

ЗВІТ

За результатами дослідження

**«Оцінка впровадження Каботегравіру тривалої дії (CAB-LA) - як
доконтактної профілактики інфікування ВІЛ в Україні»**

Липень 2026 р.

Зміст

ГЛОСАРІЙ	6
ВСТУП	7
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЗБІР ДАНИХ	9
Мета та завдання дослідження	9
Дизайн та методи збору даних	9
Цільові групи	10
Географія дослідження, вибірка та критерії включення	10
Перебіг програми CAB-LA за перший рік впровадження	11
Критерії включення у дослідження	12
Збір даних	12
Обмеження дослідження	12
Методологічна ремарка щодо вибірки дослідження	14
Розділ 1. РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕНОГО ОПИТУВАННЯ СЕРЕД КЛІЄНТІВ CAB-LA	14
1.1. Соціально-демографічний профіль учасників опитування	14
1.2. Користування послугами	17
1.3. Сексуальна поведінка	21
1.4. Вживання алкоголю	23
1.5. Вживання наркотичних речовин	25
1.6. Початкові враження від CAB-LA	25
Розділ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ГЛИБИННИХ ІНТЕРВ'Ю З КЛІЄНТАМИ CAB-LA	31
2.1. Соціально-демографічні показники	31
2.2. Отримання інформації та прийняття рішення	32
2.3. Досвід використання та зручність	34
2.4. Очікування та враження від CAB-LA	40
Розділ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ФОКУС-ГРУПОВИХ ІНТЕРВ'Ю З КОМАНДАМИ ВПРОВАДЖЕННЯ CAB-LA	44
3.1.1. Знання і ставлення до CAB-LA та досвід роботи з препаратом	44
3.1.2. Тестування	47
3.1.3. Досвід медичних працівників у роботі з препаратом	48
3.1.4. Загальні враження від впровадження програми	49
3.2.1. Враження та досвід роботи команд впровадження	50
3.2.2. Досвід клієнтів при отриманні ін'єкцій CAB-LA	52
3.2.3. Тестування	54
3.2.4. Загальні висновки та рекомендації команд впровадження	55
ВИСНОВКИ	57
За результатами проведення кількісного компоненту – опитування серед клієнтів CAB-LA	57
За результатами проведення якісного компоненту - глибинних інтерв'ю з клієнтами CAB-LA	58

За результатами проведених фокус-групових інтерв'ю з командами впровадження програми	
SAB-LA	59
РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	62

Звіт підготовлено Державною установою «Центр громадського здоров'я МОЗ України» за результатами дослідження впровадження Каботегравіру тривалої дії (CAB-LA) - як доконтактної профілактики інфікування ВІЛ в Україні.

АВТОРИ

Експерти ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»:

Лариса Гетьман	Завідувач відділу управління та протидії ВІЛ-інфекції
Марія Мошура	Начальник відділу наукових досліджень
Діана Шевченко	Лікар-інфекціоніст відділу управління та протидії ВІЛ-інфекції
Марина Гальченко	Головний фахівець з наукових досліджень
Тетяна Гончаренко	Фахівець з наукових досліджень

ПОДЯКИ

Впровадження ін'єкційного Каботегравіру в Україні відбувалося за кошти PEPFAR в рамках угоди про співпрацю № NU2GGH002375 «Посилення заходів із лікування ВІЛ, спроможності лабораторної мережі, замісної підтримувальної терапії та моніторингу програм в Україні в межах Надзвичайного плану Президента США з надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR)», без фінансування проведення оцінки. Працівники офісу PEPFAR та CDC безпосередньо не були залучені в проведення «Оцінки впровадження Каботегравіру тривалої дії (CAB-LA) - як доконтактної профілактики інфікування ВІЛ в Україні». Результати та висновки, викладені в цій оцінці, належать авторам і не обов'язково відображають офіційну позицію установ, що фінансували дослідження.

Автори висловлюють щирю подяку PEPFAR (Надзвичайна ініціатива Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД) та CDC (Центри з контролю та профілактики захворювань департаменту охорони здоров'я США) за фінансову підтримку впровадження програми, а також Офісу ВООЗ в Україні, ГО «Альянс.Глобал», МБФ «Альянс громадського здоров'я» та UNAIDS за партнерство у реалізації програми CAB-LA в Україні.

ВІДМОВА ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Зміст цього звіту є виключною відповідальністю авторів і відображає результати дослідження, проведеного ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

РЕКОМЕНДОВАНЕ ЦИТУВАННЯ

Гетьман Л., Мошура М., Шевченко Д., Гальченко М., Гончаренко Т. (2026) Звіт за результатами пілотного дослідження «Оцінка впровадження Каботегравіру тривалої дії (CAB-LA) - як доконтактної профілактики інфікування ВІЛ в Україні». ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

АВТОРСЬКЕ ПРАВО

В рамках дотримання Закону України № 2811-IX від 15.04.2023 «Про авторське право і суміжні права» використання, передрук та цитування матеріалів Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України», розміщених на сайті установи або наданих за запитом, можливе лише за умови посилання на першоджерело із зазначенням назви Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та:

- надання електронного посилання на веб-сторінку з використаною інформацією (за наявності);
- посилання на публікацію Центру (протокол, дослідження, звіт, стаття), яка є джерелом інформації.

Передрук або інший спосіб оприлюднення цього тексту, зображень з нього та/або даних, повністю або частково, під іменем особи, яка не є автором, порушує авторські права та є плагіатом, за що передбачено три види відповідальності: цивільна (відшкодування збитків та/або моральної шкоди; стягнення доходу), адміністративна (виплата штрафу) і кримінальна (позбавлення волі на строк до 2–5 років).

До плагіату належить:

1. використання тексту чи графічних даних іншого автора без змін, без цитування та привласнення роботи (copy & paste plagiarism);
2. поєднання різних фрагментів текстів або речень для формування нового тексту без цитування, таким чином подаючи його як власні думки (shake & paste plagiarism);
3. подання ідей іншого автора своїми словами, без посилання на джерело (idea plagiarism);
4. переклад оригінального тексту з іншої мови без посилання на джерело (translation plagiarism).

ГЛОСАРІЙ

Доконтактна профілактика інфікування ВІЛ (ДКП) – застосування антиретровірусних препаратів для профілактики інфікування ВІЛ людям, які мають підвищений ризик інфікування, особам з ключових та уразливих груп населення щодо інфікування ВІЛ у складі комбінованих заходів з попередження передачі ВІЛ-інфекції.

Каботегравір тривалої дії (CAB-LA) – це антиретровірусний препарат, який відноситься до групи інгібіторів інтегрази. Показаний для доконтактної профілактики інфікування ВІЛ для дорослих осіб вагою більше 35 кг і застосовується з метою зниження ризику інфікування ВІЛ-1 статевим шляхом.

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини, що зумовлює захворювання на ВІЛ-інфекцію.

ВІЛ-інфекція – комплекс визначених Міжнародною класифікацією хвороб уражень організму людини, зумовлених пов'язаними з впливом ВІЛ ушкодженнями імунної системи, який на початковому етапі свого розвитку має характер стану безсимптомного носійства ВІЛ, а за умови відсутності відповідного лікування та впливу інших несприятливих для організму людини, яка живе з ВІЛ, обставин набуває клінічних проявів у вигляді різноманітних інфекційних, паразитарних захворювань, злоякісних пухлин, інших хвороб чи зумовленого ВІЛ синдрому набутого імунодефіциту.

КПЕ – Комісія з питань етики.

Досліджувана когорта – клієнти, які відповідають критеріям включення та надали свою згоду на участь у дослідженні щодо використання ін'єкційної форми ДКП - Каботегравіру тривалої дії (CAB-LA), і були зареєстровані, як учасники дослідження.

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я.

ЦГЗ – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

PEPFAR – Надзвичайна ініціатива Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД.

ІС СЗХ – інформаційна система «Моніторинг соціально значущих хвороб».

ВСТУП

Медикаментозну форму ДКП призначають для профілактики інфікування ВІЛ людям, які мають підвищений ризик інфікування, особам з ключових та уразливих груп населення щодо інфікування ВІЛ у складі комбінованих заходів з попередження передачі ВІЛ-інфекції.

З 2015 року ВООЗ рекомендує пропонувати людям, які мають значний ризик інфікування ВІЛ, пероральну форму ДКП на основі тенофовіру дизопроксилу фумарату (TDF) - як додатковий засіб профілактики в рамках комплексної профілактики. Оральна форма ДКП є високоефективним засобом профілактики ВІЛ-інфекції, якщо її застосовувати за призначенням. В Україні впровадження ДКП розпочалося в 2017-2018 роках з проекту у м. Києві, а за 2025 рік кількість осіб, які хоча б раз протягом року отримали ДКП становила 12454 особи. У липні 2022 року ВООЗ включила до рекомендацій з доконтактної профілактики інфікування ВІЛ препарат Каботегравір, який було схвалено 20 грудня 2021 року Управлінням з санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів США (FDA).

Каботегравір (CAB-LA) - це ін'єкційний препарат тривалої дії, який відноситься до класу інгібіторів перенесення ланцюга інтегрази. CAB-LA показаний для доконтактної профілактики інфікування ВІЛ для дорослих осіб вагою не менше 35 кг і застосовується з метою зниження ризику інфікування ВІЛ-1 статевим шляхом. Використання CAB-LA передбачає внутрішньом'язове ін'єкційне введення 2 доз препарату з інтервалом 4 тижні, потім по одній ін'єкції кожні 8 тижнів. На сьогоднішній день CAB-LA є ін'єкційним препаратом пролонгованої дії, який продемонстрував високу ефективність у рандомізованих клінічних дослідженнях (HPTN 083 у цисгендерних чоловіків і трансгендерних жінок, які мають секс з чоловіками; HPTN 084 у цисгендерних жінок в Африці на південь від Сахари). ВООЗ рекомендувала використовувати CAB-LA для ДКП після систематичного огляду доказів, що включав реєстраційні дослідження/дослідження ефективності та відкриті розширені дослідження.

Оскільки Україна є однією з п'яти країн-партнерів ПЕПФАР, пріоритетних для розширення програми CAB-LA у 2023 році, було прийнято рішення розпочати програму CAB-LA в Україні в двох містах - Києві та Львові. ЦГЗ отримав препарат CAB-LA за підтримки PEPFAR. У партнерстві з виробником ViiV Healthcare було централізовано закуплено CAB-LA, який надано ЦГЗ - як виконавцю проекту. Завдяки проведенню дослідження з впровадження CAB-LA, яке використовувало інфраструктуру поточної національної програми ДКП в Україні, критично важливо

отримати дані щодо доцільності, прийнятності та інших показників включення CAB-LA в існуючі послуги з ДКП.

Впровадження Каботегравіру тривалої дії (CAB-LA) в Україні розпочалося у серпні 2024 року та триває станом на момент публікації.

Дослідження з оцінки впровадження Каботегравіру тривалої дії (CAB-LA), як доконтактної профілактики інфікування ВІЛ в Україні, розпочалося у грудні 2024 року та тривало до серпня 2025 року.

Отримані дані дослідження є унікальними для подальшої розбудови системи громадського здоров'я за напрямком доконтактної профілактики ВІЛ-інфекції.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЗБІР ДАНИХ

Мета та завдання дослідження

Дослідження спрямоване на оцінку впровадження ін'єкційної форми Каботегравіру тривалої дії (CAB-LA) як засобу доконтактної профілактики (ДКП) ВІЛ-інфекції в Україні. У його межах оцінювалися прийнятність та прихильність клієнтів до препарату, а також особливості організаційного процесу впровадження CAB-LA як альтернативи пероральній формі ДКП.

Дослідження передбачало досягнення таких головних завдань:

- оцінити прийнятність та прихильність до використання CAB-LA серед клієнтів, медичних і соціальних працівників;
- визначити поширеність побічних реакцій, що виникають у клієнтів під час введення ін'єкцій;
- скласти соціально-демографічний профіль клієнтів, які отримують CAB-LA, з урахуванням факторів ризикованої та сексуальної поведінки, користування послугами та вживання алкоголю і наркотичних речовин;
- сформулювати в Україні когорту осіб із показаннями для CAB-LA з подальшим моніторингом прихильності, випадків припинення прийому, переходу на пероральну форму ДКП (TDF/FTC) та можливої сероконверсії ВІЛ.

Другорядні завдання охоплювали:

- оцінку охоплення тестуванням на вірусне навантаження у разі виявлення ВІЛ серед клієнтів ДКП;
- оцінку охоплення тестуванням на резистентність до АРТ у разі виявлення ВІЛ серед клієнтів ДКП.

Дизайн та методи збору даних

Для досягнення поставлених цілей дослідження реалізовано за змішаним дизайном, що поєднує кількісний та якісний компоненти.

Кількісний компонент – стандартизоване опитування клієнтів щодо соціально-демографічних характеристик, факторів ризикованої поведінки, прихильності та прийнятності препарату.

Якісний компонент – фокус-групові дискусії з медичними і соціальними працівниками, залученими до команди впровадження CAB-LA, та глибокі інтерв'ю з клієнтами програми.

Цільові групи

До дослідження були залучені дві категорії учасників:

- **клієнти САВ-ЛА** – особи, які розпочали отримання ін'єкційної форми ДКП та надали інформовану згоду на участь у дослідженні;
- **медичні та соціальні працівники** – члени команд впровадження на регіональних сайтах.

Географія дослідження, вибірка та критерії включення

Дослідження проводилося на двох регіональних сайтах: у Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом та у Львівському регіональному фтизіопульмонологічному клінічному лікувально-діагностичному центрі. Детальний розподіл вибірки за сайтами наведено в таблиці 1.

Вибірка для кількісного компоненту охопила всіх 192 клієнтів, які отримували ін'єкції САВ-ЛА та мали право на участь у дослідженні. До опитування залучено 47 осіб – тих, хто надав інформовану згоду на участь. Розподіл між сайтами здійснювався пропорційно до кількості одиниць препарату, переданих міжнародними партнерами, та з урахуванням результатів попереднього зондажу щодо потенційного попиту в кожному закладі.

Вибірка для якісного компоненту включала:

- 4 лікарів (по 2 з кожного сайту);
- 4 медичних сестри (по 2 з кожного сайту);
- 4 соціальних працівників (по 2 з кожного сайту);
- 20 клієнтів САВ-ЛА (по 10 з кожного сайту).

Для якісного компоненту застосовано цільову вибірку, орієнтовану не на статистичну репрезентативність, а на досягнення тематичного насичення (data saturation). 20 клієнтів, залучених до глибинних інтерв'ю, становлять орієнтовно 10–15% від загальної кількості осіб, які розпочали курс САВ-ЛА. Учасників добирали соціальні та медичні працівники сайтів впровадження з метою охопити різноманіття досвіду: клієнтів на початку або в середині курсу, тих, хто мав перерви у введенні ін'єкцій, а також осіб із різним ставленням до програми. Такий обсяг вибірки відповідає міжнародній практиці якісних досліджень, у яких поява нових тем, як правило, припиняється після 15–20 інтерв'ю.

Таблиця 1. Географія дослідження та вибірка (реалізована станом на серпень 2025 року)

Місто / Назва ЗОЗ	Код ЗОЗ	Опитування	Глибинні інтерв'ю	Фокус-групові обговорення					
		Клієнти, що отримують САВ-ЛА та надали інформовану згоду		Лікарі		Медичні сестри		Соціальні працівники	
				I хвиля	II хвиля	I хвиля	II хвиля	I хвиля	II хвиля
Київ Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом	01	47	10	2	2	2	2	1	2
Львів Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр	02		10	2	2	2	2	2	1
Всього	–	47	20	4	4	4	4	3	3

Перебіг програми САВ-ЛА за перший рік впровадження

Станом на 15 серпня 2025 року загальна кількість проведених ін'єкцій САВ-ЛА склала 861: 556 у Києві та 305 у Львові. Розподіл за кількістю отриманих ін'єкцій наведено в таблиці 2.

На момент завершення звітного періоду 154 клієнти продовжували отримувати САВ-ЛА. Станом на серпень 2025 року 40 клієнтів припинили участь у програмі. Зниження кількості клієнтів на подальших етапах введення є характерним для подібних програм і відображає природну динаміку когорти впродовж першого року реалізації.

Таблиця 2. Розподіл клієнтів за кількістю отриманих ін'єкцій САВ-ЛА та містом (станом на 15.08.2025)

Дата	Місто	Загальна к-ть ін'єкцій	1 ін.	2 ін.	3 ін.	4 ін.	V ін.	VI ін.	VII ін.	Зупинили/ Продовжують
Станом на 15.08.2025	м. Київ	556	113	107	98	82	69	56	31	18 / 95
	м. Львів	305	81	66	49	40	30	23	16	22 / 59
Разом	–	861	194	173	147	122	99	79	47	40 / 154

Дизайн цього дослідження не передбачав окремого інструменту для збору даних безпосередньо від осіб, які вибули з програми, інформація про причини припинення участі фіксувалася переважно зі слів медичних та соціальних працівників або клієнтів, які продовжують отримувати ін'єкції. Це обмежує можливість повноцінного аналізу бар'єрів утримання в програмі (retention barriers). Для об'єктивної оцінки причин вибуття в наступних циклах моніторингу рекомендується передбачити окреме опитування або інтерв'ю з клієнтами, які припинили участь у програмі.

Критерії включення у дослідження

Критерії включення (для клієнтів САВ-LA):

- участь у програмі отримання ін'єкційної форми ДКП;
- вік 18 років і старше;
- готовність надати усну інформовану згоду та дотримуватися вимог дослідження;
- готовність взяти участь в опитуванні та/або глибинних інтерв'ю;
- намір отримувати САВ-LA протягом 12 місяців відповідно до призначеної схеми введення.

Критерій невиключення:

- участь в інших дослідженнях лікарських засобів, вакцин або імунобіологічних препаратів на момент призначення САВ-LA, або попередня участь у дослідженнях препарату САВ-LA.

Збір даних

Польовий етап тривав з грудня 2024 року по серпень 2025 року.

Збір даних для **кількісного компоненту** проводився після введення третьої ін'єкції САВ-LA (починаючи з четвертого місяця отримання препарату) для всіх клієнтів когорти.

Збір даних для якісного компоненту реалізовано у три етапи:

- **I етап (грудень 2024 р., 4-й місяць)** – фокус-групові дискусії з медичними працівниками після введення третьої ін'єкції САВ-LA;
- **II етап (червень 2025 р., 10-й місяць)** – фокус-групові дискусії з медичними працівниками перед введенням шостої ін'єкції САВ-LA;
- **III етап (червень–серпень 2025 р., 10-й місяць)** – глибинні інтерв'ю з клієнтами САВ-LA (по 10 осіб з кожного сайту).

