

ПРОТОКОЛ ДОСЛІДЖЕННЯ

«Бар'єри та фасилітатори тестування на ВІЛ-інфекцію серед людей, які вживають ін'єкційні речовини»

Версія 1.0: 27.05.2020

ЗМІСТ

АННОТАЦІЯ.....	3
КЛЮЧОВІ ТЕРМІНИ ТА ПОНЯТТЯ	4
РОЗДІЛ 1. ВСТУП	6
РОЗДІЛ 2. МЕТА ТА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	8
РОЗДІЛ 3. ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ	9
Соціально- екологічна модель (Socio-ecological model)	9
РОЗДІЛ 4. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	12
4.1. Кабінетне дослідження.....	12
4.2. Якісне польове дослідження.....	13
Географія дослідження	14
Вибірка дослідження.....	15
Аналіз даних	17
Етичні аспекти дослідження.....	18
Політика використання та розповсюдження даних	20
Обмеження дослідження.....	20
РОЗДІЛ 5. ЕТАПИ ТА ГРАФІК ДОСЛІДЖЕННЯ	21
5.1. Основні етапи дослідження.....	21
5.2. Графік дослідження.....	21
РОЗДІЛ 6. КОМАНДА ДОСЛІДЖЕННЯ.....	24
ДОДАТКИ	25
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	50

АННОТАЦІЯ

Дослідження бар'єрів та фасилітаторів до асистованого тестування на ВІЛ швидкими тестами на аутріч маршрутах в рамках програм профілактики ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні речовини буде проведено методом напівструктурованого глибинного інтерв'ю в Черкасах, Кривому Розі, Дніпрі, та Одесі. Дослідження направлене на те, аби описати портрети і потреби ЛВІН, описати наявні та затребувані канали інформації, та способи і шляхи інформування ЛВІН. На результатах дослідження будуть надані рекомендації щодо розробки нових та удосконалення вже наявних інтервенцій для ЛВІН. Теоретична модель, що буде використана для аналізу отриманих даних - п'ятирівнева соціально-екологічна модель, розроблена Стефаном Берелом та колегами (Baral et al.)

КЛЮЧОВІ ТЕРМІНИ ТА ПОНЯТТЯ

Аутріч-маршрут – відповідно затверджений НУО маршрут надання послуг з профілактики ВІЛ, що передбачає переміщення територією міста з короткими (визначеними в часі) зупинками для зустрічей з представниками ключових груп отримувачів послуг в місцях їх перебування.

Асистоване тестування на ВІЛ-інфекцію за допомогою швидкого тесту – в даному контексті мається на увазі тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів, яке ініційоване представником ключових груп або представником НУО (соціальним працівником або аутріч робітником) та здійснюється за сприяння представника НУО в аутріч умовах (затверджено Наказом Міністерства Охорони Здоров'я № 1606 від 12.07.2019).

АРТ – антиретровірусна терапія – використання медикаментів для лікування ВІЛ-інфекції.

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини.

Вуличний пункт наданих послуг (ПНП) – визначене надавачем послуг місце надання послуг поза межами будь-яких установ і приміщень в місцях перебування отримувачів послуг з метою забезпечення їх безперешкодного доступу.

Добровільність – можливість вибору отримання чи відмови від надання послуг.

Доказовість – ґрунтування послуг та підходів з їх надання на наявних наукових даних та засадах доказової медицини.

ЗОЗ – заклади охорони здоров'я.

ІПСШ – інфекції, які передаються статевим шляхом.

КГ – ключові щодо інфікування ВІЛ групи – групи людей, які стикаються з вищим ризиком ВІЛ-інфекції, ніж загальне населення: люди, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини, секс-працівники, чоловіки, які мають секс з чоловіками, трансгендерні люди та засуджені (за визначенням ЮНЕЙДС).

Конфіденційність – забезпечення нерозголошення персональних даних отримувача послуг щодо стану його здоров'я, фактів звернення та/або отримання послуг, особистих сімейних та інтимних відомостей, отриманих під час надання послуг, за виключенням випадків, передбачених законодавством.

ЛВІН – люди, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини – особи, які мають досвід вживання ін'єкційних наркотичних речовин хоча б один раз протягом останніх 30 днів.

Мобільний ПНП – місце надання послуг на базі транспортного засобу з метою доступу до важкодоступних представників ключових груп на віддалених територіях.

НУО – неурядові організації.

Обмін та/або видача шприців – забезпечення ЛВІН стерильним ін'єкційним обладнанням, або їх обмін взамін використаних шприців та голок.

Профілактика ВІЛ – комплекс заходів у сфері громадського здоров'я, спрямований на стримування поширення ВІЛ, серед ключових груп щодо інфікування ВІЛ.

Програми зменшення шкоди – комплекс соціально-медичних та психологічних послуг, направлених на зменшення шкоди вживання наркотиків та стимулювання зміну ризикової ін'єкційної (наприклад використання спільного ін'єкційного інструментарію) та сексуальної (незахищений, без презервативу, сексуальний контакт) поведінки на менш ризикову на засадах повної недискримінації та всебічного доступу до послуг, а також неприпустимості переслідування за ознакою належності до ключових груп.

