

## Гайд для проведення глибинних інтерв'ю з пацієнтами/ками, які відмовилися від лікування пролонгованою формою Бупренорфіну (Buvidal)

Вітаю! Мене звати \_\_\_\_\_, я учасник(ця) дослідницької команди, яка займається впровадженням та дослідженням програми з прийому препарату Бупренорфіну на програмі ЗПТ. Через передчасне припинення участі частини пацієнтів в цій програмі, нами було прийнято рішення більш детально вивчити дане явище, з'ясувати причин та виклики з якими Вам особисто прийшлося зіштовхнутись, що в кінцевому рахунку вплинуло на рішення зупинити прийом Бупренорфіну(Бувідалу) на програмі ЗПТ.

Для нас дуже важливо почути Ваші думки та бачення, які Ви для себе винесли за час участі у пілотному проєкті впровадження Бувідалу на програмі замісної терапії. Ваш внесок є надзвичайно важливим для нашого дослідження та розуміння причин, які призвели до припинення участі в дослідженні. Це допоможе нам зрозуміти та в подальшому покращити програму, забезпечивши ефективнішу допомогу пацієнтам, які потребують різні підходи та препарати для лікування.

Важливо зазначити, що ваша участь є анонімною та конфіденційною. Всі отримані відповіді будуть оброблятися строго відповідно до принципів конфіденційності та етики дослідження. Ви маєте право відмовитися від участі у будь-який момент або відповідати лише на ті питання, необхідність відповідей на які Ви порухете необхідними. Участь в цьому інтерв'ю жодним чином не вплине на Вашу поточну участь в програмі ЗПТ та доступу до її лікарських послуг в майбутньому.

Ми щиро цінуємо Вашу згоду на участь у цьому глибинному інтерв'ю та Вашу намір поділитись зі своїм досвідом. Ваші відповіді можуть мати велике значення для розширення та підвищення рівня якості послуг ЗПТ в майбутньому.

Якщо у вас є будь-які запитання щодо дослідження або процесу інтерв'ю, будь ласка, не соромтеся звертатись. Я та всі члени дослідницької команди готові надати вам всю необхідну підтримку та пояснення. Ще раз дякую за вашу участь і відкритість.

1. *Скільки часу Ви перебуваєте (перебували) на лікуванні з використанням препаратів замісної підтримувальної терапії загалом та скільки часу перебували до переходу на Бувідал? Як би Ви оцінили досвід участі в замісній підтримувальній терапії (ЗПТ) до прийому Бувідалу?*
2. *Скажіть, який препарат Ви приймали під час ЗПТ (до початку прийому Бувідалу)?*
  - 2.1. *Яка була доза таблетованого препарату? Чи вона змінювалася в процесі лікування на більшу чи меншу?*
  - 2.2. *Як довго Ви отримували цей препарат?*
  - 2.3. *Ви його отримували щоденно чи у вас був самостійний прийом?*
3. *Розкажіть, чи одразу ви погодилися на лікування Бувідалом, коли Вам про нього розповіли?*  
*Примітка для інтерв'юера: Якщо респондент каже, що не одразу, розпитайте детальніше, чому саме, які сумніви у нього були?)*
4. *Розкажіть, будь ласка, що Ви очікували від лікування Бувідалом?*
5. *Які перші враження сформувались у Вас, коли почали лікуватися Бувідалом?*
  - 5.1. *Чи були Ви задоволені результатами використання Бувідалу? Після відповіді респондента, за потреби, уточніть інформацію. Поясніть більш детально ЧОМУ?*  
  
*Уточніть, будь ласка, які з Ваших очікувань не справдилися під час лікування Бувідалом? За потреби, уточніть, яке очікування було найбільш важливим. Можливо, є результати від прийому Бувідалу, які все ж виправдали себе? Якщо так, то попросіть деталізувати цю інформацію.*
6. *По Ваших відчуттям, чи змінилося Ваше фізичне самопочуття та психологічний стан після початку прийому Бувідалу?*