Обмеження дослідження

1. Охоплення вибірки та похибка самовідбору

Рівень відповідей у кількісному компоненті склав 24,5% (47 осіб із 192 клієнтів, які розпочали програму САВ-LA). Такий рівень охоплення не дозволяє виключити систематичну похибку самовідбору (self-selection bias).

У рамках цього дослідження порівняльний аналіз характеристик учасників опитування та осіб, які не взяли в ньому участі, не був передбачений методологією дослідження,

відповідно не проводився. Водночас потенційно можливі щонайменше два сценарії зміщення вибірки:

По-перше, до опитування з більшою ймовірністю могли долучатися клієнти з вищим рівнем задоволеності програмою, кращою переносимістю препарату або вищою загальною мотивацією, що могло б призвести до завищення позитивних оцінок у вибірці порівняно з реальною картиною у всій когорті.

По-друге, не виключений і протилежний ефект: клієнти, які зіткнулися з труднощами або припинили участь у програмі, могли бути більш схильними до надання зворотного зв'язку, що могло б призвести до непропорційного представлення критичних оцінок.

З урахуванням зазначеного, результати кількісного компоненту слід розглядати як такі, що відображають досвід клієнтів, які взяли участь в опитуванні, а не всієї когорти програми. Узагальнення висновків на всіх 192 учасників потребує обережності. У наступних циклах оцінки рекомендується передбачити аналіз невідповідей (non-response analysis) для підвищення методологічної строгості дослідження.

2. Одноразовий поперечний зріз кількісного компоненту

«Кількісне опитування клієнтів проводилося одноразово - після введення третьої ін'єкції (4-й місяць програми). Водночас такі показники, як прихильність до лікування, сприйняття побічних ефектів та загальна задоволеність програмою, можуть суттєво змінюватися протягом року участі. Одноразовий поперечний зріз не дозволяє відстежити цю динаміку. Для більш повної оцінки впровадження в наступних циклах рекомендується розглянути лонгітюдний дизайн із проведенням опитувань на старті програми, на 4-му та 12-му місяцях участі клієнтів

Методологічна ремарка щодо вибірки дослідження

Результати, представлені в цьому звіті, отримані в межах змішаного дизайну дослідження, що поєднує кількісний та якісний компоненти. Кількісне опитування охопило 47 клієнтів когорти: 46 чоловіків та 1 жінку. Якісний компонент (фокус-групові дискусії та глибинні інтерв'ю, N=20) охопив виключно чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ).

СAB-LA як метод доконтактної профілактики інфікування ВІЛ рекомендований для ширшого кола цільових груп, зокрема для жінок з підвищеним ризиком інфікування та інших вразливих категорій населення. Представленість цих груп у вибірці даного дослідження є мінімальною або відсутньою. Отримані результати відображають переважно досвід чоловіків, зокрема ЧСЧ і не можуть бути автоматично екстрапольовані на всі потенційні цільові групи ДКП в Україні. Це слід враховувати при інтерпретації результатів та їх використанні для цілей національного планування.

Також для зручності читання у тексті звіту поняття «клієнти програми CAB-LA» або «учасники програми» вживається для позначення осіб, які взяли участь у відповідному компоненті дослідження (кількісному або якісному), якщо інше не зазначено окремо. Ці терміни не охоплюють усіх 192 клієнтів когорти та не є синонімом поняття «всі учасники програми CAB-LA в Україні».

Розділ 1. РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕНОГО ОПИТУВАННЯ СЕРЕД КЛІЄНТІВ CAB-LA

Онлайн-опитування серед клієнтів CAB-LA проводилося на платформі SurveyMonkey. Загалом участь взяли 47 клієнтів когорти. Нижче представлені результати за тематичними блоками.

1.1. Соціально-демографічний профіль учасників опитування

Серед 47 опитаних клієнтів – 46 чоловіків та 1 жінка. Вікова група охоплює осіб від 18 до 44 років, з найбільшою концентрацією у діапазоні 21–35 років (рис. 1).

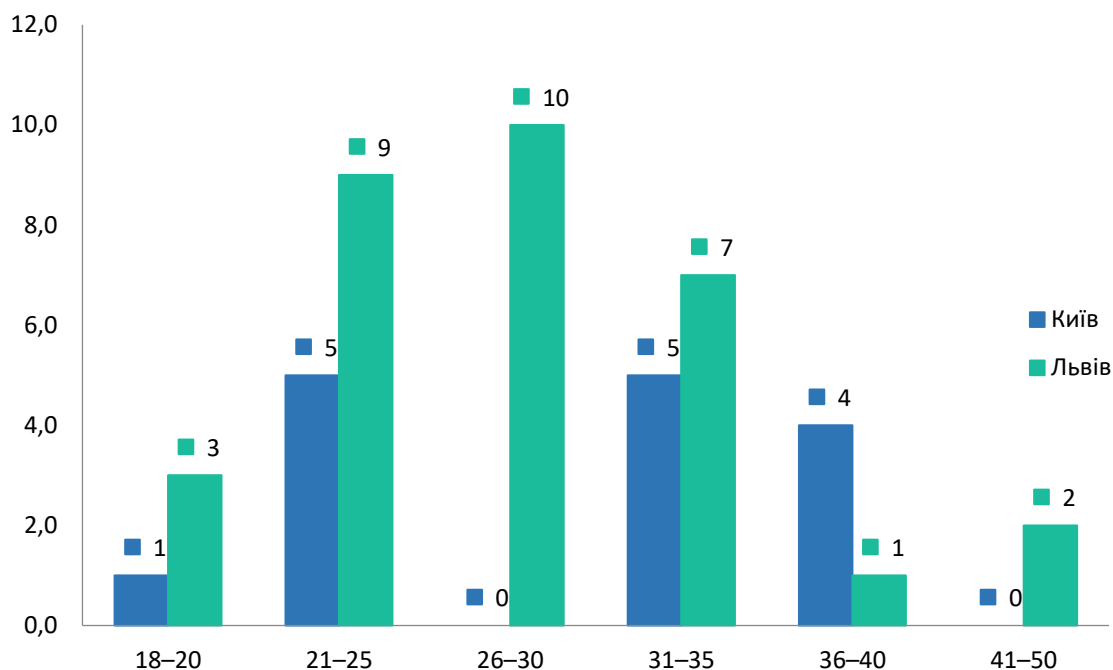


Рис. 1. Розподіл клієнтів САВ-ЛА за віковими групами та містом отримання ін'єкцій, абсолютні числа, N=47

Переважає більшість клієнтів (95,6%) проживають у місті, де отримують ін'єкції – Києві або Львові; решта (4,4%) приїжджають з інших населених пунктів (Новояворівськ, Житомир).

Щодо стабільності місця проживання: 53,3% клієнтів цілком впевнені, що залишаться в місті отримання ін'єкцій упродовж усього 12-місячного курсу. Водночас близько третини учасників (46,7%) висловили різний ступінь непевності щодо цього (рис. 2).

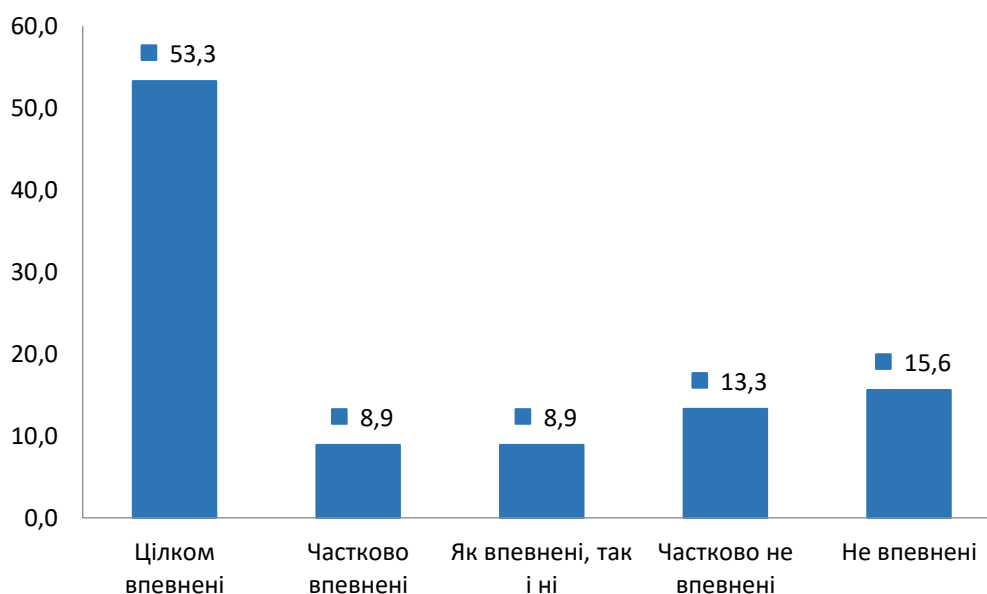


Рис. 2. Рівень впевненості клієнтів у збереженні місця проживання протягом 12 місяців програми САВ-ЛА, %, N=47

Більшість учасників не перебувають у спільному проживанні з партнером (48,9%), 29,8% мають постійного партнера, 19,1% – живуть у цивільному шлюбі, 2,1% – зустрічаються з хлопцем, проживають окремо, часто бачаться, але не в шлюбі (рис. 3).

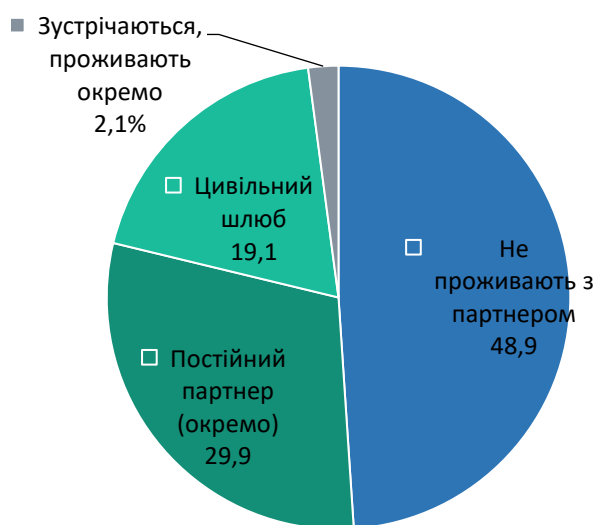


Рис. 3. Сімейний статус клієнтів CAB-LA, %, N=47

Рівень освіти та зайнятості клієнтів є високим: 66,0% мають повну вищу освіту, ще 4,3% – науковий ступінь. 95,7% клієнтів мають постійну роботу (рис. 4, 5).

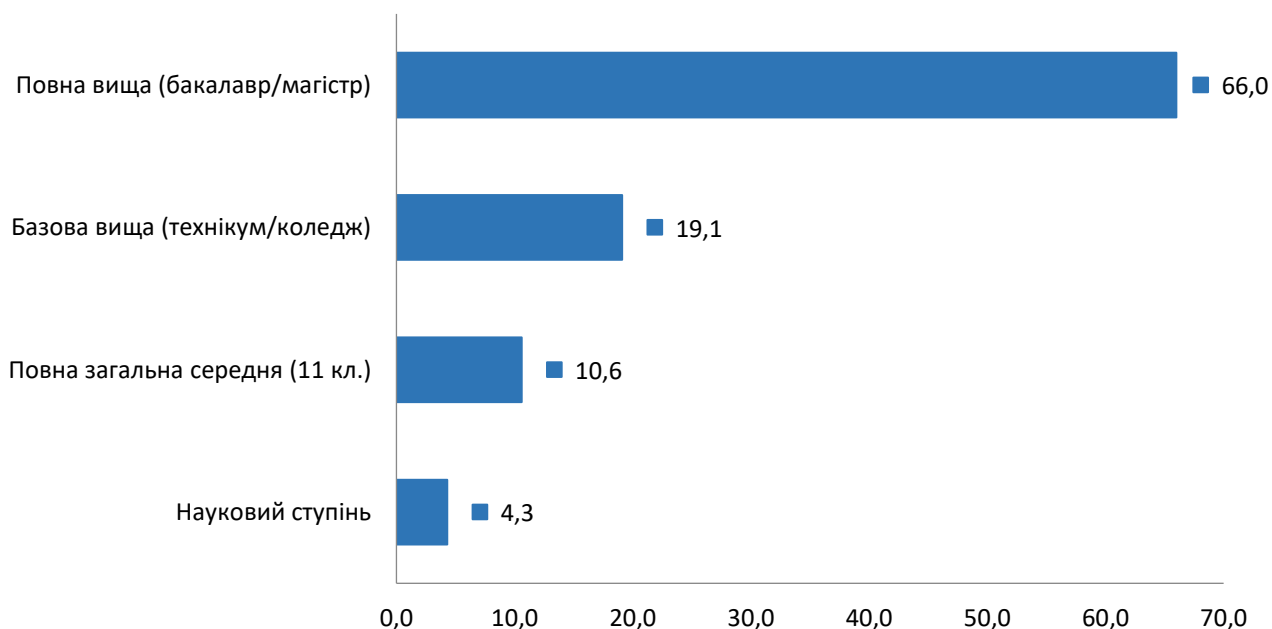


Рис. 4. Рівень освіти клієнтів CAB-LA, %, N=47

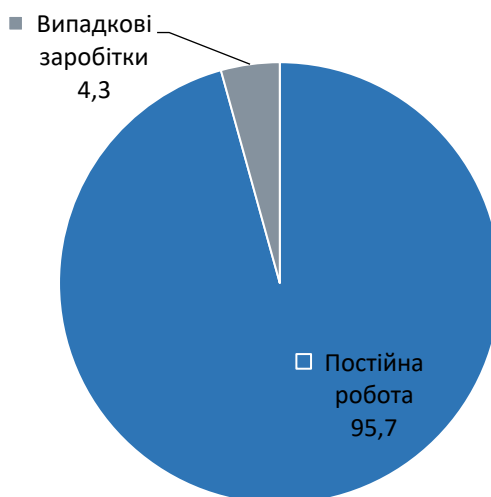


Рис. 5. Тип зайнятості клієнтів CAB-LA, %, N=47

1.1. Ключові спостереження

Клієнти програми ін'єкційної форми ДКП препаратом CAB-LA це переважно молоді міські чоловіки віком 21–35 років з високим рівнем освіти та стабільною зайнятістю. Більшість проживають у містах впровадження програми та не перебувають у спільному проживанні з партнером. Водночас майже половина учасників висловили певний ступінь непевності щодо збереження місця проживання впродовж усього 12-місячного курсу. Це важливий організаційний сигнал, який вказує на потребу розширення географії програми та забезпечення наступності профілактики для мобільних клієнтів.

1.2. Користування послугами

Абсолютна більшість клієнтів (91,1%) були обізнані про програми ДКП ще до вступу на програму CAB-LA (рис. 6).

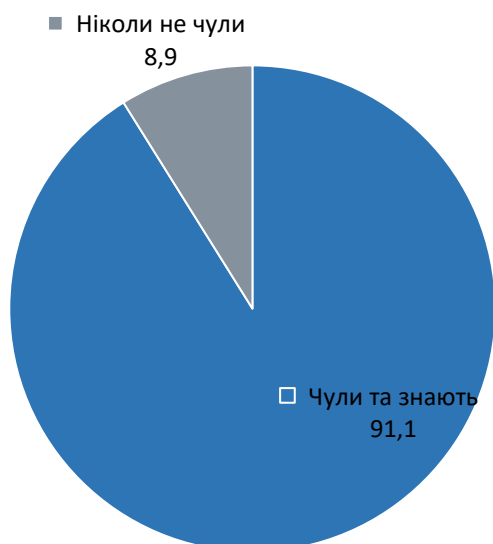


Рис. 6. Обізнаність клієнтів щодо програм ДКП, N=45

Серед них більш ніж третина (39,0%) вважають себе обізнаними, а більше половини клієнтів оцінили свою обізнаність, як часткову (53,7%). Лише 7,3% зазначили про низький рівень обізнаності щодо програм ДКП (рис. 7).

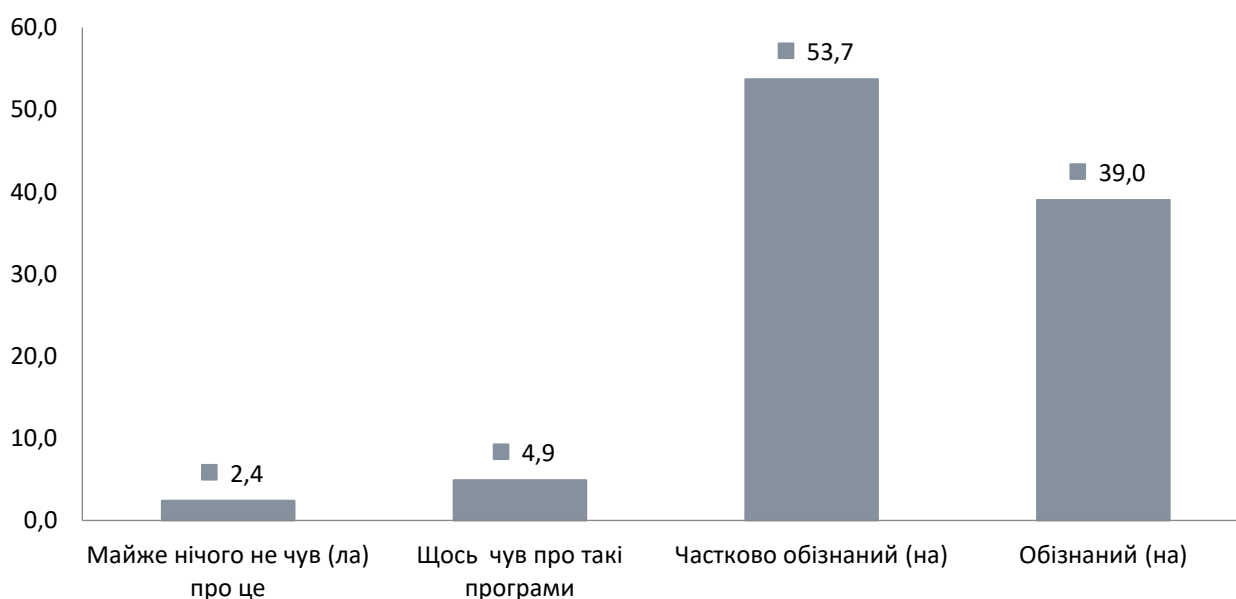


Рис. 7. Самооцінка рівня знань про послуги з ДКП, %, N=41

Рівень обізнаності щодо методів захисту від ВІЛ та ІПСШ є дещо вищим: майже три чверті клієнтів (64,4%) оцінили свій рівень як повний, більш ніж третина (28,9%), як непоганий, і лише 6,7% зазначили середній рівень обізнаності (рис. 8).