ПТВ – послуги з тестування на ВІЛ – медико-психологічне консультування певної особи з приводу ВІЛ-інфекції/СНІДу та пов'язане з консультуванням медичне тестування цієї особи на наявність антитіл до ВІЛ, що здійснюються на добровільній основі з боку такої особи.

"Рівний - рівному" – надання послуг зменшення шкоди, консультування, та послуг соціального супроводу особою, що має безпосередній особистий досвід подолання складних життєвих обставин, пов'язаних з належністю до ключових груп, та/або перебуває/перебувала у тому самому становищі, що й отримувач послуг

СНІД – Синдром імунодефіциту людини – сукупна назва уражень, що відбуваються на III—IV клінічних стадіях інфекції, яку спричинює вірус імунодефіциту людини (ВІЛ).

Центр СНІДу – Центри профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

РОЗДІЛ 1. ВСТУП

За даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» у 2018 році вперше у житті діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений 15 749 особам, показник захворюваності становив 40,8 [6,6–94,9] на 100 тис. населення. Показник охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних людей у 2018 році досяг 79,1% [47,3-108,4]. На початок 2019 року під медичним наглядом на підконтрольних Уряду України територіях перебувало 137 176 ВІЛ-позитивних громадян України – 356,4 на 100 тис. населення [46,6–863,7] та 4 885 дітей з невизначеним ВІЛ-статусом.

За даними офіційної реєстрації питома вага випадків інфікування внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків поступово зменшується і становить у 2018 році 24,0%, хоча актуальність даного шляху передачі ВІЛ залишається високою. Причинами для епідеміологічної настороги є перш за все високий ступінь ризику інфікування внаслідок особливостей вживання ін'єкційних наркотичних речовин, складнощі у залученні людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини (ЛВІН), до профілактичних програм, а також найвищій, порівняно із іншими ключовими групами (КГ), рівень поширеності ВІЛ за даними останнього Біо-поведінкового дослідження (БПД): у середньому 22,6% з коливанням значень від мінімального 0,8% в Ужгороді до 43,7% у Чернігові.

Більшою відносно інших регіонів України була частка ЛВІН серед нових випадків ВІЛ-інфекції у Харківській (35,6%), Київській (35,4%), Львівській (27,8%), Черкаській (27,6%) областях та м. Київ (27,0%). У 8 областях (Донецька, Закарпатська, Львівська, Рівненська, Сумська, Харківська, Черкаська) має місце збільшення порівняно з 2017 роком кількості ЛВІН з вперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції.

В рамках програм, орієнтованих на ЛВІН, що реалізуються силами НУО за підтримки МБФ «Альянс громадського здоров'я», було докладено значних зусиль щодо виявлення випадків ВІЛ-інфекції та надання послуг з кейс-менеджменту для початку прийому АРТ. Багаторічна підтримка високого рівня охоплення ЛВІН програмами профілактики в Україні дала можливість отримати відчутний результат, який найліпше демонструє динаміка поширеності ВІЛ серед ЛВІН, яка порівняно з 2007 роком знизилась з 27% до 22,6% в усіх вікових групах та з 29,1% до 5% у групі ЛВІН молодше 25 років. Результативність профілактичних програм для ЛВІН, які включають послуги тестування на ВІЛ (ПТВ) та надання послуг з кейс-менеджменту для ВІЛ-позитивних осіб, була досягнута завдяки наступним інтервенціям: впровадження моделі послуг з асистованого тестування; залучення нових клієнтів до ПТВ (у 2018 році скористались ПТВ 81% нових клієнтів НУО); розширення мережі пунктів тестування з використанням ШТ: у 2018 році – 1315 пунктів, з них 290 нових; налагодження регіональної співпраці між Зкладами Охорони Здоров'я (ЗОЗ) та НУО; впровадження оновленого алгоритму тестування та подальшої переадресації між НУО та ЗОЗ, що дозволило суттєво удосконалити процедуру тестування та подальшої переадресації на лікування.

Разом з тим, лише 59% від оціночної чисельності групи ЛВІН у 2018 році було охоплено програмами профілактики (близько 204 тисячі осіб), а дані каскаду медичної допомоги ЛВІН суттєво відрізняються залежно від участі ЛВІН у цих програмах. Зокрема, серед ВІЛ-позитивних ЛВІН, які є клієнтами профілактичних

програм, рівень обізнаності щодо свого ВІЛ-статусу є набагато вищим (81%), ніж у тих, хто не охоплений профілактикою (37%). Відповідно відрізняється і рівень охоплення АРТ: 57% проти 21%.

Зважаючи на вище наведене, необхідно запровадити нові механізми залучення ЛВІН до послуг з профілактики та тестування, і провести спеціальне дослідження для розробки нових або удосконалення вже наявних інтервенцій для цієї ключової групи.

