4 дні) (2)

Майже весь час чи постійно (5–7 днів) (3)

**Тест для визначення зловживання алкоголем AUDIT**

1. Як часто ви вживаєте спиртні напої?

Ніколи (0)

Один раз на місяць або рідше (1)

Два або чотири рази на місяць (2)

Два або три рази на тиждень (3)

Чотири рази на тиждень або частіше (4)

2. Скільки порцій спиртного ви випиваєте в типовий день, коли ви вживаєте алкоголь? (Під порцією мається на увазі або 0,5 л пива, або 200 мл сухого вина, або 50 мл горілки або коньяку.)

Жодної (0)

1 або 2 (1)

3 або 4 (2)

5 або 6 (3)

7 або 9 (4)

10 або більше (5)

3. Як часто ви випиваєте більше шести порцій алкоголю за один раз?

Ніколи (0)

Один раз на місяць або рідше (1)

Щомісяця (2)

Щотижня (3)

Щодня або майже щодня (4)

4. Як часто протягом минулого року ви помічали, що не в змозі зупинитися, якщо почали пити?

Ніколи (0)

Один раз на місяць або рідше (1)

Щомісяця (2)

Щотижня (3)

Щодня або майже щодня (4)

5. Як часто протягом минулого року ви не виконували того, чого зазвичай від вас очікували, через вживання алкоголю?

Ніколи (0)

Один раз на місяць або рідше (1)

Щомісяця (2)

Щотижня (3)

Щодня або майже щодня (4)

6. Як часто протягом минулого року ви відчували потребу вранці випивати спиртне для того, щоб бути в змозі що-небудь робити після надмірного вживання алкоголю напередодні?

Ніколи (0)

Один раз на місяць або рідше (1)

Щомісяця (2)

Щотижня (3)

Щодня або майже щодня (4)

7. Як часто ви відчували почуття провини або дорікали собі з приводу вживання алкоголю?

Ніколи (0)

Один раз на місяць або рідше (1)

Щомісяця (2)

Щотижня (3)

Щодня або майже щодня (4)

8. Як часто протягом минулого року ви не могли пригадати подій попереднього дня через те, що були в стані сп'яніння?

Ніколи (0)

Один раз на місяць або рідше (1)

Щомісяця (2)

Щотижня (3)

Щодня або майже щодня (4)

9. Чи траплялося, що ви в стані сп'яніння були причиною травмування себе або людей довкола?

Ніколи (0)

Один раз на місяць або рідше (1)

Щомісяця (2)

Щотижня (3)

Щодня або майже щодня (4)

10. Чи траплялося, що хтось із членів вашої родини, хтось із друзів або лікар висловлював свою стурбованість з приводу вживання вами алкоголю або радив вам менше пити?

Ніколи (0)

Один раз на місяць або рідше (1)

Щомісяця (2)

Щотижня (3)

Щодня або майже щодня (4)

Разом: \_\_\_\_ балів

*Якщо загальна кількість балів складає 8 або більше, слід звернутися до лікаря і продовжити обстеження, а за необхідності — отримати допомогу.*



### Ін'єкційна поведінка

1. Як часто ви вживали наркотики ін'єкційним шляхом за останні 30 днів?

Жодного разу

1 раз

2–3 рази

Приблизно раз на тиждень

2–3 рази на тиждень

4–6 разів на тиждень

Майже кожного дня

2–3 рази на день

4 або більше разів на день

Спробуйте згадати, як ви робили ін'єкції наркотиків протягом останніх 30 днів.

2. Як часто ви користувалися голками або шприцом, якими перед цим користувалася інша людина?

Завжди

Найчастіше

Приблизно в половині випадків

Іноді

Ніколи

3. Ви користувалися загальними голками або шприцами за останні 30 днів із будь-ким із наведених нижче людей?

Так      Ні

Постійний статевий партнер

Випадковий статевий партнер

Друг

Наркодилер

Інший наркоспоживач, якого ви не дуже добре знаєте

Інше (вказіть)

4. Скільки партнерів, з якими ви користувалися загальними голками або шприцами під час ін'єкції наркотиків, у вас було за останні 30 днів?

Кількість \_\_\_\_\_

5. Скільки днів ви робили ін'єкції наркотиків за останні 30 днів?

Кількість \_\_\_\_\_

6. В середньому скільки разів на день ви робили ін'єкції наркотиків за останні 30 днів?

Кількість \_\_\_\_\_

7. Скільки особистих нових запечатаних голок (у тому числі вже вставлених у шприци) ви отримали в пункті обміну голок та шприців чи в іншому місці?

Кількість \_\_\_\_\_

8. Скільки цих голок ви отримали в пункті обміну голок і шприців?

Кількість \_\_\_\_\_

11. Скільки нових запечатаних голок, які ви отримали протягом останніх 30 днів, вже були вставлені в шприци?

Кількість \_\_\_\_\_

## Додаток 3

**Контрольний перелік запитань для оцінювання  
діагностичних критеріїв синдрому залежності МКБ-10**

Пропоновані нижче запитання стосуються симптомів, викликаних вживанням героїну або іншого опіюїду, з приводу чого нині ви отримуєте лікування. Запитання стосуються часового періоду, що безпосередньо передував початку вашого теперішнього лікування.