**7.1. Якщо так, опишіть детальніше, що саме змінилося? В кращу чи в гіршу сторону?**

7. *Розкажіть, будь ласка, чи вплинув прийом Бувідалу на Ваш повсякденний спосіб життя? Якщо так, то уточніть саме яким чином (наприклад, у вас стало більше часу, оскільки ви рідше відвідували лікаря, щоб отримати препарат, через збільшення вільного часу ви можете більше уваги приділити роботі/сім'ї/друзям, у вас покращилося самопочуття чи, навпаки, погіршилося, підвищилася тривожність, чи ви навпаки стали спокійніші і т.д.).*
8. *Давайте поговоримо про одночасне лікування Бувідалом та іншими препаратами/ліками, які Вам, можливо, потрібно було вживали через наявність захворювань або у зв'язку із поганим самопочуттям? Скажіть, чи приймали Ви із Бувідалом інші ліки/препарати? Якщо так, то деталізуйте, які саме препарати/ліки Ви приймали та коли саме розпочали їх прийом?*
9. *Давайте повернемося до прийому Бувідалу та його вплив на Ваш організм. В процесі використання препарату чи були у Вас будь-які побічні реакції чи погане самопочуття через прийом Бувідалу?*
  - 11.1. *Розкажіть детально про всі побічні реакції чи погіршення самопочуття, які у вас виникали через лікування Бувідалом.*
  - 11.2. *Побічні реакції з'явилися саме після прийому Бувідалу чи виникали у вас і раніше? (Якщо виникали раніше, то вони посилілися чи послабилися)?*
  - 11.3. *Чи повідомляли ви своєму лікарю про побічні реакції? Якщо "Ні" - то чому?*
    - *Чи повідомляли Ви до ДП "Державний експертний центр МОЗ України" про побічні реакції? Якщо "Ні" - то чому?*
10. *Розкажіть, будь ласка, чи вживали Ви алкоголь в той час, як почали лікування Бувідалом? Якщо так, деталізуйте, будь ласка, як часто та скільки стандартних доз алкоголю Ви могли вжити в той день, коли пили? (1 стандартна доза дорівнює = близько 5% алкоголю - 350 мл звичайного пива, близько 7% алкоголю - 300 мл слабоалкогольних напоїв, близько 12% алкоголю - 150 мл столового вина, близько 17% алкоголю - 100 мл кріпленого вина, близько 24% алкоголю - 60 мл Настоянки, лікеру або аперитиву, близько 40% алкоголю - 50 мл міцних спиртних напоїв (джин, ром, текіла, горілка, віскі тощо).*
  - 10.1 *Якщо респондент дав позитивну відповідь, то уточніть. Чи відмічали Ви зміни самопочуття або незвичні для Вас симптоми організму після вживання алкоголю за час лікування Бувідалом?*
11. *Скажіть, будь ласка, чи вживали Ви наркотичні засоби під час лікування Бувідалом (ін'єкційним чи не ін'єкційним шляхом). Якщо так, деталізуйте, будь ласка, яким шляхом вживали, що це за наркотична речовина, як часто вживали з моменту початку лікування Бувідалом?*
  - 11.1 *Якщо респондент дав позитивну відповідь, то уточніть. Чи відмічали Ви зміни самопочуття або незвичні для Вас симптоми організму після вживання наркотичних засобів за час лікування Бувідалом?*
12. *Якби Ви оцінили підтримку зі сторони лікарського персоналу сайту протягом всього періоду прийому Бувідалу?*
13. *В який момент та за яких обставин Ви прийняли рішення припинити прийом Бувідалу?*
14. *Які чинники були вирішальними для прийняття рішення про припинення використання Бувідалу?*
15. *Як довго Ви приймали рішення про те, щоб зупинити лікування Бувідалом?*
16. *Скільки ін'єкцій Бувідалу Ви встигли отримати перед тим, як прийняли рішення про припинення лікування цим ін'єкційним препаратом?*

- 17. Чи обговорювали/чи повідомляли Ви медичному працівнику чи іншому медичному персоналу про те, що хочете припинити лікування Бувідалом?**
- 17.1. Розкажіть, будь ласка, як медичний працівник, якому ви повідомили про рішення припинити лікування Бувідалом відреагував на це? Чи намагався вас якось переконати продовжувати лікування Бувідалом?**
- 18. Уявімо ситуацію в якій Вам необхідно поділитись власним досвідом з іншими потенційним пацієнтом сайту ЗПТ щодо використання Бувідалу. Чи порадили б Ви обрати даний препарат?**
- *Так, порадив би: Поясніть, будь ласка, детальніше чому Ви були б готові порадити даний препарат іншим?*
  - *Ні, не порадив би: Чому? Можете більш детально про це розповісти?*
  - *Важко однозначно відповісти: В чому полягає ця складність, спробуйте пояснити її? Які позитивні та негативні сторони прийому даного препарату Ви зафіксувати для себе?*
- 19. На даний момент чи продовжуєте Ви отримувати ЗПТ після відмови від Бувідалу?**
- *Якщо так: Чи повернулись ви до прийому препарату, який використовували раніше? В чому на Вашу думку полягає різниця між використанням Бувідалу та Вашого попереднього препарату? (попередньо уточнити, що саме за препарат, і уточнити, чи це зараз таблетована форма – самостійний прийом чи щоденний?)*
  - *Якщо ні: Чому Ви не повернулись до ЗПТ з використанням минулого препарату?*
- 20. Чи були у Вас думки про повернення до лікування Бувідалом? Загалом, чи могли би Ви повернутись до лікування Бувідалом?**
- 21. За яких обставин Ви би змогли повернутись до лікування Бувідалом?**
- 22. Наостанок, в 3-4 реченнях, спробуйте підсумувати Ваші власні враження від лікування Бувідалом?**