РОЗДІЛ 2. МЕТА ТА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Отже, **метою** дослідження є визначити та описати бар'єри та фасилітатори серед ЛВІН до програм профілактики та тестування на ВІЛ, а також надати рекомендації щодо покращення наявних програм тестування на ВІЛ у межах пакету профілактичних послуг серед ЛВІН в Україні (в чотирьох містах – Черкасах, Кривому Розі, Дніпрі, та Одесі).

Згідно з метою дослідження, виокремлені наступні **завдання**:

- Описати портрети і потреби ЛВІН, які не користуються та користуються послугами з профілактики;
- Визначити бар'єри та фасилітатори серед ЛВІН до програм тестування на ВІЛ;
- Описати наявні та затребувані канали отримання інформації щодо тестування на ВІЛ;
- Описати способи та шляхи інформування ЛВІН щодо тестування на ВІЛ;
- Надати рекомендації щодо розробки нових та удосконалення вже наявних інтервенцій для ЛВІН (зокрема щодо програм підготовки та підвищення кваліфікації надавачів профілактичних послуг, розробки інформаційних матеріалів, спрямованих на збільшення попиту щодо послуг профілактики та тестування на ВІЛ серед ЛВІН, тощо).

Дане дослідження складається з двох основних компонентів, а саме: кабінетного дослідження та якісного польового дослідження (детальний опис обох компонентів наведено в Розділі 4. Методологія Дослідження). Наведена нижче таблиця 2.1. описує як ці два компоненти дослідження адресують специфічні завдання дослідження.

Таблиця 2.1. Компоненти дослідження та завдання дослідження

Завдання	Компоненти	Кабінетне дослідження	Якісне дослідження
Описати портрет і потреби ЛВІН, які не користуються та користуються послугами з профілактики			
Визначити бар'єри та фасилітатори серед ЛВІН до тестування на ВІЛ в рамках профілактичних програм			
Описати наявні та затребувані канали отримання інформації щодо тестування на ВІЛ в рамках профілактичних програм			
Описати способи та шляхи інформування ЛВІН щодо тестування на ВІЛ в рамках профілактичних програм			
Надати рекомендації щодо розробки нових та удосконалення вже наявних інтервенцій для ЛВІН (зокрема щодо програм підготовки та підвищення кваліфікації надавачів профілактичних послуг, розробки інформаційних матеріалів, спрямованих на збільшення попиту щодо послуг профілактики та тестування на ВІЛ, гепатити, ІПСШ серед цільової групи, тощо)			

РОЗДІЛ 3. ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ

Соціально- екологічна модель (Socio-ecological model)

Соціально-екологічна модель описує комплексні зв'язки між індивідуальними (мікро-), суспільними, мережевими (мезо-) та політичними (макро-) факторами та різними показниками здоров'я та досягненнями різноманітних програм та інтервенцій в сфері Громадського Здоров'я. Дана модель передбачає, що поведінка людей визначається факторами, що діють на різних рівнях; зокрема до таких рівнів відносять внутрішньо-особистісний, міжособистісний, мережевий, суспільний і політичний рівні [1, 2]. Таким чином соціально-екологічна модель є теоретичною моделлю, яка визначає як взаємодії факторів різних рівнів призводять до формування соціальної нерівності в суспільстві та підвищення ризику виникнення певних захворювань, синдромів та станів [1-3]. В даному дослідженні ми будемо використати п'ятирівневу соціально-екологічну модель розроблену Стефаном Берелом та колегами (Baral et al.), і яка описує мікро- , мезо- та макро- фактори та ризик інфікування ВІЛ (Рис 3.1.) [1]. **Перший рівень** представлений індивідуальними, соціально-демографічними та поведінковими характеристиками, що впливають на рівень уразливості людей до ВІЛ. **Другий рівень** включає фактори, які пов'язані з соціальними і сексуальними мережами ключових груп, які можуть використовуватися в якості інформаційних каналів для просування профілактичної інформації і надання додаткової соціальної підтримки та мобілізації спільнот ключових груп. **Третій рівень** виокремлює культуральні цінності та соціальні норми суспільства, що може призвести до стигматизації, дискримінації та соціальної нерівності представників ключових груп, як девіантних та маргінальних членів суспільства. **Четвертий рівень** – це рівень державної політики, який відіграє вирішальну роль для створення ефективних програм профілактики та лікування ВІЛ, адже цей рівень визначає "ключові правила" локального контексту, включно з діючими правовими нормами чинного законодавства, доступністю медичних послуг та послуг з профілактики ВІЛ, криміналізацією вживання наркотичних речовин або секс-роботи. І, нарешті, **п'ятий рівень** – це рівень стадії епідемії ВІЛ в локальному контексті, яка відображає рівень поширеності, кількість нових випадків ВІЛ-інфекції (в розрізі різних підгруп населення та ключових груп) та основний шлях передачі ВІЛ на рівні загальної популяції даного регіону (країни), і таким чином впливає на індивідуальні ризики інфікування як населення загалом, так і представників ключових груп, зокрема. Докладніше окреслимо кожен з рівнів соціально-екологічної моделі Стефана Берела [1].