[У наступних запитаннях замініть слово «наркотик» назвою вживаного вами опіюїду]

B1	Чи було у вас сильне бажання або сильний (компульсивний) потяг до вживання наркотику (тяга)?	Так	Ні
B2	Чи вважали ви, що вам важко або неможливо контролювати вживання наркотику?	Так	Ні
B3	Чи виникали у вас симптоми відміни (ломки) після того, як протягом деякого часу ви обходилися без наркотику?	Так	Ні
B4	Чи вживали ви наркотик для полегшення або запобігання симптомам відміни?	Так	Ні
B5	Чи зауважували ви, що для досягнення такого самого фізичного або психічного стану вам потрібна більша доза наркотику (толерантність)?	Так	Ні
B6	Чи хотіли ви з часом звизити спосіб і характер вживання наркотику, прагнучи до постійного повторення тих же відчуттів?	Так	Ні
B7	Чи нехтували ви дедалі більше іншими задоволеннями або інтересами на користь вживання наркотику?	Так	Ні
B8	Чи почували ви, що вживання наркотику завдає вам психологічної або фізичної шкоди?	Так	Ні
B9	Чи продовжували ви вперто вживати наркотик, незважаючи на явні ознаки шкідливих наслідків?	Так	Ні
B10	Скільки часу тривало проблемне вживання наркотику?	Так	Ні
	у роках	а	
	у місяцях	б	
B11	а. Відзначте, чи є у вас синдром опіюїдної залежності (F11.2)	Так	Ні
	б. Якщо «так», вкажіть конкретний опіюїд		

Про синдром залежності свідчить наявність трьох і більше симптомів з (B1), (B2), (B3), (B4 або B5), (B6 або B7), (B8 або B9).

**МБФ «Альянс громадського здоров'я»**

Запрошуємо вас взяти участь у дослідженні стану та розширення доступу до ЗПТ в Україні. Нижче наведено повну інформацію про дослідження. Будь ласка, не вагайтеся ставити будь-які запитання, які можуть виникнути під час прочитання цієї форми.

**Назва проєкту, який реалізує дослідження:** «Розширення доступу до замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) в Україні»

Ми просимо вас взяти участь у дослідженні стану та розширення доступу до ЗПТ в Україні. Участь в дослідженні займе близько 1–1,5 години вашого часу та є добровільною. Ми просимо вас взяти участь у цьому опитуванні, щоб допомогти нам виявити поширені бар'єри до початку лікування у програмі ЗПТ, а також для того, щоб дізнатися більше про ваші уподобання щодо ЗПТ.

**Мета** дослідження — проаналізувати стан та бар'єри щодо перебування в програмі ЗПТ в Україні.

Ви один із більше 2000 учасників цього дослідження, яке проводиться у 5 областях України. Ваша область — одна з них. Вас запросили взяти участь у цьому дослідженні, оскільки ви вже відповідаєте або раніше відповідали критеріям визначення опіоїдної залежності. Це опитування триватиме близько 1,5 години. Протягом цього часу ми поставимо вам запитання на теми, пов'язані з медикаментозною підтримувальною терапією, у тому числі ЗПТ. Вас попросять заповнити анкету на планшеті / комп'ютері.

Ваша участь у цьому дослідженні повністю добровільна, і ніхто не може змусити вас брати участь у ньому, якщо ви цього не захочете. Ваше рішення брати участь чи не брати участь не вплине на вашу можливість доступу до медичного обслуговування та лікування в будь-якому закладі. Ви також повинні знати, що вся надана вами інформація буде конфіденційною. Ваше ім'я або інші ідентифікаційні дані не будуть передані третій стороні. Будуть передані лише загальні дані, які не

містять жодної ідентифікуючої інформації для подальшого аналізу отриманих даних.

### **Процедура збирання даних**

Якщо ви вирішите взяти участь у цьому дослідженні, ви зустрінетеся з інтерв'юером та самостійно відповісте на запитання анкети на планшеті / комп'ютері. Під час опитування вам будуть поставлені запитання про такі проблеми, як вживання наркотиків та/або алкоголю, здоров'я, досвід лікування, сексуальна поведінка, ВІЛ/СНІД. Опитування є анонімним, і ми не проситимемо вас вказувати своє ім'я або будь-яку іншу особисту ідентифікаційну інформацію. Проте інтерв'юер матиме захищений запис вашої контактної інформації для цілей набору в дослідження, ця інформація не буде пов'язана з інформацією, яку ви повідомите під час опитування. Ніхто зі співробітників вашої програми не буде присутнім і не почує ваших відповідей. Інформація, якою ви ділитесь з інтерв'юером та на планшеті / комп'ютері, зберігатиметься в повній конфіденційності.

Якщо ви вирішите взяти участь, вам необхідно буде здати експрес-аналіз крові з пальця на ВІЛ. Це стандартні тести, які зазвичай проводяться в межах планового медичного обстеження. Результати тесту ви отримаєте того ж дня протягом 15–20 хвилин.

Якщо результат експрес-тесту на ВІЛ буде позитивним, буде проведено другий експрес-тест на ВІЛ. Якщо результат другого експрес-тесту на ВІЛ буде позитивним, буде проведено забір СКК для подальшого оцінювання ранньої ВІЛ-інфекції. Усі зібрані зразки СКК будуть направлені до лабораторії для оцінювання рівня вірусного навантаження ВІЛ.

Тести проводитимуться кваліфікованими співробітниками дослідження. Результати будуть записані разом із даними вашого інтерв'ю без будь-якої персональної чи ідентифікуючої інформації. Ви також матимете можливість отримати приватну консультацію до і після тесту і, за необхідності, отримати

інформацію для подальшого лікування. Консультації та рекомендації надаватимуться індивідуально та в окремому приміщенні.

### **Можливі ризики та незручності**

Деякі теми або запитання можуть здатися незручними для обговорення. Ви завжди можете відмовитись відповідати на будь-яке запитання або надавати будь-яку інформацію.

Якщо результат тестування на ВІЛ виявиться позитивним, це може вас засмутити. У такому випадку вам буде надано приватну консультацію та видано направлення для отримання необхідної медичної допомоги. Ви також можете ухвалити рішення не проходити тестування, але це не дасть вам можливості закінчити участь у дослідженні.

### **Потенційні переваги для учасника та/або суспільства**

Ви пройдете безкоштовне тестування на ВІЛ та отримаєте напрями для медичної допомоги у разі потреби. Результати дослідження можуть виявитися корисними для людей з вашого оточення, оскільки допоможуть розробити досконаліші підходи для забезпечення доступу до медикаментозної підтримувальної терапії в Україні в майбутньому. Ваші знання будуть корисні для цього дослідження.