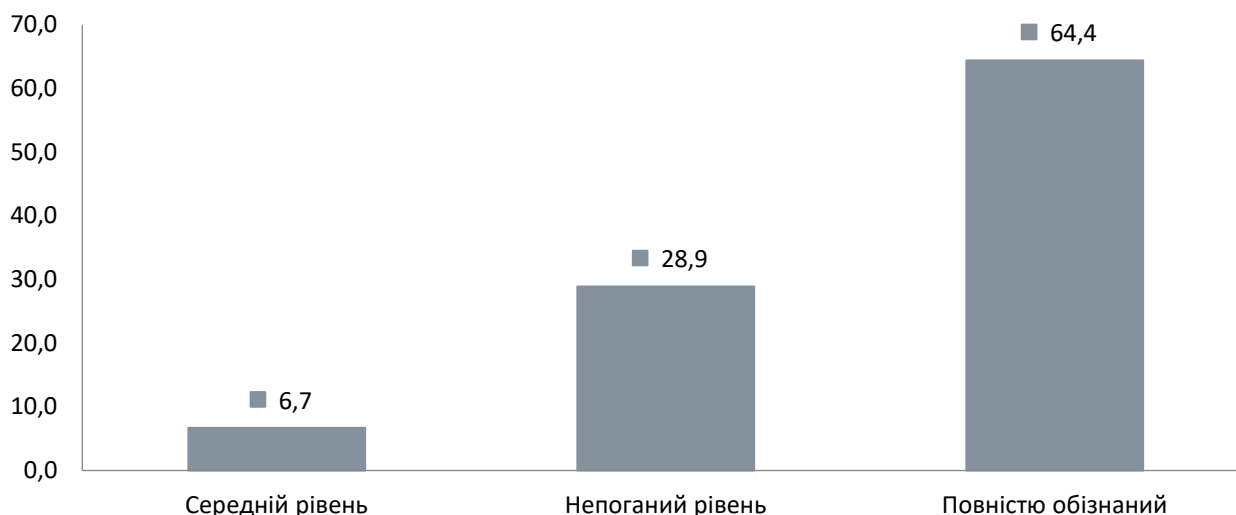


Рис. 8. Самооцінка обізнаності клієнтів щодо методів захисту від ВІЛ та ІПСШ, %, N=45

Серед додаткових послуг, які клієнти хотіли б бачити в програмах ДКП, найчастіше називали безкоштовні обстеження на гепатит, сифіліс та ІПСШ (22,1%), стільки ж клієнтів зазначили, що повністю задоволені наявним переліком послуг і не потребують нічого додаткового (22,1%). Серед інших побажань: психологічна підтримка (19,2%), розміщення інформаційних матеріалів з профілактики ВІЛ та ІПСШ (14,4%), консультації лікарів-інфекціоністів (11,5%) та соціальних працівників (8,7%). Окремі клієнти (1,9%) додатково зазначили потребу в транспортному забезпеченні до місця обстеження та нормалізації профілактики в суспільстві (рис. 9).



Рис. 9. Додаткові послуги, які клієнти хотіли б отримувати в програмах ДКП, %, N=45 (множинні відповіді)

До вступу на програму CAB-LA більшість клієнтів регулярно проходили тестування: на ВІЛ – 64,4% раз на пів року, на гепатит В – 53,3% з такою ж частотою. Жоден з опитаних не повідомив, що до початку програми жодного разу не тестувався на ВІЛ. На гепатит В не тестувалися раніше 4,4% клієнтів. Кількість клієнтів, що проходили

тестування за ризикованої поведінки на ВІЛ-інфекцію становить 13,3%, а Гепатит В – 6,8% до моменту вступу на програму отримання ін'єкційної форми ДКП (рис. 10).

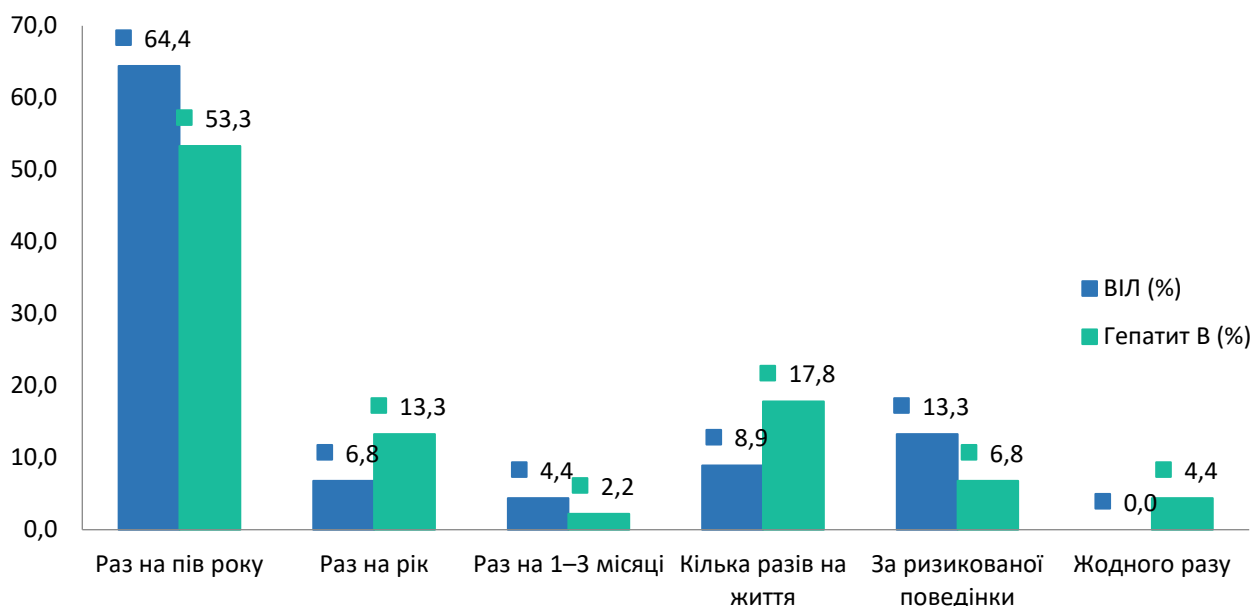


Рис. 10. Частота тестування на ВІЛ та гепатит В серед клієнтів САВ-ЛА до вступу на програму, %, N=45

Серед 43 клієнтів, які проходили тестування на гепатит В до початку програми, лише в одного був зафіксований гепатит В в анамнезі. На момент опитування цей клієнт перебував під наглядом лікаря, але лікування не призначалося.

З 39 клієнтів, які проходили тестування на ІПСШ до початку програми, у 7 (17,9%) були виявлені інфекції за останні 6 місяців. Шестеро з них підтвердили, що пройшли повний курс лікування та одужали (один клієнт не зміг відповісти на подальші запитання опитувальника). За даними 6 клієнтів, які надали інформацію про перенесені інфекції, найчастіше діагностували сифіліс (3 випадки), при цьому один клієнт одночасно мав трихомоназ та папіломавірусну інфекцію. Також зафіксовано 2 випадки гонореї та 1 випадок хламідіозу.

Серед 7 клієнтів, у яких були виявлені ІПСШ, четверо мали досвід самолікування, двоє завжди зверталися до лікаря, ще один клієнт не зміг відповісти на це запитання.

1.2. Ключові спостереження

Клієнти програми демонструють високий рівень обізнаності щодо профілактики ВІЛ. Абсолютна більшість знали про програми ДКП ще до вступу на САВ-ЛА та регулярно проходили тестування на ВІЛ і гепатит В. Це свідчить про те, що програма залучила вже мотивовану та інформовану аудиторію. Водночас запит на розширення переліку послуг, зокрема безкоштовні обстеження на ІПСШ та психологічну підтримку, вказує на те, що клієнти розглядають програму ДКП як частину ширшого комплексу послуг зі збереження здоров'я, а не лише як профілактику ВІЛ.

1.3. Сексуальна поведінка

Серед 45 опитаних клієнтів (2 клієнта завершили опитування до цього блоку питань) щодо їх сексуальних вподобань, переважну більшість клієнтів (66,7%) приваблюють виключно чоловіки, 26,7% – переважно чоловіки (рис. 11).

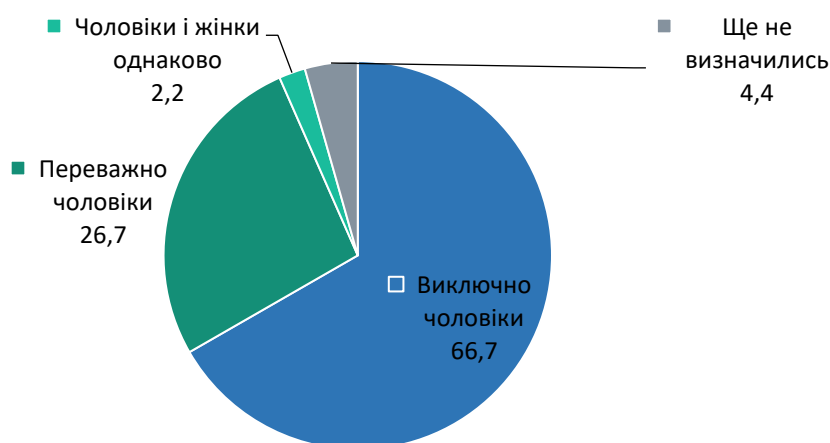


Рис. 11. Сексуальні вподобання клієнтів CAB-LA, %, N=45

Серед сексуальних практик домінує статевий акт з постійним партнером (62,2%), тоді як про статевий акт з випадковим партнером зазначили 17,8% клієнтів. Значно менші частки складають відповіді щодо сексу з кількома партнерами (4,4%), з партнером якому заплатили (4,4%) та комбінація практик (2,2%), (рис. 12).

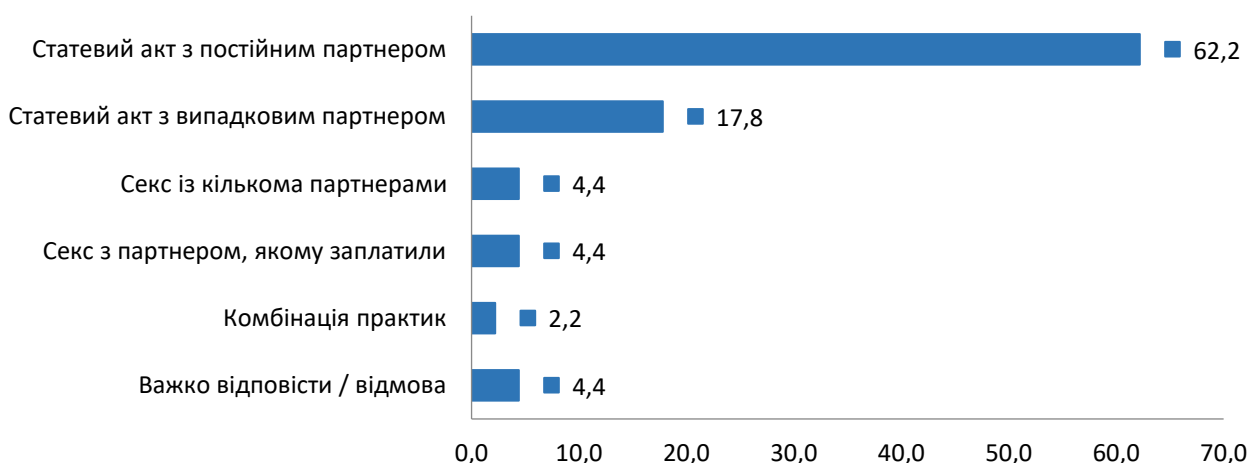


Рис. 12. Сексуальні практики клієнтів CAB-LA, %, N=45

З моменту вступу на програму ін'єкційної форми ДКП 93,3% клієнтів мали статеві контакти. Кількість партнерів варіюється: найбільша частка клієнтів (34,2%) мали лише одного партнера, чверть опитаних зазначили про 2-5 партнерів, у 17,1% було 6-9 партнерів, а 22,0% згадали про кількість більше десяти (рис. 13).

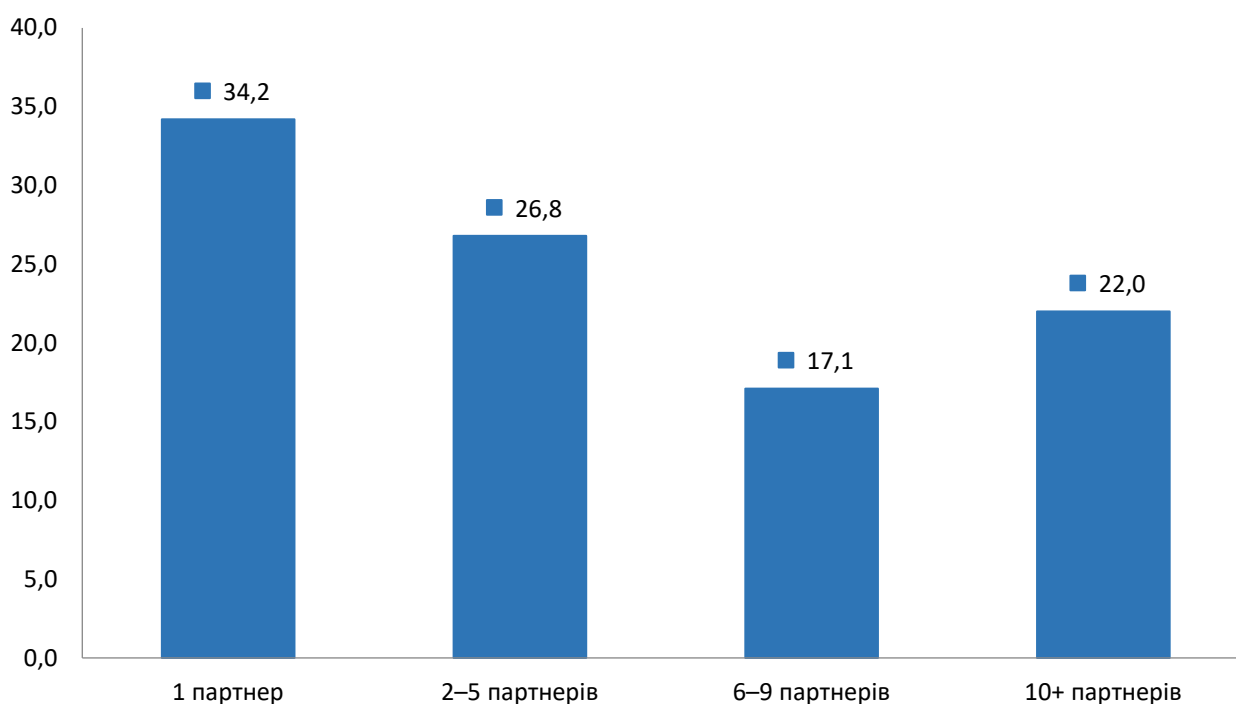


Рис. 13. Кількість сексуальних партнерів клієнтів САВ-ЛА з моменту вступу на програму, %, N=41

Більше половини клієнтів (56,6%) використовують презервативи як додатковий засіб захисту від ІПСШ. Водночас 34,7% не застосовують жодних додаткових методів захисту, окрім САВ-ЛА (рис. 14).

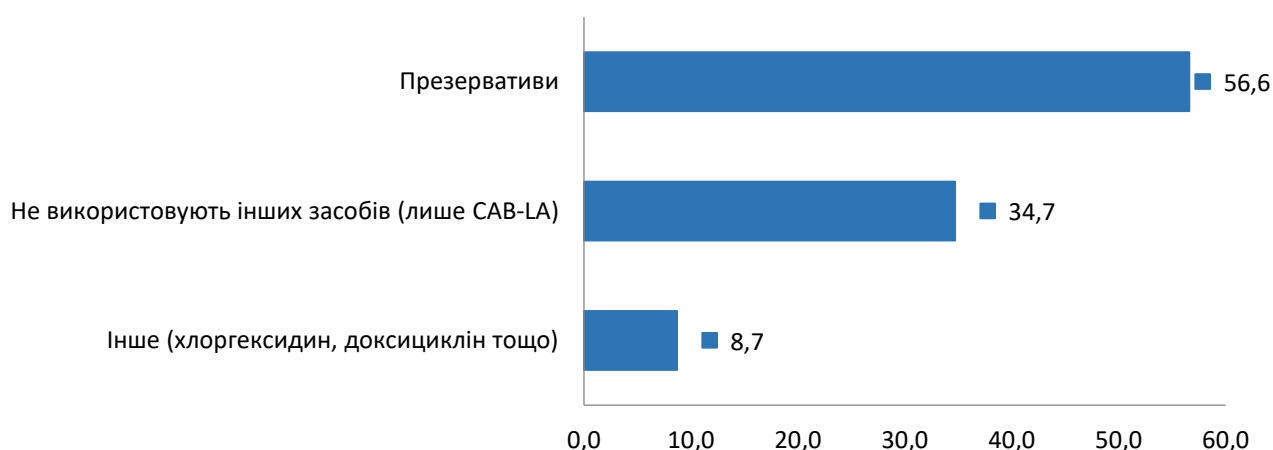


Рис. 14. Додаткові засоби захисту від ІПСШ під час перебування на програмі САВ-ЛА, %, N=41 (множинні відповіді)

1.3. Ключові спостереження

Сексуальна поведінка клієнтів ін'єкційної форми ДКП препаратом САВ-ЛА, які взяли участь у дослідженні, є різноманітною: від моногамних стосунків до множинних партнерств, що відображає широкий спектр ризикових профілів серед учасників

програми. Попри те, що більшість клієнтів використовують презервативи як додатковий засіб захисту, а третина не застосовують жодних інших методів профілактики ПСШ, окрім ін'єкційної форми ДКП. Це підкреслює важливість інтегрованого консультування щодо комплексного захисту від інфекцій у рамках програми.

1.4. Вживання алкоголю

68,2% клієнтів вживають алкоголь. Серед них найпоширеніша частота – кілька разів на тиждень або кілька разів на місяць (по 36,6% відповідно). Найбільші дві частки опитаних серед тих, хто вживає алкоголь, зазначили, що у звичайний день вживають 3–4 порції (40,0%), трохи менша частка (30,0%) вказали що це 1-2 порція зазвичай (рис. 15–17).