Фактори індивідуального (мікро-) рівня включають соціально-демографічні характеристики (наприклад, вік, сімейний стан, рівень освіти та рівень доходу, використання презервативів, вживання алкоголю та наркотичних речовин, тощо), а також знання щодо ВІЛ та власну оцінку ризику щодо можливості інфікування ВІЛ.

Мезо- рівень зазвичай проявляється у взаємодію/взаємозв'язки різних мереж, соціальних груп, об'єднань і організацій, а також географічні/політичні регіони. Дані фактори можуть сприяти поліпшенню доступу до профілактичних/медичних послуг або, навпаки, створювати перешкоди [1, 3]. Так, наприклад, важливу роль у динаміці передачі ВІЛ відіграють соціальні та сексуальні мережі ключових груп. Ці мережі можуть використовуватися для надання соціальної підтримки, або, наприклад, для інформування щодо наявних медичних та профілактичних послуг. Таким чином такі

мережі, а також взаємозв'язки між ними можуть розглядатися як важливий елемент локальних програм профілактики та лікування ВІЛ серед ключових груп [4-8]. Окрім того, наявні дані свідчать про те, що розширення можливостей та сприяння діяльності таких мереж може розглядатися як більш широкий процес мобілізації, адвокації та сприяти дотриманню громадських прав ключових груп, запобігати насильству та поліпшувати доступ до профілактичних та медичних послуг, зокрема, до тестування на ВІЛ [4].

Кожен локальний контекст характеризується певним комплексом соціо-культурних норми, цінностей та звичаїв, які можуть впливати на індивідуальні ризики ВІЛ-інфекції. Отже, такі норми, цінності та звичаї можуть призводити до стигматизації, дискримінації, соціальної ізоляції та соціальної нерівності [1, 9-11].

Регіональний політичний контекст формує середовище реагування на ВІЛ, що може як створювати бар'єри, так і сприяти реалізації програм профілактики та лікування ВІЛ серед ключових груп та населення загалом [1, 9].

Крім того, деякі автори вводять рівень стадії епідемії ВІЛ як такий, в якому операціоналізуються всі інші рівні та фактори [1]. Стадія епідемії ВІЛ зазвичай описується на основі епідеміологічних показників, таких як поширеність, кількість нових випадків, основні шляхи передачі, та ін.; дані використовуються на рівні країни або окремого регіону. Таким чином описуються популяційний рівень ризику передачі ВІЛ і популяційне вірусне навантаження та індивідуальний ризик зараження [1-3].

Окрім того, в літературі все більш широко відзначається гостра необхідність врахування впливу факторів різних рівнів при реалізації програми профілактики та лікування ВІЛ, а також вивчення як такі фактори впливають на ризик інфікування ВІЛ в різних контекстах [1-3, 12].

Також ми надаємо визначення термінам «бар'єри» та «фасилітатори», які вживаються в даному дослідженні.

Бар'єри — будь-які фактори (мікро-, мезо- та макро- фактори), які перешкоджають тестуванню на ВІЛ (асистоване тестування в рамках програм профілактики ВІЛ) серед ЛВІН.

Фасилітатори — будь-які фактори (мікро-, мезо- та макро- фактори), які сприяють тестуванню на ВІЛ (асистоване тестування в рамках програм профілактики ВІЛ) серед ЛВІН.