### **Вартість для суб'єкта та оплата**

Ви отримаєте невелику мотивуючу плату за участь у дослідженні в розмірі 500 гривень. Це компенсація за виділений вами час для участі в дослідженні.

### **Конфіденційність**

Члени дослідницької команди зроблять усе можливе, щоб зберегти вашу конфіденційність. У жодній публікації, підготовленій у результаті цього дослідження, не буде згадуватись ваше ім'я або особиста інформація. Тільки проектний та дослідницький персонал матиме доступ до вашої ідентифікаційної

інформації (наприклад, контактної інформації) лише з метою набору в дослідження, яка надійно зберігатиметься окремо від вашої анкетної інформації, ніяк не може бути пов'язана з вашою особистою інформацією та буде знищена після аналізу результатів дослідження.

### **Права суб'єкта**

Якщо ви погоджуєтесь на участь у цьому дослідженні, ви зберігаєте всі свої юридичні права. Підписання цієї форми означає, що ви почули чи прочитали інформацію про дослідження та погоджуєтесь на участь у ньому. Усі дослідження, у яких беруть участь люди, підлягають етичній експертизі комітету, який займається захистом ваших прав. Якщо у вас є запитання чи побоювання щодо дотримання своїх прав як учасника дослідження, ви можете анонімно зателефонувати до Анни Метелюк, координатора дослідження, за телефоном +38 (098) 822 05 10.

### **Участь та вихід із дослідження**

Участь в дослідженні є добровільною. Ви можете відмовитись від участі, закінчити участь у будь-який момент, з будь-яких причин або відмовитися відповідати на будь-які особисті запитання без жодних наслідків. У свою чергу, якщо ви пропустите більшість питань або в силу інших причин ваші відповіді будуть загальними і не зможуть надалі трактуватись як експертні, інтерв'юер може завершити дослідження достроково та відмовити вам у подальшій участі.

### **Фінансові зобов'язання**

Ви не несете жодних витрат у зв'язку з участю в дослідженні.

### **Інформація про дослідницьку команду**

Якщо у вас виникнуть будь-які запитання про дослідження, ви можете зателефонувати головному досліднику Анні Метелюк до Альянсу громадського

здоров'я, м. Київ, Україна, за телефоном: +38 (098) 822 05 10 або надіслати лист електронною поштою: [meteliuk@aph.org.ua](mailto:meteliuk@aph.org.ua).

---

**Підпис особи, яка оформлювала згоду**

---

**Дата**



**Decision of the Meeting  
of Institutional Review Board  
International Charitable Foundation «Alliance for Public Health»**

**Kyiv, 03.02.2023**

Meeting no.: 2/09	03.02.2023
Trial Title: <i>Expanding access to medication assisted treatment in Ukraine — qualitative component</i>	
Principle Investigator: Anna Meteliuk	
Items considered: CV, Letter of request, Study protocol, study tools	
Re-review: No	Previous review date: N/A
Meeting's decision	Approved
Decision validity term	N/A

Chairperson

Signature

**Zahedul Islam**

### Форма скринінгу для участі в дослідженні

Будь ласка, поставте «+» у відповідь на наведені нижче запитання.

№	Запитання	Так	Ні
1	Ви вже брали участь у цьому дослідженні?		
2	Чи був у вас досвід вживання наркотиків ін'єкційно хоча б один раз протягом останніх 30 днів?		
3	Вам вже виповнилося 18 років?		
4	Ви проживаєте у м. Дніпро, Київ, Львів, Миколаїв, Одеса?		
5	Ви надаєте згоду на проведення напівструктурованого інтерв'ю та його аудіозапис?		

**Висновок інтерв'юєра** \_\_\_\_\_

**Підпис інтерв'юєра** \_\_\_\_\_

**Дата проведення скринінгу** \_\_\_\_\_

**Форма скринінгу для участі в дослідженні**

Будь ласка, поставте «+» у відповідь на наведені нижче запитання.

№	Запитання	Так	Ні
1	Ви вже брали участь у цьому дослідженні?		
2	Ви перебуваєте на програмі ЗПТ не менше 6 місяців?		
3	Вам вже виповнилося 18 років?		
4	Ви проживаєте у м. Дніпро, Київ, Львів, Миколаїв, Одеса?		
5	Ви надаєте згоду на проведення напівструктурованого інтерв'ю та його аудіозапис?		

**Висновок інтерв'юера** \_\_\_\_\_

**Підпис інтерв'юера** \_\_\_\_\_

**Дата проведення скринінгу** \_\_\_\_\_

**МБФ «Альянс громадського здоров'я»**

Запрошуємо вас узяти участь у дослідженні стану та розширення доступу до ЗПТ в Україні. Нижче наведено повну інформацію про дослідження. Будь ласка, не вагайтеся ставити будь-які запитання, які можуть виникнути під час прочитання цієї форми.

**Назва проєкту, який реалізує дослідження:** «Розширення доступу до замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) в Україні».

Ми просимо вас узяти участь у дослідженні стану та розширення доступу до ЗПТ в Україні. Участь у дослідженні займе близько 1–1,5 години вашого часу та є добровільною.

**Мета** дослідження — проаналізувати стан та бар'єри щодо перебування в програмі ЗПТ в Україні.

Ви один із 50 учасників цього дослідження, яке проводиться у 5 областях України. Ваша область — одна з них. Ми попросимо вас узяти участь у нашому дослідженні, яке передбачає напівструктуроване глибоке інтерв'ю. Протягом інтерв'ю ми поставимо запитання щодо вашого ставлення та досвіду з програми ЗПТ, тестування на ВІЛ, прийому терапії та дотичних до цих тем питань.

Ваші знання будуть корисні для цього дослідження. Під час інтерв'ю буде здійснюватися аудіозапис, який потім буде переведено в текстовий формат. Відеозапис здійснюватися не буде. Ваші відповіді будуть використані під час підготовки аналітичного звіту. Перед початком інтерв'ю у вас буде можливість поставити уточнюючі запитання інтерв'юєру та отримати на них відповіді.