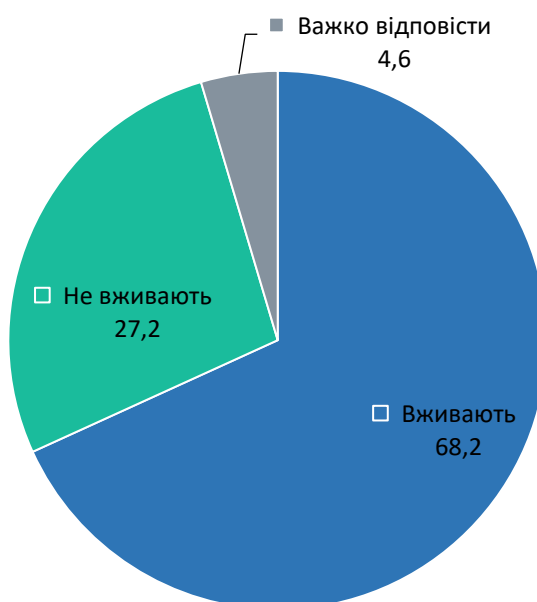


Рис. 15. Досвід вживання алкоголю серед клієнтів САВ-ЛА, %, N=44

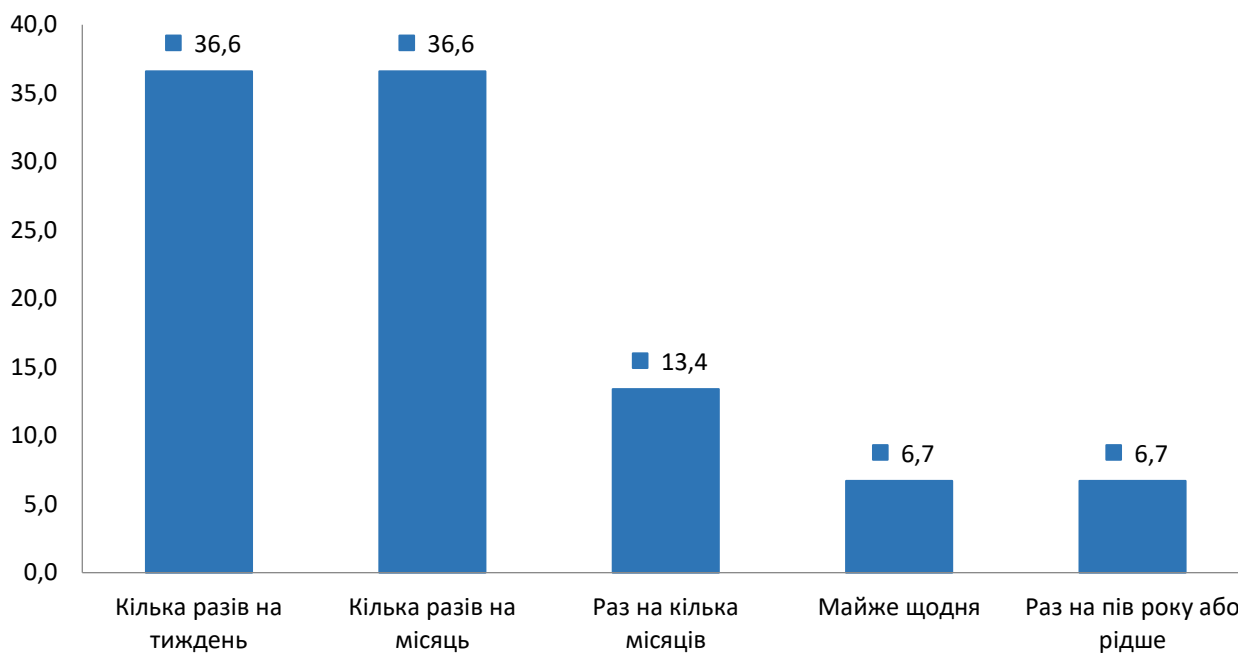


Рис. 16. Частота вживання алкоголю серед клієнтів САВ-ЛА, %, N=30

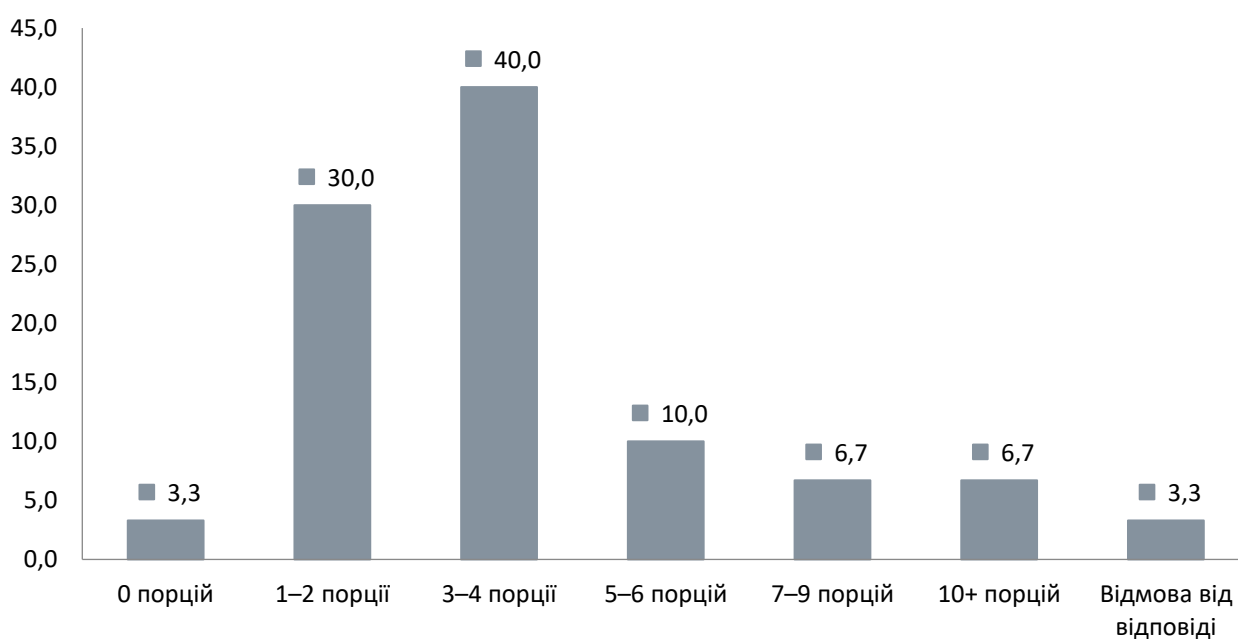


Рис. 17. Кількість порцій алкоголю у звичайний день серед клієнтів САВ-ЛА, %, N=30

1.4. Ключові спостереження

Більшість клієнтів ін'єкційної форми ДКП препаратом САВ-ЛА, які взяли участь у дослідженні, вживають алкоголь, найчастіше кілька разів на тиждень або на місяць. Переважна частина обмежується 1–4 порціями у звичайний день, однак невелика частка клієнтів повідомила про споживання значної кількості алкоголю за один раз. Хоча вживання алкоголю не є критичним фактором для цієї когорти, воно може

впливати на регулярність відвідування ін'єкцій та прихильність до програми, що варто враховувати в індивідуальній роботі з клієнтами.

1.5. Вживання наркотичних речовин

Досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом мали лише 3 клієнти (6,8%) з 44 опитаних; 93,2% зазначили, що ніколи не мали такого досвіду.

Серед трьох клієнтів, які повідомили про вживання ін'єкційних наркотиків, двоє робили це до початку програми САВ-ЛА, один – на момент вступу на програму. Щодо часових проміжків: один клієнт востаннє вживав наркотики більше року тому, інший – менше шести місяців тому, третій – впродовж останнього місяця.

Один із трьох клієнтів зазначив, що під час перебування на програмі САВ-ЛА мав досвід незахищених сексуальних контактів під впливом наркотичних речовин. Зважаючи на малу кількість випадків, ці дані наводяться описово і не підлягають узагальненню, однак потребують індивідуальної уваги з боку команди впровадження в контексті комплексного супроводу клієнта.

1.5. Ключові спостереження

Досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед клієнтів ін'єкційної форми ДКП препаратом САВ-ЛА є поодиноким і не є характерним для цієї когорти, лише троє з 44 опитаних повідомили про такий досвід. Незважаючи на малу кількість випадків, один із цих клієнтів перебував на програмі в активний період вживання, що потребує індивідуальної уваги до клієнтів з боку команди впровадження.

1.6. Початкові враження від САВ-ЛА

Попередній досвід з ДКП. 68,1% клієнтів раніше приймали пероральну форму ДКП, з них: 24 клієнта – тривалий час, 6 клієнтів – менше 6 місяців до вступу на програму САВ-ЛА. Серед 14 клієнтів, які ніколи не приймали пероральну форму ДКП, найчастіше називали такі причини: відсутність відчуття ризику (25,0%), незнання де отримати препарат (20,0%), побоювання побічних реакцій (20,0%) та відсутність потреби у щоденному прийомі таблеток (20%). Клієнти, які обрали варіант відповіді «Інше», зазначили наступні причини: брак часу або відкладання вирішення цього питання, а також наявність лактози у складі таблетованої форми ДКП (рис. 18).

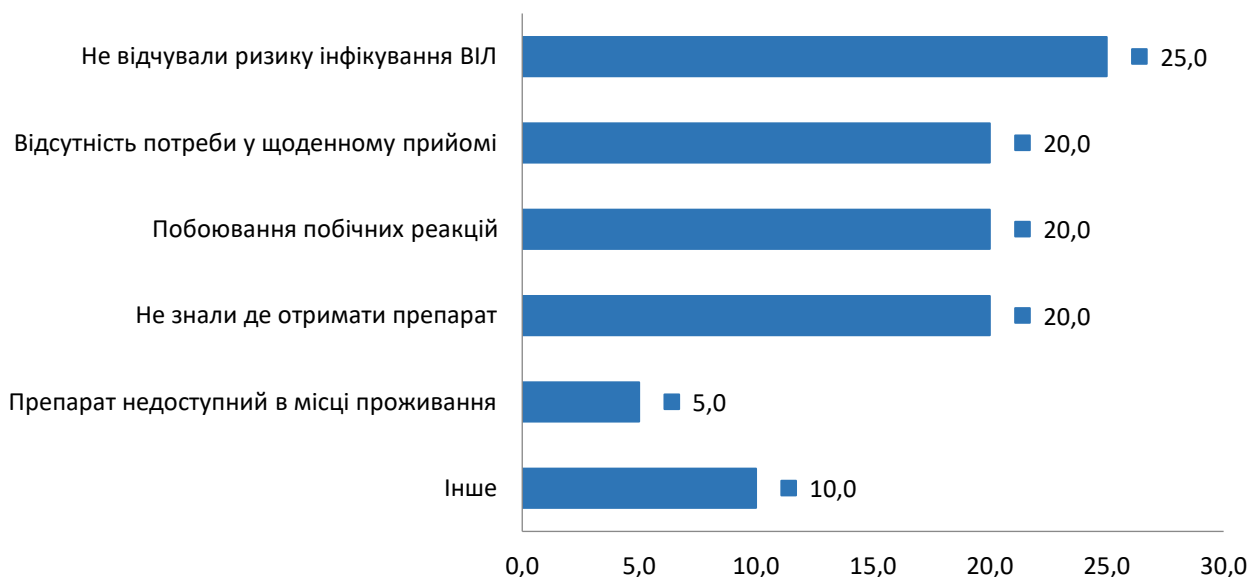


Рис. 18. Причини, чому клієнти раніше не приймали пероральну форму ДКП, %, N=14 (множинні відповіді)

Серед тих, хто приймав пероральну форму ДКП раніше, 43,3% не мали жодних пропусків, а 36,7% мали 1-2 пропуски за весь період. Кожен шостий клієнт повідомив про часті пропуски пероральної форми ДКП (рис. 19).

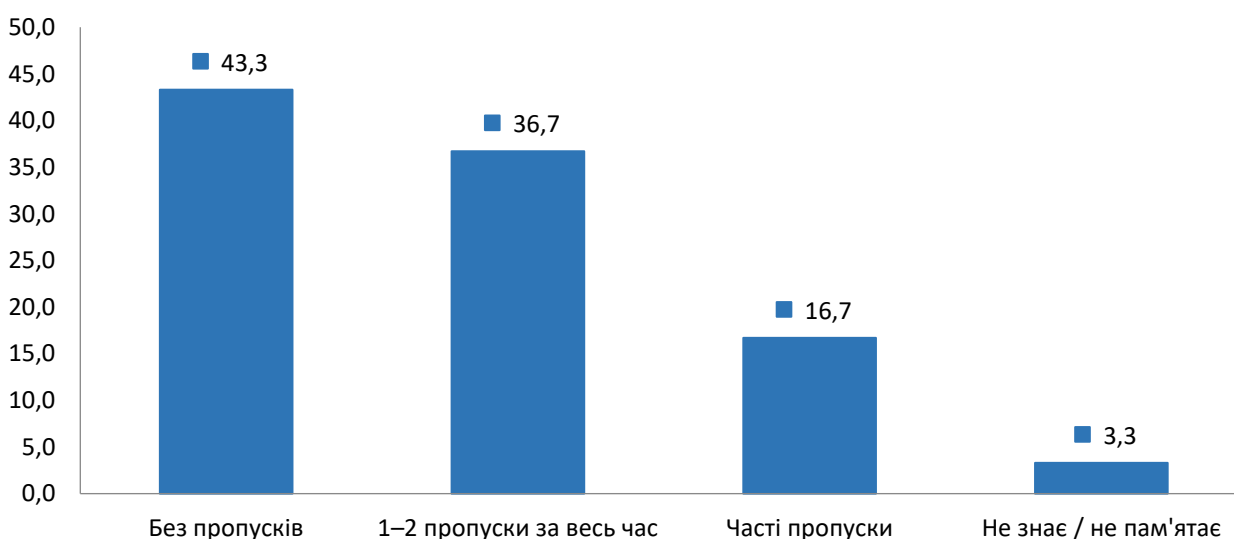


Рис. 19. Частота пропусків у прийомі пероральної форми ДКП до вступу на програму CAB-LA, %, N=30

Мотивація для вступу на програму. Головними причинами вибору CAB-LA клієнти називали зручність (32,4%) та переконаність у безпеці й ефективності препарату (29,6%). Перехід з таблетованої форми ДКП зазначили 22,5% клієнтів, рекомендації знайомих – 14,1%. Серед одиничних відповідей – вибір ін'єкційної форми ДКП як методу профілактики у дискордантній парі (рис. 20).

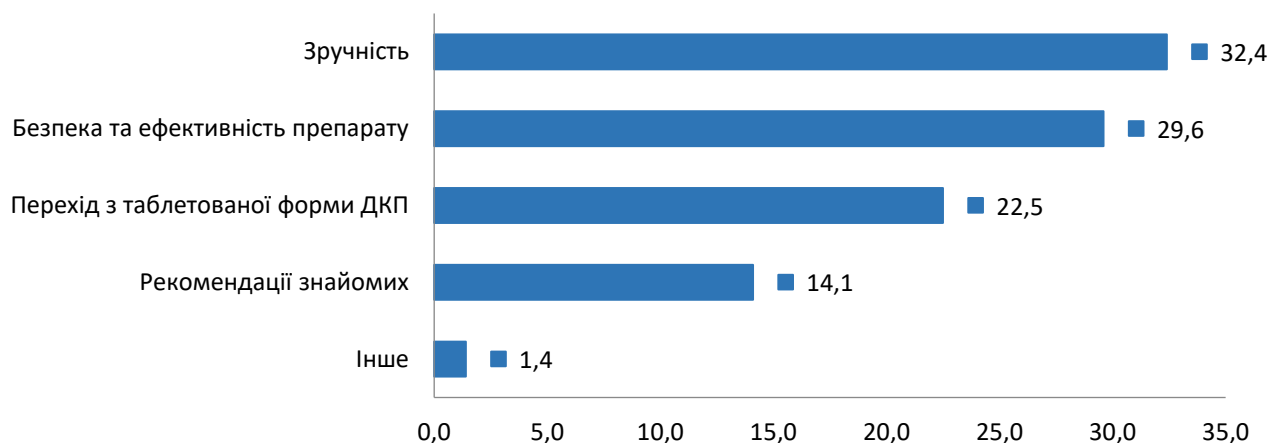


Рис. 20. Мотивація клієнтів для вступу на програму CAB-LA, %, N=44 (множинні відповіді)

Супутні препарати. 86,4% клієнтів вказали, що не приймають жодних лікарських засобів паралельно з CAB-LA, (рис. 21).

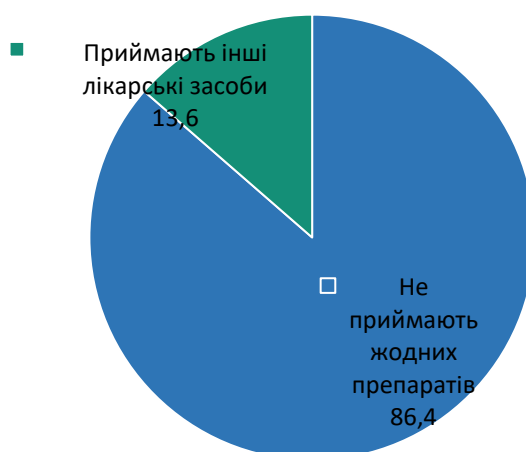


Рис. 21. Прийом лікарських засобів паралельно з CAB-LA, %, N=44

Побічні реакції. 40,9% клієнтів відзначили побічні реакції на ін'єкції CAB-LA. Найчастіше фіксувалися місцеві реакції: біль у місці ін'єкції (36,0% від усіх відмічених реакцій), ущільнення в місці ін'єкції (20,0%), набряклість та підвищена чутливість в місці ін'єкції (по 12,0%). Рідше свербіж та почервоніння в місці ін'єкції (по 4,0%). Серед іншого клієнти також точково згадувати біль, який з'являється через 4-5 днів і триває до 3-х тижнів, синець, біль в нозі та підвищену температуру. Системних або тяжких реакцій не зафіксовано (рис. 22).

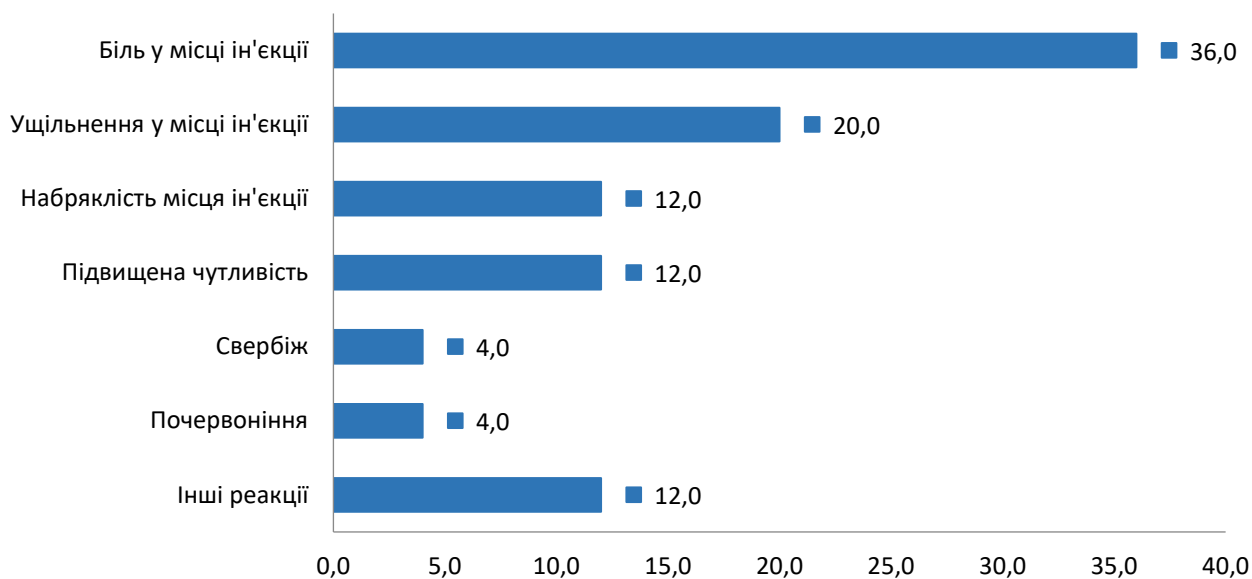


Рис. 22. Побічні реакції при отриманні ін'єкцій CAB-LA, %, N=44

Примітка. Тема побічних реакцій також розглядалася в якісному компоненті дослідження, де учасники мали можливість детальніше описати свій досвід. Результати якісного компоненту та методологічні відмінності у фіксації побічних реакцій між двома компонентами дослідження розглянуто в Розділі 2.