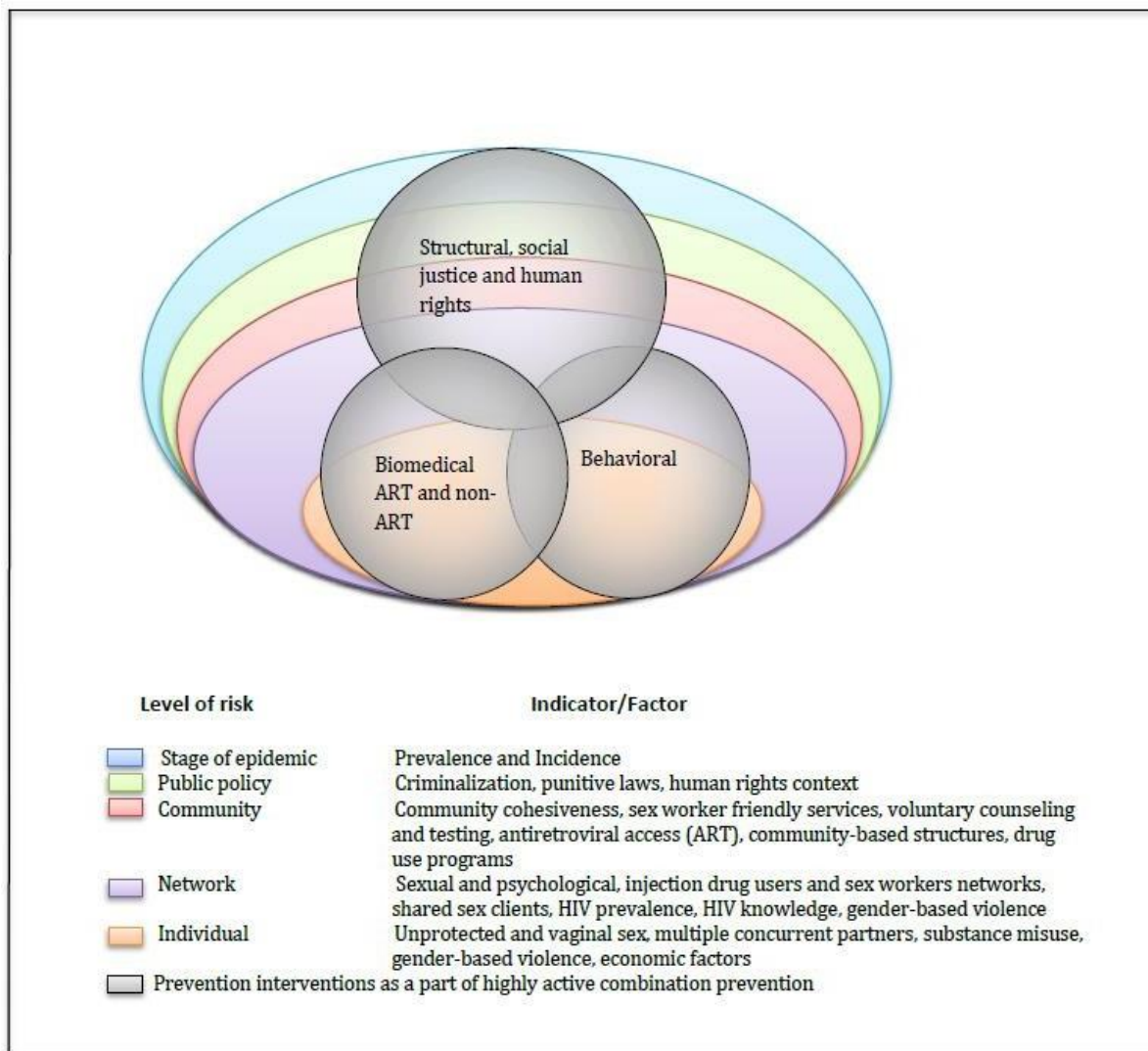


Рис. 3.1. П'ятирівнева соціально-екологічна теоретична модель зв'язку між рівнями ризику та профілактичною інтервенцією (Figure for combination prevention: level of risks and prevention interventions (Baral et al. BMC Public Health 2013, 13:482)[1]).

РОЗДІЛ 4. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дане дослідження складається з двох компонентів, а саме кабінетного дослідження та якісного польового дослідження.

4.1. Кабінетне дослідження

Включає в себе пошук та вторинний аналіз наявної інформації щодо заданої теми, зокрема статистичної інформації, звітів, наукових публікацій, дисертацій та авторефератів (в українських і міжнародних рецензованих наукових виданнях). Окремо будуть проаналізовані звіти за результатами біо-поведінкових досліджень серед ЛВІН в Україні для опису змін профілю ЛВІН протягом останніх п'яти років. Для додаткового описового аналізу буде також використаний останній масив даних біо-поведінкового дослідження серед ЛВІН (біоповедінкове дослідження серед людей, які вживають наркотичні речовини ін'єкційно 2017). Зокрема, буде проведений дискриптивний аналіз даних по регіонах (містах) дослідження, а саме: в Черкасах, Кривому Розі, Дніпрі, та Одесі.

Ми плануємо охопити період останніх п'яти років та здійснити пошук англійською та українськими мовами за попередньо визначеними ключовими словами та термінами з даної теми, а також MeSH термінами. Ми будемо застосовувати стратегію вільного тексту, а також стратегію систематичного сканування електронних баз даних MEDLINE/PubMed та SCOPUS. Також ми здійснимо пошук в системі Google Академії. Всі ідентифіковані джерела будуть завантажені в ENDNOTE X7 для їх подальшого аналізу. Після видалення дублікатів, дослідники незалежно перевіряють заголовки всіх джерел, а також анотації (abstracts) даних публікацій щодо їх відповідності **критеріям включення**:

1. опубліковані в період останніх 5 років,
2. опубліковані в міжнародних та українських рецензованих журналах,
3. основна тема дослідження стосується доступу до тестування на ВІЛ та Програм профілактики серед ЛВІН,
4. опубліковані англійською або українською мовами,
5. наявні повні тексти джерел.

Ті джерела, які не будуть відповідати таким критеріям, будуть видалені. Потім, відібрані джерела будуть оцінені на предмет використаних методів дослідження: для якісних досліджень буде використана модель критичної оцінки якісних досліджень (*the guide for critically appraising qualitative research* [13]), а для кількісних досліджень ми застосуємо *Downs and Black checklist* [14]. Стислий опис моделей та форми проведення оцінки надані в Додатку 1.