Ваша участь у цьому дослідженні повністю добровільна, і ніхто не може змусити вас брати участь у ньому, якщо ви цього не захочете. Ваше рішення брати участь чи не брати участь не вплине на вашу можливість доступу до медичного обслуговування та лікування в будь-якому закладі. Ви також повинні знати, що вся надана вами інформація буде конфіденційною. Ваше ім'я або інші ідентифікаційні дані не будуть передані третій стороні. Будуть передані лише загальні дані, які не

містять жодної ідентифікуючої інформації для подальшого аналізу отриманих даних.

### **Ризики та незручності**

Існує ризик того, що ви можете почувати себе некомфортно, коли будете говорити про певні теми під час опитування. Однак ми не хочемо, щоб склалася ця ситуація. Вам не доведеться відповідати на будь-яке запитання або брати участь в інтерв'ю, якщо ви відчуваєте, що запитання важкі або виходять за межі вашої компетенції.

### **Потенційні переваги**

Ваш досвід у майбутньому може допомогти під час планування інтервенцій, орієнтованих на ключові групи, профілактичних програм, підготовки інших досліджень.

### **Вартість для суб'єкта та оплата**

Ви отримаєте компенсацію у вигляді банківського переказу на вказану вами картку в розмірі 350 грн після проведення інтерв'ю. Ця сума передбачає компенсацію за ваш час та за телефонні витрати, пов'язані з участю в дослідженні.

### **Конфіденційність**

Усі інтерв'ю є анонімними. Їхні результати будуть оцифровані і міститимуть лише ваш код. Дані не міститимуть вашого імені. Доступ до даних дослідження матиме виключно персонал дослідження. Інформація, отримана під час вашого інтерв'ю, буде використана лише для цілей дослідження, однак жодні звіти чи публікації про дослідження не міститимуть вашого імені.

### **Права суб'єкта**

Якщо ви погоджуєтесь на участь у цьому дослідженні, ви зберігаєте всі свої юридичні права. Підписання цієї форми означає, що ви почули чи прочитали інформацію про дослідження та погоджуєтесь на участь у ньому. Усі дослідження, у яких беруть участь люди, підлягають експертизі комітету, який займається

захистом ваших прав. Якщо у вас є запитання чи побоювання щодо дотримання своїх прав як учасника дослідження, ви можете анонімно зателефонувати до Анни Метелюк, координатора дослідження, за телефоном +38 (098) 822 05 10.

### **Право на відмову чи припинення участі**

Участь у цьому дослідженні добровільна. У вас є право відмовитись від участі. Якщо ви вирішили взяти участь у дослідженні та змінили свою думку, ви можете припинити свою участь у дослідженні в будь-який момент. У свою чергу, якщо ви пропустите більшість запитань або в силу інших причин ваші відповіді будуть загальними і не зможуть надалі трактуватись як експертні, інтерв'юер може завершити дослідження достроково та відмовити вам у подальшій участі.

### **Участь та вихід із дослідження**

Участь у дослідженні є добровільною. Ви можете відмовитись від участі, закінчити участь у будь-який момент, з будь-яких причин або відмовитися відповідати на будь-які особисті запитання без жодних наслідків. У свою чергу, якщо ви пропустите більшість запитань або в силу інших причин ваші відповіді будуть загальними і не зможуть надалі трактуватись як експертні, інтерв'юер може завершити дослідження достроково та відмовити вам у подальшій участі.

### **Фінансові зобов'язання**

Ви не несете жодних витрат у зв'язку з участю в дослідженні.

### **Інформація про дослідницьку команду**

Якщо у вас виникнуть будь-які запитання про дослідження, можете зателефонувати головному досліднику Анні Метелюк до Альянсу громадського здоров'я, м. Київ, Україна, за телефоном: +38 (098) 822 05 10 або надіслати лист електронною поштою: [meteliuk@aph.org.ua](mailto:meteliuk@aph.org.ua).

---

**Підпис особи, яка оформлювала згоду**

---

**Дата**

## Додаток О

**Форма збору соціально-демографічної інформації серед ЛВІН,  
які погодилися взяти участь у дослідженні**

<b>№</b>	<b>Запитання</b>	<b>Відповідь</b>
	Код респондента	
1	Стать	
3	Назва населеного пункту, в якому наразі проживаєте (місто / село / селище)	
4	Вік на момент інтерв'ю	
5	Сімейний стан	
6	Працевлаштування	
7	Ви знаєте свій ВІЛ-статус?	
8	ВІЛ-статус	
9	Скільки разів тестувалися на ВІЛ за життя?	
10	Ви вживаєте наркотичні речовини ін'єкційно?	
11	Стаж вживання наркотичних речовин ін'єкційно	
12	Кількість ін'єкцій за останні 30 днів	

**Гайд напівструктурованого інтерв'ю для ЛВІН,  
які на момент збирання даних перебували в програмі ЗПТ**

**Вступ**

Доброго дня, мене звати \_\_\_\_\_ . Я представляю МБФ «Альянс громадського здоров'я», який проводить дослідження з метою оцінювання стану та потенціалу програми ЗПТ щодо профілактики ВІЛ, яка реалізовувалася, зокрема, й у вашому регіоні. Вас запросили взяти участь у дослідженні як людину, яка має відповідні знання в цьому питанні. Під час інтерв'ю я вам буду ставити запитання, які потребують розгорнутих відповідей. Неправильних відповідей на поставлені запитання не існує, мене цікавить ваш щирий та відвертий досвід щодо досліджуваної теми.

**Інтерв'юєре! Надайте або зачитайте форму інформованої згоди.**

**Блок 1. Соціально-демографічна інформація**

- Ключова група
- Місто
- Стать
- Вік
- Сімейний стан
- Працевлаштування
- Стаж вживання наркотиків
- Основний наркотик

**Блок 2. Для клієнтів програми ЗПТ**

- Як ви дізнались про програму ЗПТ?
- Чому ви прийняли рішення розпочати ЗПТ?
- На базі якого медичного закладу ви отримуєте ЗПТ?