Комфортність та задоволеність. Після отримання третьої ін'єкції CAB-LA клієнти оцінювали свої початкові враження від ін'єкційної форми ДКП. Загалом переважна більшість клієнтів сприйняли цей метод профілактики комфортно: 68,2% оцінили його як дуже комфортний, 22,7% – скоріше комфортний. Водночас 9,1% клієнтів зазначили, що їм однаково комфортно і дискомфортно, але жоден із клієнтів не висловив явного дискомфорту (рис. 24).

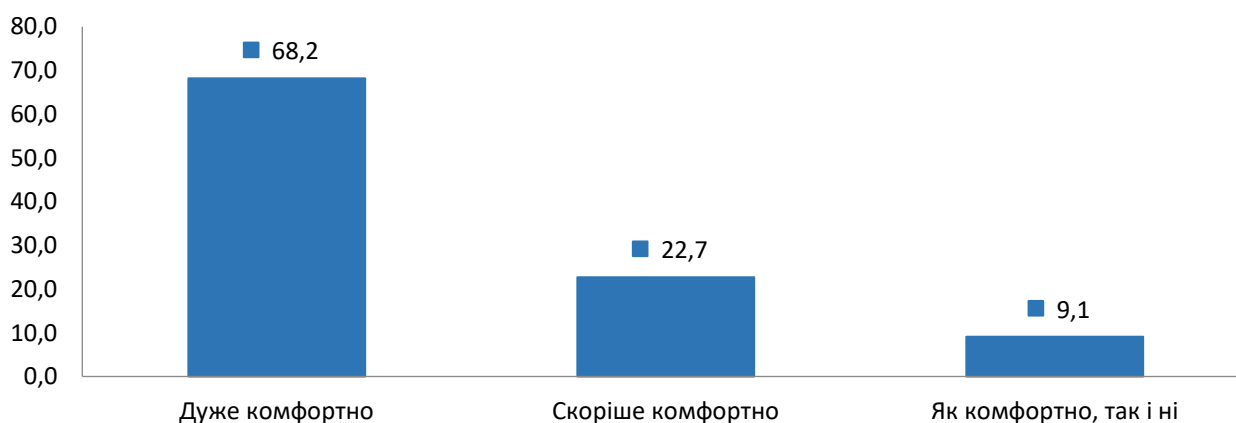


Рис. 23. Комфортність отримання ін'єкцій CAB-LA, %, N=44

Задоволеність послугами програми підтвердили 97,7% учасників (рис. 25).



Рис. 24. Задоволеність послугами програми CAB-LA, N=43

Прихильність до програми. 83,3% клієнтів зазначили, що цілком впевнені у продовженні отримання ін'єкцій до кінця курсу, 14,3% – частково впевнені (рис. 25).

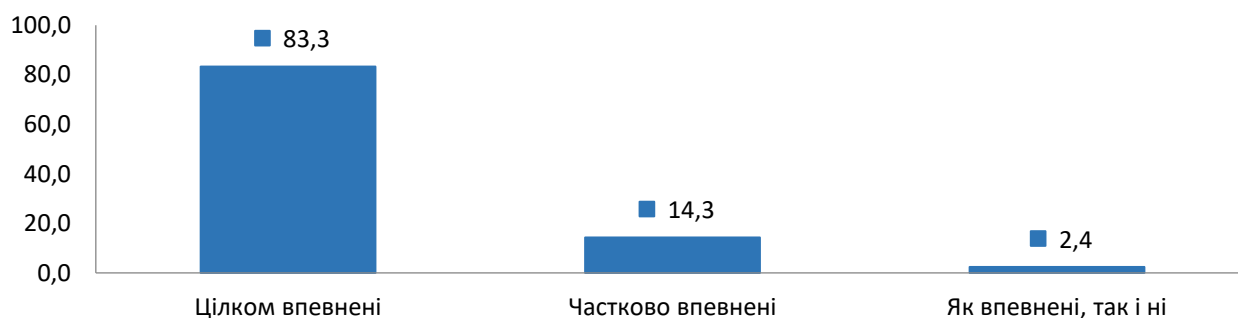


Рис. 25. Впевненість клієнтів у продовженні участі в програмі CAB-LA, %, N=42

Якість життя. Більша частина клієнтів (47,6%) зазначили, що не відзначили змін у якості життя після вступу на програму CAB-LA, натомість 30,9% зафіксували її покращення. Приблизно кожному п'ятому учаснику дослідження було складно оцінити зміни в якості життя після початку використання ін'єкційної форми ДКП Каботегравіром (рис. 26).

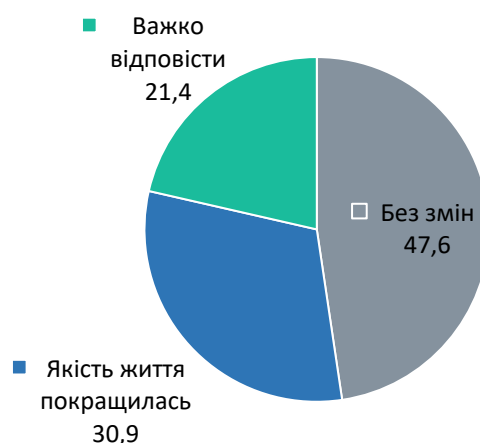


Рис. 26. Зміни у якості життя клієнтів після вступу на програму CAB-LA, %, N=42

1.6. Ключові спостереження

Початковий досвід клієнтів з ін'єкційною формою ДКП препаратом CAB-LA є переважно позитивним. Висока задоволеність послугами, комфортність процедури та впевненість у продовженні курсу свідчать про вдалу організацію програми на обох сайтах впровадження. Побічні реакції, хоча й зафіксовані у майже кожного другого клієнта, мали виключно локальний характер і не стали перешкодою для продовження участі. Важливо також, що значна частина клієнтів перейшла з пероральної форми ДКП на ін'єкційну, маючи досвід пропусків у щоденному прийомі таблеток, що додатково підтверджує доцільність ін'єкційної форми ДКП як зручнішої альтернативи для підтримання прихильності.

Розділ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ГЛИБИННИХ ІНТЕРВ'Ю З КЛІЄНТАМИ САВ-LA

Якісний компонент дослідження реалізовано у формі глибинних інтерв'ю (далі – ГІ) з клієнтами програми САВ-LA. Загалом до участі у ГІ виявив бажання 21 клієнт, однак до аналізу включено 20 інтерв'ю, одне виключено через відсутність релевантного змісту. По 10 клієнтів представляли кожен із двох сайтів впровадження: Київ та Львів. Усі інтерв'ю проводилися онлайн на платформі Zoom із дотриманням конфіденційності. Запис розпочинався лише після отримання усної інформованої згоди учасника. Польовий етап тривав у липні–серпні 2025 року.

Більшість учасників на момент проведення інтерв'ю вже отримали п'яту ін'єкцію САВ-LA, що дозволило їм повноцінно оцінити як прихильність до препарату, так і його прийнятність у повсякденному житті.

2.1. Соціально-демографічні показники

Усі 20 учасників глибинних інтерв'ю – чоловіки, які належать до групи чоловіків, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ). Вік учасників коливається від 21 до 39 років – це чоловіки, які перебувають у найбільш сексуально активному періоді життя. Усі клієнти проживають у містах, де отримують ін'єкційну форми ДКП, хоча один учасник зі Львова отримав одну ін'єкцію у Києві під час відрядження, що додатково свідчить про його мотивованість до програми.

Однорідність вибірки за статтю може відображати портрет клієнтів програми САВ-LA на цьому етапі впровадження, але не виключає серед учасників програми присутність інших ключові групи, які не потрапили до вибірки для глибинних інтерв'ю. Водночас це підкреслює потенціал розширення охоплення програми в майбутньому.

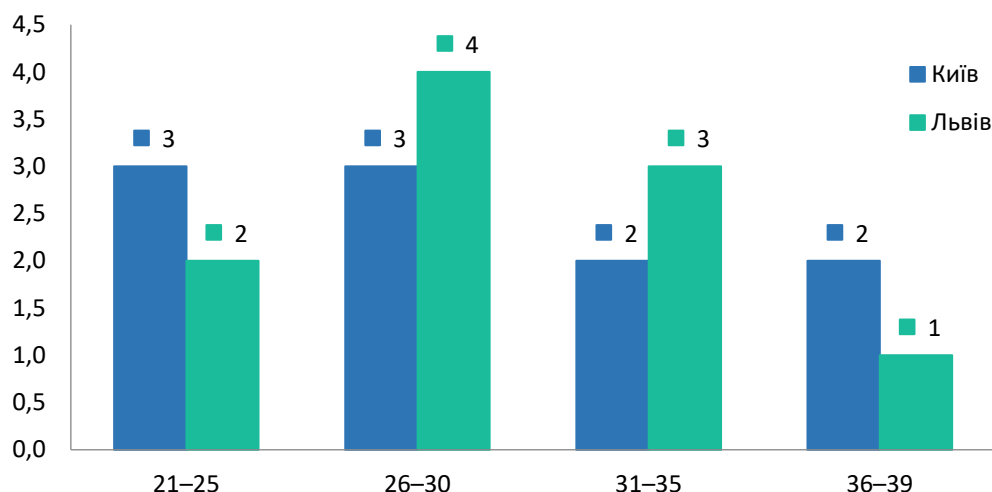


Рис. 28. Розподіл вікових груп учасників глибоких інтерв'ю за містом отримання ін'єкцій CAB-LA, абсолютні числа, N=20

2.1. Ключові спостереження

Учасники глибоких інтерв'ю серед клієнтів ін'єкційної форми ДКП препаратом CAB-LA – виключно ЧСЧ віком від 21 до 39 років.

2.2. Отримання інформації та прийняття рішення

Шлях до програми CAB-LA у більшості учасників розпочався завдяки цілеспрямованій роботі команди впровадження. Майже половина клієнтів вперше дізналися про препарат від соціального працівника, це свідчить про ефективність індивідуального аутрічу як інструменту залучення. Водночас третина учасників знайшли інформацію самостійно, через соціальні мережі та інтернет, що вказує на зростаючу роль цифрових каналів у поширенні знань про профілактику ВІЛ серед ключових груп.

Джерела інформації про CAB-LA:

- соціальний працівник – майже половина учасників;
- соціальні мережі та інтернет – третина учасників;
- оточення: друзі або знайомі – поодинокі відповіді;
- медичний працівник – поодинокі відповіді.

«...в Твіттері від Франківського лікаря-вірусолога»

клієнт, м. Львів

«...вперше почув від свого колишнього. Він записався на цю ін'єкцію [...] Потім я сам зацікавився і записався»

клієнт, м. Київ

Цікаво, що роль медичного працівника як першоджерела інформації виявилася менш вираженою, лише двоє клієнтів дізналися про CAB-LA саме

від лікаря. Водночас після першого контакту із програмою саме медичні працівники відіграють ключову роль у підтримці клієнта, про це свідчать відгуки учасників щодо якості консультацій.

Серед чинників, що переконали клієнтів обрати ін'єкційну форму ДКП, домінуючою темою є зручність. Відсутність щоденного ритуалу прийому таблетки сприймається учасниками як суттєве полегшення, особливо тими, хто раніше мав досвід пероральної форми ДКП і відчував тривогу через можливий пропуск дози.

Основні чинники прийняття рішення:

- зручність ін'єкційної форми ДКП – більшість учасників;
- попередній обтяжливий досвід таблетованої форми ДКП – майже третина;
- прагнення захисту від ВІЛ, зокрема у дискордантних парах – поодинокі відповіді;
- індивідуальні фізіологічні протипоказання до пероральної форми (непереносимість лактози, підвищений рівень креатиніну) – поодинокі відповіді;
- рекомендація соціального працівника або позитивний досвід знайомих - поодинокі відповіді.

«...переконало погодитися те, що я, як людина лінива, то мені набагато зручніше раз в два місяці отримати ін'єкцію і не паритися»

клієнт, м. Львів

«...я якби медик за освітою. [...] в мене підвищений креатинін. От і якби це один з протипоказів до використання перорального Prep. Тому я коли дізнався що є можливість саме ін'єкційного, то я так подумав, ну погодився»

клієнт, м. Київ

«...і ще обставини - те що мій хлопець ВІЛ-позитивний і в мене якраз почалися стосунки»

клієнт, м. Львів

«...мій хлопець мене мотивував, бо сказав, що це набагато краще, ніж таблетки вживати, бо таблетки давали побічний ефект на печінку [...] є дослідження, котрі підтверджують, що може негативно впливати вживання таблеток на печінку, на нирки»

клієнт, м. Львів

Щодо вагань перед початком програми: більшість учасників (близько двох третин) зазначили, що не мали жодних страхів чи сумнівів. Це може свідчити як про достатній рівень інформованості клієнтів до моменту вступу на

програму, так і про ефективну попередню консультаційну роботу соціальних та медичних працівників. Чверть клієнтів відчували певну настороженість, яка була пов'язана переважно з новизною препарату, можливими побічними реакціями або особистим страхом перед ін'єкціями. Показово, що жоден з учасників, хто мав початкові вагання, не описав їх як непереборний бар'єр, всі вони врешті вступили на програму і продовжують участь.

«...ні, я ніколи цього не боявся. У мене не було ніяких вагань, що може щось не так. Я просто записався, приїхав, вколов, зробив всі тести»

клієнт, м. Львів

«...ну я б не назвав це ваганням, таке я би сказав здорову настороженість, але я запитав, проконсультувався з медичними працівниками нашими [...]. Мені пояснили, відповідно більше переживань не було»

клієнт, м. Львів

2.2. Ключові спостереження

Клієнти приходять на програму САВ-LA переважно свідомо та мотивовано. Соціальні працівники відіграють ключову роль як перший інформаційний канал, а зручність ін'єкційної форми ДКП є головним аргументом на її користь. Цифрові канали також демонструють зростаючий вплив, особливо серед молодших клієнтів. Більшість учасників не мали суттєвих вагань перед початком програми, а ті, хто мав, успішно їх подолали після консультації з командою впровадження.

2.3. Досвід використання та зручність

Три чверті учасників ГІ мали попередній досвід вживання таблетованої форми ДКП, тоді як для чверті ін'єкційна форма ДКП стала першим досвідом профілактики ВІЛ взагалі. Це дозволило більшості учасників робити усвідомлене та конкретне порівняння двох форм ДКП, спираючись на власний досвід. Клієнти, які не мали власного досвіду вживання таблетованої форми ДКП, оцінювали її переваги та недоліки на основі наявних знань про цей метод профілактики.

У розмовах про переваги та недоліки обох форм ДКП учасники демонстрували чітке розуміння відмінностей між ними. Наведена нижче таблиця узагальнює ключові теми, що звучали в інтерв'ю.



Таблиця 3. Порівняння різних форм ДКП за оцінкою учасників глибоких інтерв'ю, (N=20)

Критерій	Ін'єкційна форма ДКП (CAB-LA)	Таблетована форма ДКП	*Характер думок
+ ПЕРЕВАГИ			
Зручність	Ін'єкція раз на 2 місяці – відсутність щоденного ритуалу, тривоги щодо пропуску дози	Не потребує відвідування ЗОЗ для отримання – можна мати запас на кілька місяців	Домінуюча думка
Ефективність та відчуття захисту	Висока впевненість у захисті – немає ризику пропустити ін'єкцію, як це буває з таблеткою	Ефективна при дотриманні схеми; частина клієнтів відчуває впевненість від щоденного контролю	Домінуюча думка
Ставлення медичних працівників	Позитивний досвід взаємодії з медичними працівниками ЗОЗ під час введення ін'єкцій	—	Кілька учасників
Навантаження на організм	Окремі учасники відчувають менше навантаження на організм порівняно з таблетками	Частина клієнтів не відчувала жодних побічних реакцій від таблеток	Поодинокі думки
Додаткові можливості	Відчуття відповідальності за власне здоров'я	Можливість поділитися препаратом зі знайомим у разі потреби; можна дотримуватись чіткого графіку	Поодинокі думки
— НЕДОЛІКИ			
Побічні реакції	Локальний біль у місці введення – основний і найпоширеніший недолік; у поодиноких випадках підвищення температури, відчуття зниження імунітету	Частина клієнтів відзначала дискомфорт та занепокоєння щодо можливого впливу на печінку і нирки; поодинокі учасники, навпаки, не мали жодних побічних реакцій	Домінуюча думка
Дотримання графіку	—	Необхідність щоденного прийому викликає тривогу, особливо у клієнтів з тривожним типом особистості; ризик пропустити дозу	Домінуюча думка
Доступність та логістика	Необхідність відвідування ЗОЗ раз на 2 місяці; для частини клієнтів – незручне розташування закладу	Потребує регулярного отримання препарату в ЗОЗ або у соціального працівника; обмеження кількості видачі	Кілька учасників
Фізичний дискомфорт	—	Завеликий розмір пігулок – фізичний дискомфорт під час прийому	Кілька учасників

***Характер думок:**

Домінуюча думка – більшість учасників висловлювали схожу позицію

Кілька учасників – тема звучала у кількох інтерв'ю

Поодинокі думки – одиничні згадки, які, однак, є значущими для розуміння повної картини



«...я бачу, що коли я таблетки п'ю, то там впевнено почуваюся в цьому. Але [...] з часом мені більше почали подобатись ін'єкції, бо таблетки можна забути випити, а з ін'єкцією я впевнений, що я там на 2 місяці захищений точно»

клієнт, м. Київ

«...найбільша перевага таблетованого PreP – що ти можеш, маючи при собі, дати його комусь, кого ти потенційно вважаєш, що матиме ризик»

клієнт, м. Львів

«...і наприклад такі речі для тривожних людей [...] я випивав таблетку і я такий “я її випив чи ні?”. І мені доводилось якийсь вести щоденник [...] А з ін'єкційним це просто вкололи, ти собі пішов і забув і все»

клієнт, м. Львів

«З недоліків це те, що після ін'єкції в мене болить місце уколу і дещо падає імунна система, типу починається нежить, іноді кидає в жар, але не критично»

клієнт, м. Львів

Половина учасників зазначили, що стикалися з певними організаційними труднощами під час отримання ін'єкцій CAB-LA. Найчастіше згадуваним бар'єром була географічна відстань до закладу охорони здоров'я та незручність розташування. Частина клієнтів відзначала труднощі в комунікації із соціальними працівниками, зокрема сприймала їхні нагадування як надмірно настирливі. Окремі учасники зазначали, що функції соціального та медичного працівника в окремих аспектах перетинаються, і висловлювали думку щодо доцільності чіткішого розмежування їхніх ролей у процесі супроводу клієнтів.