Всі джерела будуть проаналізовані за допомогою соціально-екологічної моделі; результати аналізу будуть презентовані у формі аналітичного звіту. Даний етап буде відповідати рекомендаціям щодо проведення вторинного аналізу джерел (review) PRISMA Checklist, 2004 (Додаток 2). Також, всі результати будуть представлені за допомогою PRISMA flowchart (Рис.4.1)

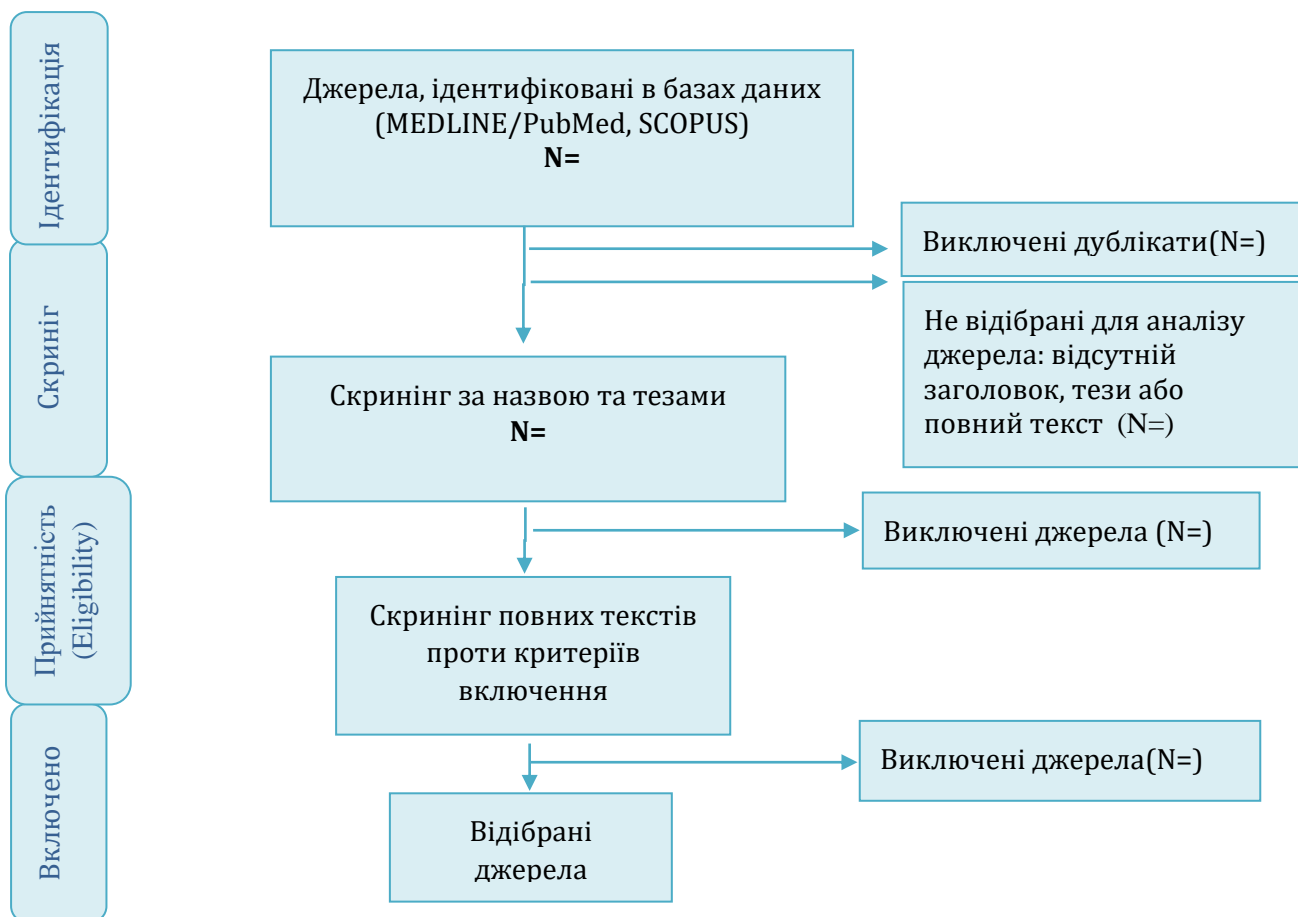


Рис. 4.1. PRISMA діаграма (*PRISMA flowchart*)