- Який препарат ви приймаєте станом на сьогодні?
- Яке ваше щоденне дозування?
- Коли ви почали ЗПТ?
- Наскільки ви задоволені цим лікуванням?
- Яких умов та правил ви повинні були дотримуватись, щоб отримувати препарат?
- Яка з перелічених вами умов була для вас найбільш складною для виконання?
- Яку мету ваш лікар встановив для вас у цьому лікуванні?
- На вашу думку, які позитивні аспекти має ЗПТ?
- Які негативні аспекти має ЗПТ?
- Чи отримуєте ви соціальний супровід, тобто психологічне консультування чи допомогу, у вирішенні питань щодо пошуку роботи, житла тощо?
- Якщо ви отримуєте соціальний супровід, чи допомагає вам це в утриманні на програмі ЗПТ?
- Яка з форм підтримки для вас найбільш важлива? Лікар, соціальний працівник, друзі, сім'я тощо?
- Чи хотіли б ви щось змінити в програмі ЗПТ? Якщо так, то що саме?
- Що могло б полегшити ваше утримання в програмі?
- Що могло б сприяти, щоб ви почали приймати ЗПТ раніше?

### **Блок 3. ВІЛ-статус та реєстрація в центрі СНІДу**

- Чи знаєте ви свій ВІЛ-статус?
- Які були ваші наступні кроки?
- З ким ділились? Чому?
- Ставлення оточення
- Що змінилося?
- Реєстрація в центрі СНІДу
- Чому так або чому ні?
- Роль соціального працівника

- Роль медичних працівників
- Роль близького оточення
- Наступні кроки

#### **Блок 4. Супровід та початок АРТ**

- Вам призначили АРТ?
- Як це відбувалося?
- Кому розповідали?
- Ви почали прийом АРТ?
- Ваші близькі знають, що вам призначили / ви почали прийом АРТ?
- Розкажіть, як приймали рішення (з ким)
- Ви радилися з близькими?
- Ставлення близьких
- Розкажіть про роль соцпрацівника в процесі призначення / початку АРТ
- Розкажіть про роль медичного працівника в процесі призначення / початку

#### **АРТ**

- Якщо ні — чому?
- Ви приймаєте АРТ так, як призначено?
- Чому так або чому ні?
- Роль соціального працівника
- Плани на майбутнє

#### **Блок 5. Якість життя**

- Чи помінялося щось у вашому житті після тестування на ВІЛ?
- Що саме?
- Це стосується лише вас або когось ще з близького оточення?
- Спитати про працевлаштування
- Спитати про стосунки в родині
- Спитати про романтичні відносини, приватне життя
- Чи змінилося якое самопочуття?

- Яким чином?
- Чи змінилася якість зовнішність?
- Яким чином?
- Інші коментарі
- Загальне враження про власне життя

### **Завершення**

Чи може респондент щось ще додати до сказаного вище за всіма блоками?

Можливо, респондент хоче поділитися інформацією без запису.

**Гайд напівструктурованого інтерв'ю для ЛВІН,  
які на момент збирання даних не перебували в програмі ЗПТ**

**Вступ**

Доброго дня, мене звати \_\_\_\_\_ . Я представляю МБФ «Альянс громадського здоров'я», який проводить дослідження з метою оцінювання стану та потенціалу програми ЗПТ щодо профілактики ВІЛ, яка реалізовувалася, зокрема, й у вашому регіоні. Вас запросили взяти участь у дослідженні як людину, яка має відповідні знання в цьому питанні. Під час інтерв'ю я вам буду ставити запитання, які потребують розгорнутих відповідей. Неправильних відповідей на поставлені запитання не існує, мене цікавить ваш щирий та відвертий досвід щодо досліджуваної теми.

**Блок 1. Соціально-демографічна інформація**

- Ключова група
- Місто
- Стать
- Вік
- Сімейний стан
- Працевлаштування

**Блок 2. Досвід вживання наркотиків**

- Скільки років ви вживаєте наркотичні речовини? Скільки вам було років, коли ви вперше спробували наркотичні речовини неін'єкційним шляхом та ін'єкційним?
- Який наразі ваш основний наркотик? (Основний — це той, який ви вживаєте найчастіше.) Як часто ви його вживаєте? (Один раз на день, два рази на день, один раз у два дні.)
- Яким ще наркотичним речовинам ви надаєте перевагу? Як часто ви їх вживаєте?

**Блок 3. Для ЛВІН**

- Чи чули ви про програму ЗПТ?
- Назвіть причини, чому ви не на ЗПТ

**Блок 3. ВІЛ-статус та реєстрація в центрі СНІДу**

- Чи знаєте ви свій ВІЛ-статус?
- Які були ваші наступні кроки?
- З ким ділились? Чому?
- Ставлення оточення
- У вашому оточенні багато людей, які живуть із ВІЛ?
- Ви з ними спілкуєтеся на ці теми?
- Ви радите близьким або друзям тестуватися на ВІЛ?
- Чому так або чому ні?
- Які в них думки щодо власного ВІЛ-статусу?
- Вони зареєстровані в центрі СНІДу?
- Що змінилося?
- Реєстрація в центрі СНІДу
- Чому так або чому ні?
- Роль соціального працівника
- Роль медичних працівників
- Роль близького оточення
- Наступні кроки

**Блок 4. Супровід та початок АРТ**

- Вам призначили АРТ?
- Як це відбувалося?
- Кому розповідали?
- У вашому оточенні багато людей, які приймають АРТ?
- Ви з ними спілкуєтеся на ці теми?
- Які в них думки щодо АРТ?