«...є ж три ланки, тобто є я, є соціальний працівник, є медичний працівник [...] По суті участі в цьому соціальний працівник ніякої не бере, крім того, що функція нагадати там, проконтролювати»

клієнт, м. Львів

Серед поодиноких труднощів учасники також згадували нестачу паркомісць поблизу закладу та обмежений час його роботи. Це деталі, які на перший погляд здаються дрібними, проте можуть впливати на регулярність відвідувань, особливо для клієнтів з щільним робочим графіком.

Для окремих учасників додатковим бар'єром для регулярного відвідування закладу є мобілізація, обставина, яка в умовах воєнного часу в Україні набуває особливої актуальності для частини клієнтів програми.



Попри описані труднощі, майже всі учасники (19 з 20) задоволені інформування з боку медичних працівників щодо препарату та можливих побічних реакцій. Показово, що позитивне ставлення до медичних працівників звучало у відповідях значно частіше, ніж критика, і нерідко це стало окремою згаданою перевагою програми.

«...в нашому центрі, де колють, медсестра, яка це робить, Катя – це взагалі якась феноменальна людина. Я жодного разу взагалі навіть не те що болю, навіть дискомфортих відчуттів не відчув»

клієнт, м. Київ

Водночас один учасник висловив часткове незадоволення якістю інформування – зазначивши, що медичні працівники, ймовірно, вважали його достатньо обізнаним через його професійний соціальний працівник, і тому не приділяли належної уваги консультуванню. Зокрема, питання щодо самопочуття та побічних реакцій ставилися нерегулярно.

«...і так, і ні. Тобто, на той момент, коли я починав отримувати, я був соціальним працівником, і, тобто, мені здається, що медичні працівники, ті, хто робив мені ці ін'єкції, вони вважали, що, типу: «він би мав це знати, йому можна про це не наголошувати». Здебільшого так, були якісь попередження, що місце уколу може боліти, може припікати, побічні дії препарату можуть бути. І все. На рахунок того, аби питати, чи, наприклад: «тебе там турбував біль, турбували там якісь інші проблеми?», - питали не кожного разу. Тобто, якось так раптово виходили ці питання»

клієнт, м. Львів

Побічні реакції зафіксував майже кожен учасник ГІ – 18 з 20 клієнтів. Це значно вищий показник, ніж у кількісному опитуванні (40,9%), що, ймовірно, пояснюється форматом глибинного інтерв'ю: у відкритій розмові клієнти детальніше та відвертіше описують свій досвід, включаючи відчуття, які вони не завжди вважають побічними реакціями у класичному розумінні.

Аналітична примітка щодо фіксації побічних реакцій

Розбіжність показників щодо побічних реакцій в кількісному і якісному компонентах дослідження відображає методологічну відмінність у способі фіксації суб'єктивних відчуттів. Структурована анкета передбачає вибір із заздалегідь визначених варіантів відповідей і фіксує лише ті симптоми, які учасник свідомо ідентифікував як побічну реакцію на момент заповнення. Глибинне інтерв'ю через відкритий діалог дозволяє виявити симптоми, які учасник міг не пов'язувати з препаратом, вважати несуттєвими або просто не згадати у формалізованому форматі. Таким чином, обидва методи фіксують реальний досвід клієнтів, але через різні фільтри сприйняття. При

інтерпретації даних про побічні реакції результати кількісного та якісного компонентів слід розглядати як взаємодоповнюючі: кількісні дані відображають те, що клієнти свідомо ідентифікували як проблему, якісні - більш повний спектр тілесного досвіду, отриманий через рефлексію в умовах відкритої розмови.

Найпоширенішою побічною реакцією серед учасників ПІ був біль у місці введення, його відзначили 16 з 18 клієнтів. Підвищення температури тіла спостерігалось у чотирьох учасників, загальне погіршення самопочуття – у трьох. Поодинокі учасники повідомляли про специфічні реакції: біль, що поширювався від місця ін'єкції до коліна, труднощі зі сном, а також судоми, які клієнт хибно пов'язав з ін'єкціями, хоча лікар підтвердив відсутність такого зв'язку.

«...побічний ефект заключається в тому, що укол роблять в сідничний м'яз і [...] замість того, щоб боліти 3-4 дні [...] воно може боліти хоч тиждень»

клієнт, м. Київ

«...після 3-ох перших в мене були як невеликі судоми, хоча лікар каже що це не пов'язано [...] Каже, що в принципі це не мало бути»

клієнт, м. Київ

«...я просто останні декілька ін'єкцій, особливо після останньої, я помітив що десь з 3-го по 7-8 день після ін'єкцій в мене труднощі трохи з засинанням»

клієнт, м. Київ

Важливий контекст: більшість учасників зазначали, що інтенсивність больових відчуттів поступово зменшувалася після 4–5 ін'єкцій. Тобто побічні реакції є переважно явищем раннього періоду, а не стабільним супутником програми. Цей аспект варто активніше комунікувати клієнтам на етапі підготовки до першої ін'єкції, адже декілька учасників згадували, що саме страх перед болем відлякує потенційних клієнтів з їхнього оточення.

«...я знаю, що навіть були деякі люди, які злякались і відмовились. Бо, наприклад, там у нас, яких там було людей, наприклад, двадцять, то з них, по-моєму, двоє відмовились, і те, що боліло перший раз, вони дуже злякались»

клієнт, м. Львів

Схема введення препарату раз на два місяці отримала одностайне схвалення серед усіх учасників, відповіді розподілилися між «зручно» та «дуже зручно», жоден клієнт не висловив незадоволення частотою ін'єкцій, а передбачуваність графіку сприймається учасниками як перевага.



«...зручно, зручно. Немає ніяких... Ми просто заздалегідь погоджуємо графік, тому знаєш що в тебе в календарі є ця зустріч і тому ти знаєш вже чітко що там умовно у вівторок ти повинен бути в цьому місці»

клієнт, м. Київ

Разом з тим кілька учасників спонтанно висловили зацікавленість у препараті з ще рідшим введенням, зокрема згадувався Ленакапавір (раз на 6 місяців). Це можна розцінювати як індикатор того, що клієнти готові до ще більшої зручності та цінують мінімізацію відвідувань ЗОЗ.

«...мені би чим більший проміжок був, тим краще [...] я би дуже хотів, щоб у нас була піврічна форма – це вколов і забув»

клієнт, м. Львів

Щодо впливу ін'єкційної форми ДКП на сексуальну поведінку: більше половини учасників зазначили, що їхні практики залишилися незмінними. Водночас близько третини відзначили посилення відчуття захищеності, проте це проявляється переважно як психологічний комфорт та внутрішня впевненість, а не як зміна реальної поведінки. Поодинокі учасники зазначили вищий рівень довіри до ін'єкційної форми порівняно з таблетованою, та про відчуття легкості, знову ж таки скоріше на ментальному рівні.

«...ні, сексуальна поведінка не змінилася. Так само вона була захищеною. Просто це для внутрішньої самовпевненості що є додатковий захист»

клієнт, м. Київ

«...в загальному змінилося в розрізі того, що я став відчувати себе більш захищеним. Типу я розумів що все інше можна буде полікувати, а от як головна хвороба, типу, вона більше не така страшна. Я більш розслаблений в цьому контексті»

клієнт, м. Київ

«...ін'єкційному я більш довіряю ніж таблетці. Це ментально. Але я завжди якщо десь не впевнений, то іноді з презервативом займаюсь сексом», клієнт, м. Київ.

клієнт, м. Київ

«...я чудово розумію що препарат повністю не гарантує захист [...] але десь морально ти розумієш що в тебе є оця страховка [...] особливо ніяк це не вплинуло окрім, можливо, моральної легкості»

клієнт, м. Київ

2.3. Ключові спостереження.

Ін'єкційна форма ДКП препаратом CAB-LA сприймається учасниками як зручна, надійна та психологічно комфортна альтернатива пероральній формі.



Схема введення раз на два місяці отримала одностайне схвалення. Основним викликом залишаються побічні реакції у місці введення, характерні для початкового періоду і такі, що поступово зменшуються з кожною наступною ін'єкцією. Організаційні аспекти програми, зокрема доступність закладу та якість супроводу клієнтів, мають потенціал для вдосконалення і заслуговують на увагу в контексті підвищення прихильності до програми. Загалом навіть клієнти, які стикалися з труднощами, продовжують участь у програмі, що само по собі є свідченням її високої прийнятності.

2.4. Очікування та враження від CAB-LA

Практично всі учасники ГІ (19 з 20) ділилися інформацією про CAB-LA зі своїм оточенням. Більшість розповіли про програму лише кільком близьким людям (1-3 особи), що може відображати особистий характер теми та бажання зберігати конфіденційність щодо власного статусу клієнта програми. Водночас поодинокі учасники поширили інформацію значно ширше, серед десятків і навіть сотень знайомих, виступаючи активними амбасадорами програми.

Реакція оточення на інформацію про програму була різною. Частина знайомих клієнтів вже приєдналася до програми, і у кількох випадках учасники ГІ описували себе як безпосередній чинник цього рішення. Інші виявляли інтерес, але ще не зробили конкретних кроків. Лише у двох учасників знайомі не виявили жодного інтересу до програми. Географічна обмеженість програми звучала як основна перешкода для потенційних клієнтів з інших регіонів.

«...так, я розказував. В декількох з них була цікавість до того, але наскільки я знаю, то ніхто по суті не погодився, бо то або з іншого міста, або там незручно їздити, наприклад, до Львова, бо в місті, де вони проживають, такої функції немає»

клієнт, м. Львів

«...один знайомий [...] мав таблетований PreP [...] Я йому, типу, кажу: "У мене є така штука." [...] І він тоді пішов, записався, зробив, зараз щасливий ходить»

клієнт, м. Київ

Загальні враження учасників від програми CAB-LA є переважно позитивними. Половина клієнтів повністю задоволені препаратом і програмою, більш ніж третина – скоріше задоволені. Нейтральну позицію висловили кілька учасників, які відчули сильні побічні реакції. Лише один учасник зазначив, що скоріше не задоволений, однак навіть він продовжує програму. Жоден із клієнтів не повідомив про повне незадоволення.



«...це дуже класна штука, що є така програма, що люди можуть себе забезпечити в плані сексу [...] Я б хотів, щоб вона була повсюди і більше людей залучали до цього»

клієнт, м. Львів

«...захист діє, враховуючи, що до сих пір негативний, і препарат працює. А от далі були моменти через небажані події після, коли я був готовий вийти з програми, але це після передостанньої - коли було настільки погано, що я там думав, що я відкинуся і не прийду ще раз на ще одну ін'єкцію. Тим не менш, після того, як все стихло і все-таки інше, я вирішив все-таки піти на наступну і все інше. Підтримка медичних працівників – плюс, і частота – плюс»

клієнт, м. Львів

Серед пропозицій щодо вдосконалення програми учасники виявили чітке розуміння системних прогалин. Найчастіше звучала потреба у географічному розширенні, щоб ін'єкційна форма ДКП була доступна в усіх регіонах України. Довідково слід зазначити, що станом на 2026 р програма впровадження ін'єкційного CAB-LA вже була розширена на всі регіони України. Окремо наголошувалося на важливості збільшення інформаційних матеріалів про препарат у ЗОЗ та соціальних мережах, розширення переліку лабораторних обстежень у рамках програми, а також активнішої співпраці з громадськими організаціями для залучення нових клієнтів. Поодинокі учасники порушували питання транспортної підтримки та можливості отримання послуги за місцем проживання.

Пропозиції учасників щодо вдосконалення програми:

- розширення географії програми – усі регіони України;
- збільшення кількості інформаційних матеріалів про ін'єкційну форму ДКП у ЗОЗ та онлайн;
- розширення переліку лабораторних обстежень та додаткових послуг (вакцинація, обстеження на ІПСШ);
- активна співпраця з громадськими організаціями для розширення охоплення;
- перегляд місця розташування або організації прийому в окремих ЗОЗ;
- транспортна підтримка або можливість отримання послуги за місцем проживання.

«...варто додати більше брошурок, тому що я в центрі куди я періодично тестуватись ходив, то інформації не бачив про ін'єкційний ПреП»

клієнт, м. Київ

«...я би рекомендував зі своєї сторони залучати більшу кількість громадських організацій [...] аби вони теж мали свою цільову групу,



аудиторію [...] і було би круто, наприклад, чути від них у їхніх Instagram-сторінках, Facebook [...] що від них можна направитися отримати ін'єкцію»

клієнт, м. Львів

«...можливо більше інформації в мережах Tik Tok, Instagram, щоб люди дізнавались про це. Або можливо є інформація, але мені вона не так часто з'являється»

клієнт, м. Київ

«...я вважаю, що можна зробити прям якісь там конференції. Зібрати людей, які на програмі і проінформувати не тільки про ВІЛ, а про інші інфекційні хвороби і так далі»

клієнт, м. Львів



Рисунок 29. Ключові враження клієнтів від програми ін'єкційної форми ДКП (N=20)

Розмір тегу відображає частоту згадування теми серед учасників

2.4. Ключові спостереження

Учасники програми ін'єкційної форми ДКП препаратом САВ-LA є активними її амбасадорами. Майже всі діляться інформацією з оточенням, і частина знайомих вже приєдналася до програми. Географічне обмеження є важливим бар'єром для розширення охоплення. Загальна оцінка програми позитивна: навіть клієнти з побічними реакціями продовжують участь, що свідчить про високий рівень прийнятності ін'єкційної форми ДКП. Критичні зауваження

стосуються переважно організаційних аспектів, а не самого препарату, це є важливим сигналом для подальшого розвитку програми.

Розділ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ФОКУС-ГРУПОВИХ ІНТЕРВ'Ю З КОМАНДАМИ ВПРОВАДЖЕННЯ САВ-LA

До впровадження програми з надання клієнтам ін'єкційної форми ДКП були залучені два заклади охорони здоров'я: Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом (м. Київ) та Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр (м. Львів). Протягом 12 місяців у цих закладах медичні працівники спільно із соціальними працівниками впроваджували ін'єкційну форму доконтактної профілактики ВІЛ – Каботегравір тривалої дії. Обидва заклади стали одними з перших в Україні, де розпочалося впровадження САВ-LA, а їхній досвід заклав підґрунтя для подальшого масштабування програми на національному рівні.

З метою оцінки процесу впровадження було організовано дві хвилі фокус-групових дискусій із командами впровадження – медичними та соціальними працівниками обох сайтів. Фокус-групи проводилися онлайн на платформі Zoom за напівструктурованим гайдом. Учасників розподілено на дві підгрупи по 6 осіб таким чином, щоб у кожній були представлені лікарі, медичні сестри та соціальні працівники з обох міст.

Перша хвиля відбулася на четвертому місяці впровадження препарату, друга на десятому, що дозволило здійснити порівняльну оцінку процесу з часом і простежити динаміку думок команд впровадження.

І хвиля фокус-групових інтерв'ю – 4-й місяць дослідження, після введення третьої ін'єкції клієнтам

У першій хвилі взяли участь 11 учасників: команда м. Києва – 5 осіб (2 лікарі-інфекціоністи, 2 медичні сестри, 1 соціальний працівник), команда м. Львова – 6 осіб (2 лікарі-інфекціоністи, 2 медичні сестри, 2 соціальні працівники). Дискусія охоплювала чотири тематичні блоки: знання і ставлення до САВ-LA; тестування клієнтів; досвід роботи з препаратом; загальні враження від впровадження програми.

3.1.1. Знання і ставлення до САВ-LA та досвід роботи з препаратом

На початку дискусії учасників запитали про рівень їхньої обізнаності щодо САВ-LA до початку впровадження. Відповіді розподілились: частина



учасників, як серед медичних працівників обох міст, так і серед соціальних працівників, вже мала певні знання про препарат, інші дізналися про нього безпосередньо в рамках підготовки до проєкту. Загальне ставлення до препарату серед усіх учасників було позитивним, хоча більшість зазначила, що повноцінне враження склалося лише після отримання достатньої інформації.

«...оскільки не було інформації повноцінної, то ставлення з'явилося тільки після того як я дізналася що для кого це, що він робить. Ставлення позитивне, але до цього неможливо було сформувати відношення за браком інформації»

лікар-інфекціоніст, м. Київ

Учасники визначили основні переваги та недоліки ін'єкційної форми ДКП для клієнтів. Серед переваг домінувала зручність застосування, зокрема відсутність необхідності щоденного прийому таблеток. Майже такою ж значущою перевагою учасники вважали роль САВ-ЛА як альтернативи для клієнтів із низькою прихильністю до таблетованої форми. Третьою за частотою згадувань перевагою була безпечність препарату. Решта переваг звучали поодинокі: впевненість у захисті, менший вплив на організм та гнучкість у плануванні візитів.

«...при щоденному прийомі все ж таки принципово щоб це було кожен день, вчасно [...] те що не потрібно пити препарат щодня – це дійсно перевага. Плюс вони впевнені в тому, що в них є місяць або два [...] що вони будуть захищені і вони не будуть перейматись через те, що “а потрібно, або не потрібно бігти за пігулками”»

лікар-інфекціоніст, м. Київ

Серед недоліків препарату САВ-ЛА переважна більшість учасників вказала на побічні реакції, передусім біль у місці ін'єкції. Решта бар'єрів це: страх ін'єкцій, тривале збереження препарату в організмі та занепокоєння щодо сумісності з алкоголем – згадувалися значно рідше та поодинокі.

Усі учасники першої хвилі зазначили, що їхні клієнти стикалися з побічними реакціями на препарат САВ-ЛА. Найпоширенішими були вищезгаданий біль у місці ін'єкції та підвищення температури тіла, про них говорила більшість учасників. Значно рідше згадувалися нудота і блювання, панкреатит та загострення психічних розладів, як поодинокі випадки.