4.2. Якісне польове дослідження

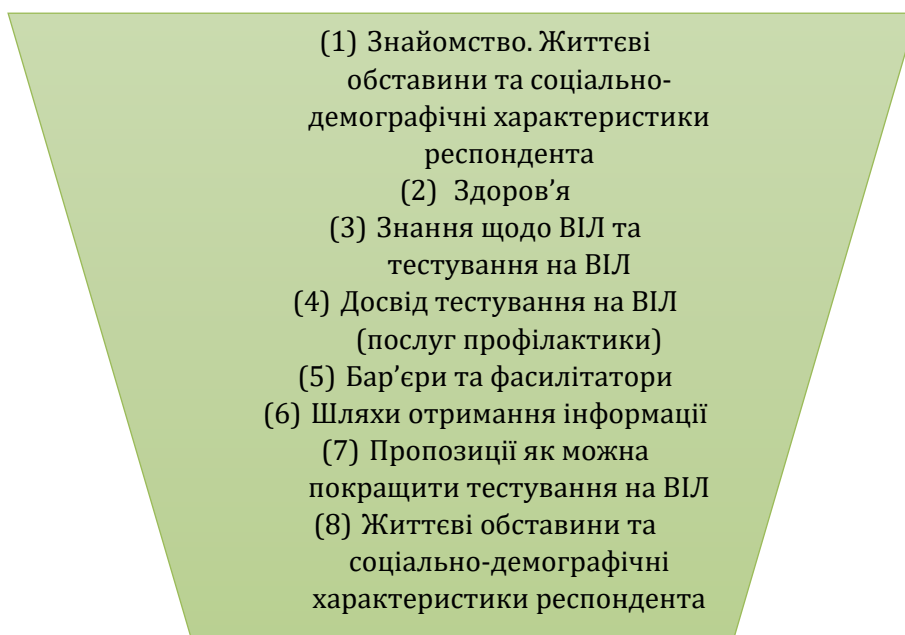
Польове дослідження спиратиметься на якісну методологію і буде проведене методом напівструктурованого глибокого інтерв'ю.

Глибинне інтерв'ю є своєрідною бесідою двох людей, в якій дослідник, з одного боку, виступає рівноправним співрозмовником, а з іншого – скеровує бесіду в потрібне русло. Глибинне інтерв'ю, як і інші якісні методи соціологічного дослідження, не дає змоги проаналізувати масштаб певного явища або тенденції. Результати такого дослідження не будуть репрезентативними за регіоном, віком чи іншими демографічними характеристиками. Натомість метод глибокого інтерв'ю дозволяє зрозуміти загальний контекст феномену, розглянути розмаїття поглядів людей. Глибинне інтерв'ю найбільше підходить для встановлення причин ЛВІН долучитись до програм профілактики або, навпаки, відмовитись профілактичних послуг, а також для виявлення якими шляхами ЛВІН найчастіше отримують інформацію щодо профілактичних послуг і тестування. Саме цей метод дає змогу дізнатись особистий досвід респондентів та глибші мотиви їхньої діяльності.

Гайди для проведення напівструктурованих інтерв'ю буде фіналізований після проведення кабінетного дослідження. Однак, вже сьогодні можна виокремити наступні тематики, які увійдуть до гайду (Додаток 4):

- портрет і потреби ЛВІН, які не користуються та користуються послугами з профілактики;
- бар'єри та фасилітатори серед ЛВІН до програм тестування на ВІЛ
- наявні та затребувані канали отримання інформації щодо профілактичних послуг і тестування;
- способи та шляхи інформування ЛВІН щодо профілактичних послуг;
- причини відмови ЛВІН від профілактичних послуг та можливі зміни в наявних програмах;
- послуги, які потребують ЛВІН.

Рис 4.2. Підхід до проведення інтерв'ю: Від загального до специфічного



Перед проведенням гайд буде пілотовано серед представників ЛВІН, а також наданий для розгляду програмним співробітникам Альянсу. Після отримання коментарів, відповідні зміни будуть внесені в гайд, а інструментарій додатково переданий на етичну експертизу.

Географія дослідження

Якісне дослідження має пройти в чотирьох містах: Черкаси, Кривий Ріг, Дніпро, Одеса.

- Регіони, де працює ПЕПФАР.
- Черкаси – один з регіонів з найбільшою часткою ЛВІН, які є клієнтами НУО (66,0%). З одного боку, частка є найбільшою, ЛВІН користуються послугами і, скоріше за все, обізнаність про програми вища. З іншого, незважаючи на сприятливе середовище для впровадження проектів, є потреба з'ясувати додаткові причини відмови від користування послугами. Порівнявши отриману інформацію у цьому та інших містах, можна буде зрозуміти чи є специфічні бар'єри / фасилітатори для ЛВІН з цих двох кластерів.
- Дніпро, Одеса – великі обласні центри з найменшою часткою ЛВІН, які є клієнтами НУО (15,8% та 22,3% відповідно), де особливо важливо зрозуміти

- чому представники цільової групи не користуються послугами з профілактики та тестування.
- Кривий Ріг – регіональне місто, в якому 9,3% ЛВІН користуються послугами НУО, і яке потребує особливої уваги відповідно до ситуації з ВІЛ-інфекцією та поширеністю представників цільової групи в ньому.