- Ви почали прийом АРТ?
- Ваші близькі знають, що вам призначили / ви почали прийом АРТ?
- Розкажіть, як приймали рішення (з ким)
- Ви радилися з близькими?
- Ставлення близьких
- Розкажіть про роль соцпрацівника в процесі призначення / початку АРТ
- Розкажіть про роль медичного працівника в процесі призначення / початку

## АРТ

- Якщо ні — чому?
- Ви приймаєте АРТ так, як призначено?
- Чому так або чому ні?
- Роль соціального працівника
- Плани на майбутнє

## **Блок 5. Якість життя**

- Чи помінялося щось у вашому житті після тестування на ВІЛ?
- Що саме?
- Це стосується лише вас або когось ще з близького оточення?
- Ви обговорюєте з близькими ці моменти?
- Ви радите близьким або друзям тестуватися на ВІЛ?
- Чому так або чому ні?
- Чи вплинуло знання вашого ВІЛ-статусу на ін'єкційну поведінку?
- Яким чином?
- Спитати про працевлаштування
- Спитати про стосунки в родині
- Спитати про романтичні відносини, приватне життя
- Чи вплинуло знання вашого ВІЛ-статусу на сексуальну поведінку?
- Яким чином?
- Чи змінилося якое самопочуття?
- Яким чином?

- Чи змінилася якість зовнішність?
- Яким чином?
- Інші коментарі
- Загальне враження про власне життя

### **Завершення**

Чи може респондент щось ще додати до сказаного вище за всіма блоками?

Можливо, респондент хоче поділитися інформацією без запису.



5 Dilova st., building 10A, 9th floor  
 03150 Kyiv, Ukraine  
 Tel.: (+380 44) 490-5485  
 Fax: (+380 44) 490-5489  
 info@aph.org.ua | www.aph.org.ua

**Decision of the Meeting  
 Of Institutional Review Board  
 International Charitable Foundation «Alliance for Public Health»**

**Kyiv, 03.02.2023**

Meeting no.: 2/09	03.02.2023
Trial Title: <i>Expanding access to medication assisted treatment in Ukraine — qualitative component</i>	
Principle Investigator: Anna Meteliuk	
Items considered: CV, Letter of request, Study protocol, study tools	
Re-review: No	Previous review date: N/A
Meeting's decision	Approved
Decision validity term	N/A

Chairperson

Signature

**Zahedul Islam**



**КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«ДНІПРОПЕТРОВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА КЛІНІЧНА  
ЛІКАРНЯ З НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ»  
ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ  
(КП «ДБКЛПД» ДОР)**

---

вул. Бехтерева, 1, м. Дніпро, 49115. Тел./факс: 753-44-96  
E-mail: dbk1pd@psyhohelp.info, <http://dkpl.at.ua/>, код згідно з ЄДРПОУ 01985400

**Акт про впровадження результатів дисертації  
Метелюк Анни Сергіївни  
«Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії»,  
поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії  
зі спеціальності 231 — Соціальна робота**

Протягом 2022–2023 років на базі комунального підприємства «Дніпропетровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради (далі — КП «ДБКЛПД» ДОР) А. С. Метелюк в межах дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії» проводила збирання даних серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВІН) та перебувають у програмі замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) з використанням структурованої анкети та напівструктурованих інтерв'ю. Загалом серед пацієнтів КП «ДБКЛПД» ДОР в дослідженні взяли участь:

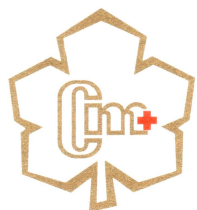
- 153 ЛВІН, які на момент опитування перебували в програмі ЗПТ, в межах кількісного компонента дослідження;
- 5 ЛВІН, які на момент опитування перебували в програмі ЗПТ, в межах якісного компонента дослідження.

По завершенню аналізу даних Анною Метелюк було організовано зустріч для презентації результатів дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії». Презентація містила безпосередньо результати дослідження, а також науково-практичні рекомендації щодо їх впровадження на сайтах ЗПТ. Слід зазначити, що на презентації результатів дослідження були присутні не лише представники сайту ЗПТ на базі КП «ДБКЛПД» ДОР, а також медичні та соціальні працівники інших сайтів ЗПТ м. Дніпро.

Науково-практичні рекомендації щодо впровадження результатів дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії» на сайтах ЗПТ дали змогу розширити та поглибити знання працівників сайтів ЗПТ щодо чинників та бар'єрів вступу ЛВІН у програму, визнати роль соціального супроводу в профілактиці ВІЛ серед цієї ключової групи та активно використовувати їх у поточній роботі для подальшого розширення програми ЗПТ в Дніпропетровській області.

**Генеральний директор  
Професор**

**С. М. Мороз**



ТЕРПІННЯ І НАДІЯ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«КИЇВСЬКА МІСЬКА НАРКОЛОГІЧНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ  
«СОЦІОТЕРАПІЯ»  
ВИКОНАВЧОГО ОРГАНУ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ  
(КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ)

від 06.12.2023  
№ 1849

пров. Деміївський, 5-А, м. Київ, 03039,  
тел. (044) 258-68-91, факс (044) 259-90-39,  
e-mail: kmmkl\_socio@kyivcity.gov.ua, код ЄДРПОУ 05496862

**Акт про впровадження результатів дисертації  
Метелюк Анни Сергіївни  
«Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії»,  
поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії  
зі спеціальності 231 – Соціальна робота**

Дозвольте висловити Вам свою повагу та повідомити про наступне.

В рамках дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії» в 2022-2023 рр. на базі КНП «Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія» А.С. Метелюк проводила збір кількісних даних серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВІН) та перебувають в програмі замісної підтримувальної терапії (ЗПТ). Спочатку було зібрано кількісні дані за допомогою он-лайн опитувальника серед 262 пацієнтів програми ЗПТ нашої установи, за результатами яких було проведено 5 напівструктурованих інтерв'ю серед ЛВІН, які на момент збору даних перебували в програмі ЗПТ.