«...лякають зараз побічні дії, навіть серед клієнтів я почав помічати, що один одному кажуть що побічні дії дуже жахливі [...] і коли я тестую нового клієнта? то я дізнаюсь чи приймає він взагалі PreP перорально і аналізую якщо цікаво буде ін'єкційно, то пропоную. Було



пару випадків, що вони кажуть, що чули про побічні дії і тому не хочуть навіть»

соціальний працівник, м. Київ

«...у мене був пацієнт, який відмовився від ін'єкційної форми. Після введення Каботегравіру в нього виникла реакція накишталт панкреатиту. Але перед цим протягом місяця він приймав антибіотики, бо він хворів: то ангіна, то отит, то ще щось, тоді ще запалення органів дихання, слуху, нюху. То він приймав антибіотики і антибіотики приймав неодноразово за цей місяць, бо поступово це все відбувалося. Ну але чомусь він пов'язав це саме з Каботегравіром. Хоча ми намагалися йому пояснити, ну напевно в мене це не дуже гарно вийшло, тому що клієнт відмовився продовжувати іти на третю ін'єкцію»

лікар-інфекціоніст, м. Київ

«...в мене не було більше якихось таких особливих побічних дій, крім індивідуальної чутливості. Це біль в місці ін'єкції і підвищення температури тіла. У кожного клієнта свій поріг чутливості, тому кожен це переносить по-своєму, але критично нічого не відзначалось»

лікар-інфекціоніст, м. Київ

Щодо випадків пропусків ін'єкцій та вибуття клієнтів з програми, всі учасники зазначили, що мали такий досвід. Основними причинами вибуття були побічні реакції, мобілізація, наявність постійного партнера (зникнення відчутного ризику), зміна місця проживання та загальна низька прихильність. Учасники описували різні підходи до роботи з клієнтами, що коливаються між вибуттям: від активного утримання та консультування до прийняття рішення клієнта без тиску.

«Зараз в нас напевно п'ять клієнтів, тобто двоє з них такі що це можуть повернутися, тобто встигають що в них буде ще два місяці, а інші вже троє - це ті, які пропустили. Так що їм треба по-новому починати через місяць повторювати дозу ін'єкції і це дуже шкода бо, вкладаєш в це дуже багато сил. Соціальні працівники їх вмовляють, наголошують про їхню необхідність цієї ін'єкції, ми виконуємо процедури, консультуємо, але клієнти все рівно відриваються»

лікар-інфекціоніст, м. Львів

«Кілька клієнтів уже відпало, але я не намагаюся їм як щось продати, я просто приймаю те, що вони вирішили не продовжувати і там умовляти їх якось ще я не бачу в цьому сенсу, тому що люди собі краще розуміють чи це зручно, чи це треба. Тому я не наполягаю на тому, щоб вони продовжували програму»

соціальний працівник, м. Львів



Усі учасники одностайно зазначили, що ін'єкційна форма ДКП позитивно вплинула на якість життя клієнтів. Особливо виразно це відзначалося серед мобільних клієнтів, які часто подорожують або переїжджають, а також серед тих, хто мав підвищену тривожність щодо ризику інфікування ВІЛ.

«...почувають себе більш вільними, більш комфортно їм, що принаймні вони не є прив'язані до графіку прийому препарату. Особливо ті, що мобільні, переїжджають, у від'їзді їздять»

лікар-інфекціоніст, м. Київ

«...хто мав такий страх інфікуватися, для них це якби є така гарантія того, що вони будуть здорові. В когось є такий фактор тривожності – це дуже позитивно впливає [...] хоч якусь тривожність можна відкоригувати»

лікар-інфекціоніст, м. Київ

3.1.1. Ключові спостереження

На четвертому місяці впровадження програми ін'єкційної форми ДКП препаратом САВ-ЛА позитивно сприймають препарат і чітко розуміють його переваги для клієнтів. Головним викликом є побічні реакції, які стають причиною як вибуття клієнтів, так і стримування потенційних учасників. Команди виробляють різні підходи до утримання клієнтів, від активного консультування до прийняття автономії клієнта.

3.1.2. Тестування

Блок питань щодо тестування стосувався ймовірності сероконверсії серед клієнтів САВ-ЛА та алгоритму дій медичних працівників у разі її виявлення. Станом на грудень 2024 року жодного випадку сероконверсії серед клієнтів САВ-ЛА зафіксовано не було, згідно наданих відповідей респондентів.

Водночас медичні працівники описали випадки сероконверсії серед клієнтів оральної форми ДКП. Спільною рисою цих випадків була низька прихильність до профілактики: клієнти пропускали прийоми, переривали курс або плуталися зі схемою «за вимогою».

Лікар-інфекціоніст з Києва описала ситуацію, коли клієнти, що раніше отримували ДКП, поверталися вже з позитивним ВІЛ-статусом. У частини з них причиною стало самостійне переривання курсу, в інших – неправильний прийом препарату за схемою «за вимогою». Примітно, що клієнти часто й не підозрювали про сероконверсію, дізнавалися про позитивний результат лише під час чергового тестування.



«...хтось з клієнтів тестувався, поки не пив ДКП і для себе сховає просто... вони прийшли протестуватися і впевнитися, що в них все ж таки все добре. Але, на жаль, так, мали позитивний результат»

лікар-інфекціоніст, м. Київ

Лікар-інфекціоніст зі Львова навела два випадки серед клієнтів з іншого регіону. Обидва належали до групи людей, які вживають наркотики ін'єкційно. Вони мали лише один-два прийоми ДКП у минулому в іншому регіоні, після чого курс не продовжували. Через вимушене переміщення та відсутність підтримки програми вони фактично залишилися без профілактики, і ВІЛ-інфекцію було виявлено вже на клінічній стадії.

«...це клієнт був в якомусь проєкті, він там отримав якісь послуги, ще йому дали ДКП. Ну потім не було якогось продовження проєкту, не було в нього мотивації, потім він десь мігрував по Україні... ВІЛ-інфекція була виявлена вже по клінічних показках пізніше»,

лікар-інфекціоніст, м. Львів.

Щодо ін'єкційної форми CAB-LA медичні працівники оцінили ймовірність сероконверсії як дуже низьку. Проте медична сестра зі Львова звернула увагу на важливий практичний ризик: клієнти часто забувають, що після першої ін'єкції необхідно ще 7 днів використовувати додатковий захист, поки препарат не досягне захисної концентрації:

«...клієнти думають що вони вкололи собі ін'єкцію і в них вже захист, і забувають про ці 7 днів, що треба все рівно ще використовувати додатковий захист», медична сестра, м. Львів.

лікар-інфекціоніст, м. Львів.

3.1.2. Ключові спостереження

Жодного випадку сероконверсії серед клієнтів CAB-LA на першому етапі зафіксовано не було. Водночас команди звертають увагу на потребу у додатковому інформуванні клієнтів щодо семиденного вікна після першої ін'єкції, коли захист ще не є повним.

3.1.3. Досвід медичних працівників у роботі з препаратом

Учасники одностайно зазначили збільшення обсягу робочого навантаження у зв'язку з впровадженням програми. Водночас ставлення до цього навантаження суттєво відрізнялося між командами двох міст і між різними категоріями фахівців.

Медичні сестри м. Києва описували значне зростання навантаження та необхідність підлаштовувати свій робочий час під клієнтів. Натомість медичні

сестри м. Львова сприймали ін'єкційну форму ДКП як цікаву новинку, а саму процедуру, як нетривалу і нескладну.

«...особисто в мене сильно збільшились об'єми роботи. Тому що категорія ЧСЧ, вони потребують дуже багато часу, дуже багато уваги [...] я коли потрібно, приходжу в 8-мій ранку, чекаю клієнта. Інколи клієнт не приходить, а я вже на роботі чекаю»

медична сестра, м. Київ

«...мені, наприклад дуже цікавий такий метод введення ПреПу, це новинка [...] мені це цікаво і не тяжко, це один укол, який займає дуже мало часу [...] це кілька хвилин і пацієнт вже з захистом пішов собі додому»

медична сестра, м. Львів

Лікарі-інфекціоністи та соціальні працівники з обох міст відзначали подовження робочого дня та зростання кількості консультацій на фоні впровадження програми ін'єкційної форми ДКП.

Питання мотивації клієнтів до переходу на ін'єкційну форму ДКП учасники розглядали як суто індивідуальне, таке, що залежить від способу життя, звичок і потреб кожного клієнта. Жоден з учасників фокус-групових обговорень не вважав доцільним тиснути на клієнта у цьому питанні.

«...були в нас первинні клієнти, які прийшли безпосередньо на Каботегравір і не мали досвіду прийому перорального препарату, але сказати що це впливає на прихильність, ще напевно дуже мало часу пройшло»

лікар-інфекціоніст, м. Київ

3.1.3. Ключові спостереження

Впровадження програми ін'єкційної форми ДКП препаратом САВ-LA об'єктивно збільшило навантаження на команди, однак ставлення до цього суттєво різняться між сайтами. Відмінність у сприйнятті між командами Києва та Львова може бути пов'язана як з організаційними відмінностями закладів, так і з різним досвідом роботи з цільовою групою ЧСЧ.

3.1.4. Загальні враження від впровадження програми

Усі учасники підтримали доцільність вибору саме цих двох закладів для впровадження програми. Ключовими аргументами були: висока концентрація клієнтів ДКП у цих закладах, розмір та ресурсний потенціал обох міст, а також роль міграції внаслідок війни у збільшенні потенційної цільової аудиторії безпосередньо у Львові.



«...найбільша кількість клієнтів ДКП по місту – це саме в нашій лікарні. Інші заклади міста Києва мають зовсім інші цифри по доконтактній профілактиці [...] це повинно пілотуватися у великих містах, де є на це попит. У менших містах попиту нема – не тому що нема таких людей, а тому що вони бояться розкритися і прийти, бо всі знайомі [...] Щодо Львова – якщо дивитися на більші міста, то напевно Дніпро і Одеса, але на сьогоднішній день це більш прифронтові міста. Тому це оптимальний вибір», лікар-інфекціоніст, м. Київ

лікар-інфекціоніст, м. Київ

«...думаю що тут зіграла велику роль війна, тому що багато переселених у Львівську область. Ну і тут Альянс Global, який відкрив у нас свій сайт і які активно почали залучати клієнтів»

медична сестра, м. Львів

Жоден з учасників не назвав жодної причини, через яку впровадження САВ-ЛА в Україні могло б бути недоцільним.

3.1.4. Ключові спостереження

Команди впровадження програми ін'єкційної форми ДКП препаратом САВ-ЛА одноставно підтримують як вибір закладів для впровадження програми, так і саму ідею впровадження ін'єкційної форми ДКП в Україні. Відсутність заперечень щодо доцільності програми є промовистим свідченням її прийнятності серед медичних та соціальних працівників.

II хвиля фокус-групових інтерв'ю – 10-й місяць дослідження, після введення шостої ін'єкції клієнтам

У другій хвилі взяли участь ті ж команди впровадження: команда м. Києва – 6 осіб (2 лікарі-інфекціоністи, 2 медичні сестри, 2 соціальні працівники), команда м. Львова – 5 осіб (2 лікарі-інфекціоністи, 2 медичні сестри, 1 соціальний працівник). Загалом 11 учасників. Дискусія охоплювала чотири блоки: враження та досвід впровадження; досвід клієнтів при отриманні ін'єкцій; тестування; загальні висновки та рекомендації команд впровадження.

3.2.1. Враження та досвід роботи команд впровадження

На десятому місяці реалізації програми всі учасники зазначили, що мали позитивний досвід участі у проєкті та роботи з препаратом. Загальне враження від програми є стійко позитивним, попри виклики, пов'язані з воєнним станом, результати виявилися кращими, ніж очікувалося на старті.



«...враховуючи все: і військовий стан, і так далі, то все виходить набагато краще, ніж в мене чомусь були очікування рік тому. Тому що насправді були всякі страхи, що і по дорозі клієнтів будуть мобілізувати, що вони будуть відмовлятися їздити. Але якось все насправді досить непогано»

соціальний працівник, м. Київ

Водночас один учасник звернув увагу на системну проблему: медичні сестри фактично виконували частину функцій соціального супроводу: нагадували клієнтам про візити, уточнювали графіки. На думку учасника, розподіл функцій між медичними та соціальними працівниками потребує чіткішого врегулювання.

«...що би я хотіла покращити – це соціальний супровід, тому що багато робилося медичними сестрами. Вони обдзвонювали, уточнювали, коли прийом [...] Ми збиралися і був акцент на медичному супроводі, а щодо соціального, ніхто не контролював»

лікар-інфекціоніст, м. Львів

Порівнюючи переваги та недоліки САВ-LA з першою хвилиною, команди підтвердили ті самі позиції: зручність залишається головною перевагою, побічні реакції головним недоліком. Показово, що на десятому місяці учасники загалом виділяли менше недоліків, ніж на четвертому. Якщо раніше перераховували кілька бар'єрів, то тепер більшість зазначала, що не вбачає глобальних проблем.

«...переваги, звісно, є, тому що не потрібно кожен день ставити собі нагадування, що треба випити таблетку, тут вколов і все, маєш спокій на два місяці, це взагалі супер»

лікар-інфекціоніст, м. Київ

Серед ключових недоліків, що залишилися актуальними, учасники виділили: побічні реакції, труднощі з дотриманням графіку ін'єкцій, відсутність додаткових лабораторних досліджень у рамках програми та обмежена кількість закладів, де можна отримати послугу.

«...декілька моїх клієнтів відпали з програми навіть не на ранньому етапі через побічні ефекти [...] Але добре, що ін'єкційна форма не впливає на нирки і печінку [...] зручність – це головне»

лікар-інфекціоніст, м. Львів

«...клієнтам дуже не вистачає тестів на гепатити, які не передбачені, і хоч вони хочуть кожного разу робити тест на сифіліс»

соціальний працівник, м. Київ



3.2.1. Ключові спостереження

На десятому місяці загальна оцінка програми ін'єкційної форми ДКП препаратом САВ-LA залишається позитивною, а кількість виявлених недоліків зменшилась порівняно з першою хвилею. Це може свідчити як про адаптацію команд до нових умов роботи, так і про зменшення початкової невизначеності щодо препарату. Системним питанням залишається чіткий розподіл функцій між медичними та соціальними працівниками.

3.2.2. Досвід клієнтів при отриманні ін'єкцій САВ-LA

Учасники другої хвилі визначили кілька основних бар'єрів у переході клієнтів з таблетованої форми ДКП на ін'єкційну. Найчастіше згадувалися мобілізація та невизначеність щодо подальшого фінансування програми, обидва чинники пов'язані з контекстом воєнного часу і однаково часто звучали у відповідях учасників. Страх побічних реакцій та страх ін'єкцій також були значущими бар'єрами і згадувалися кількома учасниками. Решта чинників, наявність або відсутність партнера, зміна місця проживання, недостатня інформованість, звучали поодинокі.

«...щодо бар'єрів можу додати ще відсутність подальшого фінансування програми. Тобто вони знають, що є препарат, який лише до лютого місяця. Взагалі, чи буде фінансування, чи варто зараз зробити 2-3 ін'єкції, а потім знову повертатися на таблетки?»

медична сестра, м. Київ

«...можливо, одним з бар'єрів було те, що новий препарат не дуже поширений [...] Таблетована форма відома давно, а ін'єкційна нова. Думаю, чим більше часу пройде, тим більше довіри і бажаних буде, бо буде позитивний досвід наших клієнтів»

лікар-інфекціоніст, м. Львів

Усі учасники підтвердили, що клієнти, і ті, хто продовжує програму, і ті, хто її залишає, повідомляють про побічні реакції медичним або соціальним працівникам. Порівнюючи дані першої та другої хвилі, учасники зазначили, що спектр найпоширеніших реакцій залишився незмінним: біль у місці ін'єкції, підвищення температури тіла та загальна слабкість. Водночас кілька учасників звернули увагу на те, що частина клієнтів не ідентифікує ці стани як побічні реакції, описуючи їх просто як “захворів після ін'єкції”.

«...є клієнти, які пишуть кожного разу: “Та ніби все окей, але я захворів після ін'єкції”. І так після кожної ін'єкції буває, що людина хворіє, а є така вірогідність, що це все ж таки пов'язано»

соціальний працівник, м. Львів



Основними причинами припинення програми на цьому етапі учасники назвали: яскраво виражені побічні реакції, мобілізацію, зникнення ризикованих практик (наприклад, перехід до стосунків з постійним партнером) та зміну місця або країни проживання. Комунікація між клієнтами та командою при вибутті є налагодженою, більшість клієнтів заздалегідь попереджають про своє рішення.

«...так, зазвичай повідомляють. Комунікація різна. Дехто приходить самотійно і каже, що я перерву. Але дуже добре, що комунікація більше з соціальними працівниками [...], бо, знову ж таки, в них налагоджений дуже контакт. Повідомляють, що останні два випадки, там немає ризиків інфікування на сьогоднішній день і вони припиняють, бо нема сенсу, або є виражені побічні дії. Дехто приїжджає з клієнтів з цими побічними діями і повідомляє безпосередньо лікаря. Дехто[...] не доїжджає і комунікує безпосередньо з соціальним працівником. Хтось пише безпосередньо лікарю, якщо вони не задіяні в соціальному супроводі, і повідомляють, що через такі-то причини змушені перервати. Хтось пише, що я виїхав і не буду надалі, бо я знаходжусь за межами країни і не маю змоги до вас приїхати»

лікар-інфекціоніст, м. Київ

Підходи медичних та соціальних працівників до підтримки клієнтів у продовженні програми суттєво відрізняються. Медичні працівники, як правило, проводять детальне консультування, пояснюють переваги продовження та ризики відмови від ДКП, пропонують альтернативні форми профілактики. Соціальні працівники дотримуються більш нейтральної позиції, поважаючи автономію клієнта і не чинячи тиску.

«...якщо клієнт вирішує зупинитися, то надаємо йому інформацію щодо того, що він може отримувати таблетований PreP [...] або пояснюємо, які йому дії, якщо він відмовляється від будь-якого виду доконтактної профілактики»

лікар-інфекціоніст, м. Київ

«...якщо людина вже вирішила, що їй цього не треба [...] казати типу: "Ні, давай, коліться, коліться" – ну, я не бачу в цьому сенсу і потреби. Дорослі люди самі розуміють, що їм потрібно»

соціальний працівник, м. Львів

«...до мене клієнти уже приходять, уже прийнявши рішення стосовно зупинки Каботегравіру, і я питаю, чого, і надаю консультацію вже як від відриву, і розказую за ризики і пропоную все ж таки таблетовану форму»

соціальний працівник, м. Львів

3.2.2. Ключові спостереження

Бар'єри для участі у програмі ін'єкційної форми ДКП препаратом САВ-LA значною мірою визначаються контекстом воєнного часу. Мобілізація та невизначеність щодо фінансування є специфічними для України чинниками, які виходять за межу клінічних аспектів. Різниця у підходах між медичними та соціальними працівниками до утримання клієнтів у програмі є закономірною і відображає різні ролі цих фахівців. Важливо забезпечити узгодженість їхніх дій на рівні протоколів роботи.