Основними складовими опитувальників були:

- Базові демографічні характеристики
- Досвід вживання ін'єкційних наркотиків
- Ризикована ін'єкційна поведінка
- Ризикована сексуальна поведінка
- Депресія
- Вживання алкоголю
- Якість життя
- Взаємодія із правоохоронними органами

Основними темами напівструктурованих інтерв'ю були:

- Бар'єри та чинники вступу в програму ЗПТ серед ЛВІН
- Бар'єри та чинники тестування на ВІЛ серед ЛВІН
- Почату лікування ВІЛ
- Роль соціального супроводу на сайтах ЗПТ в тестуванні та лікуванні ВІЛ

В серпні 2023 року на базі КНП «Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія» А.С. Метелюк було проведено підсумкову зустріч за результатами

дисертаційного дослідження. Окрім безпосередньо результатів, працівникам сайтів ЗПТ були надані практичні рекомендації щодо апробації отриманих результатів серед ЛВІН щодо соціальної профілактики ВІЛ, мотивації ЛВІН для вступу та утримання в програмі ЗПТ, лікуванню ВІЛ, тощо. Наразі отримані практичні рекомендації, отримані в рамках дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії» А.С. Метелюк активно використовуються у щоденній роботі як медичними, так і соціальними працівниками КНП «Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія».

З повагою

Директор



Володимир ЯРИЙ

КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ  
ЛЬВІВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР  
ПРЕВЕНЦІЇ ТА ТЕРАПІЇ УЗАЛЕЖНЕНЬ

79007, м. Львів, вул. Лепкого, 8 тел. (032) 255-55-44, тел/факс (032) 255-00-90, E-mail: lodknd@meta.ua

06.12.2023 № 1078  
На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

## Акт про впровадження результатів дисертації

**Метелюк Анни Сергіївни**  
**«Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії»,**  
**поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії**  
**зі спеціальності 231 – Соціальна робота**

Упродовж 2022 року на базі КНП ЛОР «Львівський обласний медичний центр превенції та терапії узалежнень»88 здійснювався збір даних серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно та перебувають в програмі замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), в рамках дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії». Серед пацієнтів було проведено збір кількісних даних за допомогою он-лайн опитувальника, який включав питання про досвід лікування залежності, зловживання наркотичними речовинами, алкоголем, досвіду ризикованої поведінки, тощо.

По завершенню дослідження А.С. Метелюк було проведено презентацію результатів дослідження, а також організовано та проведено п'ять напівструктурованих інтерв'ю із людьми, які вживають наркотики ін'єкційно та перебувають в програмі замісної підтримувальної терапії. Такі інтерв'ю проводилися і в інших містах проведення дослідження. По закінченню аналізу якісних даних А.С. Метелюк було представлено результати дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії», а також практичні рекомендації щодо їх впровадження.

Таким чином, результати дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії» сприяли підвищенню рівня поінформованості як людей, які вживають наркотики ін'єкційно, так і соціальних та медичних працівників сайтів замісної підтримувальної терапії щодо бар'єрів та фасилітуючих факторів вступу в програму ЗПТ, а також ролі замісної підтримувальної терапії в соціальній профілактиці ВІЛ.

Директор



**Мирослава КАБАНЧИК**



**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«ОДЕСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР  
ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я» ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»**

Код ЄДРПОУ: 38644773. Вулиця Академіка Воробйова, 9, м. Одеса 65031.  
тел.: (048)750-46-07, E-mail: oomcnp@gmail.com

**Акт про впровадження результатів дисертації  
Метелюк Анни Сергіївни  
«Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії»,  
поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії  
зі спеціальності 231 – Соціальна робота**

Упродовж 2022-2023 років на базі КНП "Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я" ООР здійснювався збір даних серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВІН) та перебувають в програмі замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), в рамках дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії».

Збір даних проводився в 2 етапи:

1. Кількісний збір даних – за допомогою структурованого опитувальника було охоплено 104 ЛВІН, які на момент збору даних перебували в програмі ЗПТ.
2. Якісний збір даних – за допомогою напівструктурованих інтерв'ю було охоплено 5 ЛВІН, які на момент збору даних перебували в програмі ЗПТ.

Після аналізу кількісних та якісних даних 25 вересня 2023 року Анною Метелюк було проведено презентацію результатів дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії» для працівників сайту ЗПТ на базі КНП "Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я" ООР. Під час даної зустрічі було представлено результати кількісного та якісного компонентів дослідження. Після зустрічі соціальним та медичним працівникам сайтів ЗПТ було надано рекомендації щодо впровадження висновків та рекомендацій, отриманих в рамках дисертаційного дослідження.

Наразі науково-практичні рекомендації, отримані під час дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії», активно використовуються для покращення якості та ефективності надання послуг із соціальної профілактики ВІЛ серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно.

З повагою,

Медичний директор з амбулаторної допомоги  
та реабілітації,  
Експерт Департаменту охорони здоров'я  
Одеської обласної державної адміністрації  
за напрямком «Наркологія»



Ольга ЗАМНЮКОВА

Громадська організація «СИНЕРГІЯ ДУШ»  
вул. Троїцька, 4/1,  
місто Дніпро, 49101, Україна  
Тел.: +38 063 88 06 508  
e-mail: sinergiadnepr@gmail.com  
[www.synergysouls.com](http://www.synergysouls.com)



Код ЄДРПОУ 41061028  
IBAN: UA32380805000000026001593268  
в АТ «Райффайзен банк Аваль»  
у місті Києві  
Код банку (МФО) 380805

Вих. № 0812231

Від. 08.12.2023р.

**Акт про впровадження результатів дисертації  
Метелюк Анни Сергіївни  
«Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії»,  
поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії  
зі спеціальності 231 – Соціальна робота**

Протягом 2022-2023 років на базі ГО «Синергія душ» А.С. Метелюк в рамках дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії» проводила збір даних серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВІН) з використанням структурованої анкети та напівструктурованих інтерв'ю. Загалом серед пацієнтів ГО «Синергія душ» в дослідженні прийняли участь:

- 243 ЛВІН, які на момент опитування вживали вуличні наркотики ін'єкційно, в рамках кількісного компоненту дослідження та
- 5 ЛВІН, які на момент опитування вживали вуличні наркотики ін'єкційно, в рамках якісного компоненту дослідження

По завершенню аналізу даних Анною Метелюк було організовано зустріч для презентації результатів дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії». Презентація включала в себе безпосередньо результати дослідження, а також науково-практичні рекомендації щодо їх впровадження в профілактичних програмах неурядових організацій, які працюють із людьми, які вживають вуличні наркотики ін'єкційно. Слід зазначити, що на презентації результатів дослідження були присутні не лише соціальні працівники ГО «Синергія душ», а також соціальні працівники інших неурядових організацій м. Дніпро.

Науково-практичні рекомендації щодо впровадження результатів дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії» на сайтах ЗПТ дало змогу розширити та поглибити знання соціальних працівників щодо чинників та бар'єрів вступу ЛВІН у програму, визнати роль соціального супроводу у профілактиці ВІЛ серед цієї ключової групи та активно використовувати їх у поточній роботі для подальшого розширення програми ЗПТ в Дніпропетровській області.

З повагою,

Голова правління ГО «Синергія душ»

В.В. Вавілов

## ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ СУСПІЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПОЗИТИВНИХ ДІЙ



Україна, м. Миколаїв, 54003, вул. Потьомкінська 138,  
Тел (050)416-90-10, (050)394-47-20, e-mail: time\_life@ukr.net, facebook.com/chaszhittya/  
ЄДРПОУ 24059618, р/р UA 18 325365 0000026007020777166 в МФ ПАТ " КРЕДОБАНК "

Вих. № 07/12/23  
від 07 грудня 2023 р.

За місцем вимоги

### Акт про впровадження результатів дисертації Метелюк Анни Сергіївни

«Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії», поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 231 – Соціальна робота

Дозвольте висловити Вам свою повагу та повідомити про наступне.

В рамках дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії» в 2022-2023 рр. на базі Громадської організації «Суспільного здоров'я та позитивних дій «Час життя» А.С. Метелюк проводила збір кількісних даних серед людей, які вживають вуличні наркотики ін'єкційно. Спочатку було зібрано кількісні дані за допомогою онлайн опитувальника серед 283 ЛВІН, які отримують соціальні послуги в нашій організації, за результатами яких було проведено 5 напівструктурованих інтерв'ю серед ЛВІН.

Основними складовими опитувальників були:

- Базові демографічні характеристики
- Досвід вживання ін'єкційних наркотиків
- Ризикована ін'єкційна поведінка
- Ризикована сексуальна поведінка
- Депресія
- Вживання алкоголю
- Якість життя
- Взаємодія із правоохоронними органами

Основними темами напівструктурованих інтерв'ю були:

- Бар'єри та чинники вступу в програму ЗПТ серед ЛВІН
- Бар'єри та чинники тестування на ВІЛ серед ЛВІН
- Почату лікування ВІЛ
- Роль соціального супроводу на сайтах ЗПТ в тестуванні та лікуванні ВІЛ

4 вересня 2023 року на базі Громадської організації «Суспільного здоров'я та позитивних дій «Час життя» А.С. Метелюк було проведено підсумкову зустріч за результатами дисертаційного дослідження. Окрім безпосередньо результатів, соціальним працівникам нашої організації були надані практичні рекомендації щодо апробації отриманих результатів серед ЛВІН щодо соціальної профілактики ВІЛ, мотивації ЛВІН для вступу та утримання в програмі ЗПТ, лікуванню ВІЛ, тощо. Наразі науково-практичні здобутки, отримані в рамках дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії» А.С. Метелюк активно використовуються у щоденній роботі соціальними працівниками Громадської організації «Суспільного здоров'я та позитивних дій «Час життя» із представниками ЛВІН.

З повагою,  
Керівник організації Г.П. Парахонько





## БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД “ВЕСЕЛКА”

65019, м. Одеса, вул. Рекордна, 17 А,  
кв. 9

Тел.: 0949561068

E-mail: dr.podolian@gmail.com

Акт про впровадження результатів дисертації  
Метелюк Анни Сергіївни  
«Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії»,  
поданої на здобуття наукового ступеня доктора філософії  
зі спеціальності 231 – Соціальна робота

Висловлюю Вам свою повагу та повідомляю про те, що в 2022 році Анна Метелюк у щільній співпраці із соціальними працівниками Благодійного фонду «Веселка» провела збір даних серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВІН), в м. Одеса для свого дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії».

Збір даних проводився в 2 етапи:

1. Кількісний збір даних – за допомогою структурованого опитувальника було охоплено 192 ЛВІН, які на момент збору даних вживали вуличні наркотики ін'єкційним шляхом. Первинна вибірка формувалася соціальними працівниками нашої організації, а потім самі споживачі приводили людей із свого близького оточення для участі у дослідженні.
2. Якісний збір даних – за допомогою напівструктурованих інтерв'ю було охоплено 5 ЛВІН, які на момент збору даних вживали вуличні наркотики ін'єкційним шляхом. Вибірка формувалася соціальними працівниками нашої організації.

Після аналізу кількісних та якісних даних 26 вересня 2023 року Анною Метелюк було проведено презентацію результатів дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії» для соціальних працівників на базі Благодійного фонду «Веселка» Під час даної зустрічі було представлено результати кількісного та якісного компонентів дослідження. Після зустрічі соціальним працівникам було надано рекомендації щодо впровадження висновків та рекомендацій, отриманих в рамках дисертаційного дослідження.

Наразі науково-практичні рекомендації, отримані під час дисертаційного дослідження «Соціальна профілактика ВІЛ засобами замісної підтримувальної терапії», активно використовуються для покращення якості та ефективності надання послуг із соціальної профілактики ВІЛ серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, проводиться активна робота щодо залучення ЛВІН до програми замісної підтримувальної терапії, яка є найефективнішим засобом профілактики ВІЛ серед цієї ключової групи населення.

З повагою,

Президент Благодійного фонду «Веселка»

Подольан І. К.