3.2.3. Тестування

На момент проведення другої хвилі фокус-групових інтерв'ю у м. Києві був зафіксований один випадок сероконверсії серед клієнтів САВ-LA, повідомили учасники фокус-групи. Медичний працівник описав реалізований алгоритм дій, що відповідає національним клінічним протоколам: проведення підтверджуючих тестів, визначення вірусного навантаження, у разі перевищення порогу, тестування на резистентність, після чого невідкладне призначення АРТ.

З огляду на важливість цього випадку для оцінки реальної ефективності САВ-LA, нижче наведено клініко-епідеміологічний контекст, який дозволяє детальніше проаналізувати обставини сероконверсії.

З моменту початку впровадження САВ-LA в Україні та по поточний період було зафіксовано один випадок сероконверсії у м. Києві. Клієнт з групи ЧСЧ, 29 років отримав 4 ін'єкції САВ-LA без порушення та відхилення від запланованого графіку, перед кожною ін'єкцією було проведено підтвердження негативного ВІЛ-статусу за допомогою комбінованих тестів для одночасного виявлення антитіл до ВІЛ 1/2 та антигену p24 до ВІЛ-1. Після 4 ін'єкцій САВ-LA було встановлено ВІЛ-статус та розпочато АРТ. Обстеження на резистентність до АРВП не було проведено у зв'язку з низьким рівнем ВН ВІЛ (475 коп./мл). Зі слів клієнта його статевий партнер також має позитивний ВІЛ-статус, але додаткові дані щодо отримання АРТ або обстеження на ВН відсутні. Також зі слів клієнта під час отримання ДКП САВ-LA було виявлено позитивний результат скринінгового обстеження на сифіліс, проходив курс лікування. Будь-яких інших додаткових факторів, які могли вплинути на інфікування ВІЛ виявлено не було.

«...пацієнт протестувався додатковими тестами. Набираємо всі підтверджуючі аналізи вірусного навантаження. В разі, якщо



вірусного навантаження більше тисячі копій, то ми набираємо на резистентність за протоколом, що в нас є за СОПом. І якомога швидше призначаємо АРТ. В випадку нашої сероконверсії пацієнту було призначено з використанням інгібітора протеази, бустованого ретровіром, оскільки ми боїмося все ж таки резистентності на інгібітор інтегрази в даному випадку, тому перестраховувалися і дали бустований даронавір. Так що, ну, все чітко за протоколом»

лікар-інфекціоніст, м. Львів

3.2.3. Ключові спостереження

Зафіксований випадок сероконверсії серед клієнтів CAB-LA підтверджує готовність команди до такої ситуації та здатність діяти чітко за протоколом. Важливо, що алгоритм реагування був відомий і застосований коректно, що свідчить про належну підготовку команди впровадження.

3.2.4. Загальні висновки та рекомендації команд впровадження

Учасники другої хвилі висловили позицію щодо розширення програми на інші уразливі групи населення. Загальна думка – програму варто поширювати на всі групи підвищеного ризику, де передача ВІЛ відбувається статевим шляхом. Щодо людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВІН), учасники зазначили, що хоча з точки зору зручності ін'єкційна форма ДКП могла б бути корисною для цієї групи, відповідно до чинних рекомендацій вона показана передусім за ризику статевого інфікування.

Серед рекомендацій щодо вдосконалення програми учасники одностайно виділили чотири напрямки:

- розширення географії програми – охоплення всіх регіонів України;
- розширення переліку лабораторних досліджень у рамках програми (біохімічний аналіз крові, тестування на гепатити В і С, сифіліс);
- посилення інформаційної кампанії – брошури, візуальні матеріали, просвітницька діяльність;
- покращення логістики для клієнтів – збільшення кількості пунктів отримання ін'єкцій, зручніше розташування.

«Все ж таки не два міста в Україні, і Київ, все ж таки, велике місто, дуже інколи незручно добиратися з одного краю в інший. З приводу якихось клініко-лабораторних показників, не знаю, так не задумувалась. Я маю на увазі, що ціль перед собою таку не ставила, але все ж таки все, що ми можемо зробити за потреби клієнта, це ми зробимо. Якщо це не в наших силах, то ми скомунікуємо або переадресуємо до того спеціаліста або до того закладу, хто може привезти там або клініка лабораторного моніторингу, або надати



консультацію додаткову клієнту. [...] особисто мені б хотілося б, напевно, біохімічний показник додати, хоча б ще один проміжний раз на півроку, подивитися динаміку саме по біохімічних показниках. А так, наче, все добре. Можливо, ще й гепатити В і С, бо все ж таки інфікування вірусними гепатитами можливі впродовж часу, а не тільки стартово. Але також, якщо у пацієнта є скарги або побоювання, ми можемо його обстежити в лікарні, в медичному закладі додатково. І це не буде стосуватися виключно напрямку Каботегравіру»,

лікар-інфекціоніст, м. Київ

3.2.4. Ключові спостереження

Рекомендації команд впровадження програми ін'єкційної форми ДКП препаратом CAB-LA після десяти місяців роботи є конкретними та системними. Збіг пропозицій команд обох міст – географічне розширення, додаткові лабораторні дослідження та посилення інформаційної роботи – свідчить про те, що ці потреби є реальними і підтвердженими практичним досвідом, а не лише теоретичними побажаннями.

ВИСНОВКИ

За результатами проведення кількісного компоненту – опитування серед клієнтів САВ-LA

Опитування охопило 47 клієнтів програми у Києві та Львові. Портрет типового учасника – молодий міський чоловік віком 18–44 років з вищою освітою та стабільною зайнятістю, добре інтегрований у систему профілактичних послуг. Майже половина учасників висловила певну непевність щодо збереження місця проживання впродовж усього курсу, що є важливим сигналом для планування доступності програми за межами двох міст.

Клієнти демонструють високий рівень профілактичної свідомості: абсолютна більшість були обізнані про програми ДКП ще до вступу на САВ-LA, регулярно тестувалися на ВІЛ та гепатит В, жоден не мав нульового досвіду тестування. Наявний попит на розширення послуг, зокрема безкоштовні обстеження на ІПСШ та психологічна підтримка, свідчить про те, що клієнти сприймають програму як частину ширшого комплексу турботи про здоров'я.

Сексуальна поведінка учасників є різноманітною: від моногамних стосунків до множинних партнерств. Більше половини клієнтів використовують презервативи як додатковий засіб захисту, однак кожен четвертий покладається виключно на САВ-LA, що підкреслює важливість інтегрованого консультування щодо профілактики ІПСШ у рамках програми.

Більшість клієнтів вживають алкоголь, переважно помірно. Досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом є поодиноким явищем у цій когорті, лише троє з 44 учасників дослідження повідомили про такий досвід.

Побічні реакції зафіксовані у 40,9% клієнтів, проте всі вони мали локальний характер – біль, ущільнення, набряклість у місці ін'єкції – і не стали перешкодою для продовження участі. Системних або тяжких реакцій не зафіксовано. Варто зауважити, що 13,6% клієнтів приймають медичні препарати з потенційною взаємодією з САВ-LA, що потребує індивідуальної уваги в медичному супроводі.

Загальна картина прийнятності є однозначно позитивною: 97,7% клієнтів задоволені послугами, 83,3% цілком впевнені у продовженні курсу. Зручність та відсутність щоденного прийому таблеток залишається головним мотивом

вибору ін'єкційної форми ДКП, і цей аргумент є особливо переконливим для тих, хто раніше мав досвід пропусків пероральної форми ДКП.

За результатами проведення якісного компоненту - глибинних інтерв'ю з клієнтами CAB-LA

До глибинних інтерв'ю залучено 20 клієнтів, виключно ЧСЧ віком 21-39 років з обох сайтів дослідження. Більшість на момент інтерв'ю вже отримали п'ять і більше ін'єкцій, що дозволило їм оцінювати програму не на основі перших вражень, а на основі реального тривалого досвіду.

Клієнти приходять на програму свідомо і мотивовано. Соціальні працівники виявилися найпоширенішим першим джерелом інформації про CAB-LA, тоді як цифрові канали (соціальні мережі та інтернет) відіграють дедалі помітнішу роль у залученні. Головним аргументом на користь ін'єкційної форми ДКП є зручність. Відсутність щоденного ритуалу прийому таблеток, тривога щодо пропуску дози та прив'язаність до графіку – це те, від чого клієнти свідомо відмовляються, переходячи на ін'єкційну форму ДКП препаратом CAB-LA. Для окремих учасників перехід був зумовлений медичними протипоказаннями до пероральної форми або перебуванням у дискордантній парі. Більшість клієнтів не мали суттєвих вагань перед початком програми, а ті, хто мав, успішно їх подолали після консультації.

Порівнюючи дві форми ДКП, учасники демонстрували чітке розуміння переваг і обмежень кожної. Ін'єкційна форма виграє передусім у зручності, за рахунок відсутності потреби регулярного відвідування ЗОЗ та надійності захисту; таблетована – у можливості мати запас без прив'язки до ЗОЗ та відчутті щоденного контролю над власним захистом. Схема введення раз на два місяці отримала одностайне схвалення; кілька учасників спонтанно висловили зацікавленість у препаратах з ще рідшим введенням, зокрема Ленакапавірі.

Побічні реакції є найбільш вираженим суб'єктивним викликом для клієнтів у перші місяці програми: 18 з 20 учасників глибинних інтерв'ю повідомили про біль у місці введення різного ступеня інтенсивності, частина - про підвищення температури та загальне погіршення самопочуття. Цей показник суттєво вищий, ніж зафіксований у кількісному опитуванні (40,9%), що відображає методологічну відмінність між форматами: відкрита розмова дозволяє клієнтам описати відчуття, які вони не завжди ідентифікують як побічні реакції у формалізованій анкеті. Водночас більшість клієнтів описує ці реакції

як тимчасове явище, що поступово зменшується після 4–5 ін'єкцій, і лише один учасник залишив програму саме з цієї причини. Це свідчить про те, що належне попереднє інформування щодо очікуваних реакцій є критично важливим для утримання клієнтів на початковому етапі. Участь у програмі не змінила сексуальну поведінку більшості клієнтів, однак близько третини відзначили посилення відчуття психологічної захищеності. Це важливий нюанс, CAB-LA впливає не лише на рівень захисту від ВІЛ, а й на ментальний комфорт клієнта.

Організаційні труднощі, такі як відстань до закладу, обмежений час роботи ЗОЗ, мобілізація, були актуальними для половини учасників дослідження, але не стали підставою для відмови від програми.

Окремої уваги заслуговує фактор мобільності в умовах воєнного стану. Мобілізація, вимушене переміщення та зміна місця проживання регулярно згадувалися учасниками як суттєві бар'єри для своєчасного отримання ін'єкцій. На відміну від типових організаційних труднощів, ці фактори є системними детермінантами, які виходять за межі можливостей окремого закладу чи клієнта і безпосередньо впливають на прихильність до програми та її доступність. В умовах триваючого збройного конфлікту цей виклик є структурним і потребує відповідних системних рішень, зокрема, розробки гнучких міждержавних маршрутів пацієнтів, що дозволили б клієнтам отримувати ін'єкції незалежно від поточного місця перебування.

Загальна оцінка програми ін'єкційної форми ДКП препаратом CAB-LA є стійко позитивною, жоден учасник не висловив повного незадоволення. Практично всі клієнти активно рекомендують програму оточенню, частина їхніх знайомих вже приєдналася. Серед системних пропозицій – географічне розширення програми, більше інформаційних матеріалів про програму, розширення лабораторних обстежень та співпраця з громадськими організаціями.

За результатами проведених фокус-групових інтерв'ю з командами впровадження програми CAB-LA

Два цикли фокус-групових дискусій – на четвертому та десятому місяцях впровадження – охопили по 11 учасників кожен: лікарів-інфекціоністів, медичних сестер та соціальних працівників з обох сайтів. Порівняльний аналіз двох хвиль дозволив простежити, як змінювалось сприйняття програми з набуттям досвіду.

На четвертому місяці команди вже чітко розуміли переваги САВ-LA для клієнтів: зручність, роль як альтернативи для осіб із низькою прихильністю, безпечність, і водночас фіксували побічні реакції як головний бар'єр. На десятому місяці оцінки стали стійкіше позитивними: учасники виділяли помітно менше недоліків, загальне враження від програми описували як таке, що виявилось кращим, ніж очікувалося. Це може свідчити про успішну адаптацію команд і зростання впевненості у препараті з досвідом роботи.

Побічні реакції, такі як: біль у місці ін'єкції та підвищення температури, – залишаються головним клінічним викликом упродовж усього періоду і є основною причиною вибуття клієнтів. Водночас команди зазначають, що частина клієнтів не ідентифікує ці стани як побічні реакції, описуючи їх просто як «захворів після ін'єкції», що вказує на потребу у більш чіткому та системному інформуванні на етапі підготовки до першої ін'єкції. Поряд із клінічними причинами, вибуття клієнтів значною мірою зумовлено чинниками воєнного часу: мобілізацією, переміщенням та невизначеністю щодо фінансування програми.

Підходи медичних та соціальних працівників до підтримки клієнтів у програмі закономірно відрізняються відповідно до їхніх ролей: медичні працівники зосереджені на інформуванні, роз'ясненні ризиків та пошуку альтернативних рішень для клієнта, тоді як соціальні працівники роблять акцент на підтримці та повазі до самостійного рішення клієнта. Ці ролі є взаємодоповнюючими, однак досвід впровадження засвідчує потребу у чіткішій артикуляції та узгодженні функцій всередині міждисциплінарної команди.

Навантаження на команди зросло з початком впровадження програми ін'єкційної форми ДКП препаратом САВ-LA, і його сприйняття суттєво різниться між сайтами, що може бути пов'язано як з організаційними відмінностями закладів, так і з різним рівнем попереднього досвіду роботи з цільовою групою.

Щодо тестування: на першій хвилі дослідження жодного випадку сероконверсії серед клієнтів САВ-LA зафіксовано не було. На другій хвилі дослідження у Києві зафіксовано один випадок, який був опрацьований відповідно до національних протоколів, з підтверджуючим тестуванням, визначенням вірусного навантаження, тестуванням на резистентність та невідкладним призначенням АРТ. Готовність команди до цієї ситуації та коректність алгоритму дій свідчать про належний рівень клінічної підготовки.

Усі учасники обох хвиль підтримують подальше масштабування програми. Рекомендації команд є конкретними, практично обґрунтованими і збігаються між двома сайтами: розширення географії, розширення лабораторного супроводу, посилення інформаційної роботи та покращення логістики для клієнтів. Те, що обидві команди незалежно одна від одної сформулювали однакові пріоритети, є вагомим аргументом на користь їх системного врахування при подальшому розвитку програми ін'єкційної форми ДКП в Україні.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Рекомендації сформовані на основі даних кількісного та якісного компонентів оцінки і відображають як запити самих клієнтів і команд впровадження, так і методологічні спостереження дослідницької групи. Вони адресовані насамперед МОЗ України, ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та закладам охорони здоров'я, залученим до реалізації програми CAB-LA.

1. Оновити протоколи первинного консультування щодо захисту в перші 7 днів

Дані якісного компоненту свідчать, що частина клієнтів помилково вважає себе повністю захищеною одразу після першої ін'єкції, не усвідомлюючи необхідності додаткових бар'єрних методів протягом перших семи днів. Цей ризик потребує системного вирішення на рівні стандарту консультування. Рекомендується оновити інформаційні матеріали та протоколи первинного консультування, включивши до них чітке роз'яснення про необхідність використання бар'єрних методів контрацепції у перші 7 днів після першої ін'єкції CAB-LA, а також забезпечити перевірку розуміння цієї інформації клієнтом на етапі підготовки до старту програми.

2. Забезпечити виконання стандарту лабораторного супроводу на сайтах CAB-LA

І клієнти програми CAB-LA, і команди впровадження незалежно одне від одного висловили високий запит на розширення лабораторного супроводу в рамках програми, зокрема на регулярне тестування на сифіліс, гепатити В, С, а також на проведення біохімічних аналізів. Цей запит підтверджується і даними кількісного опитування: кожен четвертий клієнт покладається виключно на CAB-LA як засіб захисту, не використовуючи презервативів, що посилює ризики щодо ПСШ.

Оцінки в рамках дослідження свідчать про незадоволений запит клієнтів і команд впровадження на лабораторний супровід у рамках програми. Зважаючи на те, що чинний стандарт медичної допомоги при ВІЛ-інфекції (наказ МОЗ № 916¹) передбачає скринінг на ПСШ та біохімічне обстеження для клієнтів ін'єкційної ДКП, рекомендується закладам охорони здоров'я забезпечити системне виконання цих вимог, відповідно МОЗ/ЦГЗ включити

¹ https://www.dec.gov.ua/files/u5rRui5JdB/dn_916_03062025_smd.pdf

дотримання відповідних положень наказу до системи моніторингу якості послуг на сайтах САВ-LA.

3. Розробити СОПи з розподілу обов'язків між ЗОЗ та НУО

Досвід впровадження програми САВ-LA засвідчив, що медичні працівники, зокрема медсестри, часто виконують функції соціального супроводу: нагадування про візити, переповідомлення, моніторинг прихильності. Це збільшує їхнє навантаження і розмиває межі ролей у міждисциплінарній команді. Рекомендується розробити стандартні операційні процедури (СОПи), які чітко визначають розподіл обов'язків між медичним персоналом закладів охорони здоров'я та соціальними працівниками НУО, а також встановлюють прозорі механізми перенаправлення клієнтів між цими структурами.

4. Забезпечити практичне застосування механізму міжзакладного перенаправлення клієнтів програми

Мобілізація, вимушене переміщення та зміна місця проживання є системними бар'єрами для прихильності до програми в умовах воєнного стану, і цей виклик не може бути вирішений на рівні окремого закладу. Незважаючи на те, що технічна можливість передачі клієнта між закладами та доступ лікаря до його медичної документації через електронну систему охорони здоров'я вже існують, мобілізація та вимушене переміщення продовжують згадуватися командами впровадження як основні бар'єри для утримання в програмі. Рекомендується на рівні МОЗ/ЦГЗ проаналізувати, наскільки існуючий механізм міжзакладного перенаправлення фактично застосовується на практиці, та забезпечити його активне використання й інформування клієнтів про цю можливість на етапі первинного консультування.

5. Розширити географію програми з урахуванням наявної інфраструктури НУО

Клієнти та команди обох сайтів незалежно назвали географічне розширення програми пріоритетом. Враховуючи, що соціальні працівники НУО є основним першим джерелом інформації про САВ-LA для нових клієнтів, розширення доцільно планувати у прив'язці до міст з активною присутністю НУО, що працюють з ключовими групами, це дозволить забезпечити як залучення, так і соціальний супровід на нових сайтах.