Вибірка дослідження

Генеральна сукупність дослідження – ЛВІН Черкас, Кривого Рогу, Дніпра, Одеси. Логіка **вибірки** в якісному дослідженні полягає у пошуку не багатьох але інформаційно багатих випадків, які допоможуть зробити відповіді на ключові дослідницькі питання. Вибірку якісного дослідження ще називають цільовою або цілеорієнтованою [15]. На думку сучасних науковців, які методом глибинного інтерв'ю досліджують важкодоступні, приховані або уразливі спільноти, найкращий спосіб максимізувати зусилля з пошуку респондентів – використовувати комбіновані вибірки [16]. В цьому дослідженні найбільш доцільним видається використання критеріальної вибірки (обираються випадки, що відповідають заздалегідь окресленим критеріям) з елементами методу «максимальної варіації» (респонденти підбираються таким чином, щоб кожен випадок, по можливості, якомога більше відрізнявся від попереднього) та снігової кулі – в тому випадку, якщо рекрутерам знадобиться допомога респондентів в пошуку наступних учасників проекту

Критерії включення:

1. Досвід вживання ін'єкційних наркотичних речовин хоча б 1 раз протягом останніх 30 днів до моменту проведення дослідження;
2. Вік від 14 років і старше на момент проведення дослідження;
3. Тривалість проживання / роботи / навчання у місті дослідження не менше 3 місяців;
4. Надання інформованої згоди на участь у дослідженні, у т.ч. погодилися повідомити про останній випадок тестування на ВІЛ і результати цього тестування.

Критерії виключення:

1. такий стан алкогольного або наркотичного сп'яніння, який не дозволяє розуміти та відповідати на питання анкети, а поведінка респондента загрожує його власній безпеці або безпеці оточуючих.

Рекрутери та інтерв'юери, будуть здійснювати перевірку респондентів щодо відповідності критеріям включення після надання респондентами інформованої згоди (у вигляді підпису на роздрукованій формі інформованої згоди). Всі потенційні учасники, будуть повідомлені, що перед початком інтерв'ю буде проведена коротка бесіда-попередній скринінг (без запису на диктофон) для з'ясування відповідності критеріям включення. Всі потенційні учасники будуть проінформовані, що враховуючи мету цього дослідження, лише людям, які відповідають критеріям формування вибірки, буде запропонована участь в дослідженні. У разі, якщо потенційний учасник, не відповідатиме критеріям формування вибірки, що буде з'ясовано після проведення попередньої бесіди (скринінгу), рекрутер або інтерв'юер

принесуть свої вибачення, ще раз детально проінформують потенційного учасника про мету дослідження, нададуть відповіді на запитання, запропонують потенційному учаснику залучити знайомих (у разі відповідності критеріям формування вибірки) та будуть пере направлені для отримання профілактичних послуг в партнерські НУО. Для запобігання відмови рекрутери заздалегідь проінформують клієнтів щодо мети дослідження та критеріїв відбору для участі у ньому

Характеристиками, виокремленими для варіації будуть, стать, вік тощо.

Таблиця 4.2. Вибірка дослідження

№	Категорія ЛВІН	Кривий Ріг	Черкаси	Дніпро	Одеса	Загалом
1	Ніколи не звертались до профілактичних програм та не проходили тестування на ВІЛ у її межах	3 (хоча б 1 один ВІЛ+, хоча б 1 – ВІЛ-)	3 (хоча б 1 один ВІЛ+, хоча б 1 – ВІЛ-)	3 (хоча б 1 один ВІЛ+, хоча б 1 – ВІЛ-)	3 (хоча б 1 один ВІЛ+, хоча б 1 – ВІЛ-)	12
2	Почали користуватись профілактичними програмами ВІЛ протягом останніх 6 місяців і користуються зараз	2 (ВІЛ+ та ВІЛ-)	2 (ВІЛ+ та ВІЛ-)	2 (ВІЛ+ та ВІЛ-)	2 (ВІЛ+ та ВІЛ-)	8
3	Користувались профілактичними програмами протягом останніх 6 місяців, але відмовились від подальшої участі	2 (ВІЛ+ та ВІЛ-)	2 (ВІЛ+ та ВІЛ-)	2 (ВІЛ+ та ВІЛ-)	2 (ВІЛ+ та ВІЛ-)	8
4	Ніколи не тестувались на ВІЛ та не знають про свій ВІЛ статус	3	3	3	3	12
Всього		10	10	10	10	40

Отже, в кожному з чотирьох міст в підсумку буде опитано 10 людей різних ВІЛ-статусів, які відповідатимуть окресленим критеріям.

Напередодні польової фази дослідження, команда дослідження за підтримки співробітників АУ, проінформує партнерські НУО та медичні заклади щодо проведення, термінів та мети дослідження. У кожному регіоні буде відібрано регіонального координатора-рекрутера з числа досвідчених фахівців НУО або медичних фахівців, які працюють з цільовою групою.

Рекрутинг учасників буде здійснюватися:

- через неурядові організації, Центри СНІДу та клієнтів профілактичних програм (ті, хто користувався програмами профілактики і користується зараз, ті, хто користувались програмами профілактики, але відмовились від подальшої участі);

- через неурядові організації, які працюють з колишніми засудженими, та через представників наркології (ті, хто ніколи не тестувались за власної ініціативи, але проходили тестування як умова участі у проєкті, у наркологіях, у тюрмах);
- через неурядові організації, клієнтів профілактичних програм та наркології (ті, хто ніколи не користувався програмами профілактики).

Ми розраховуємо, що кожне інтерв'ю буде тривати від 60 до 90 хвилин, але точний час буде визначений самим перебігом інтерв'ю і може тривати як більше, так і менше.

Важливо! Для запобігання розголошення ВІЛ-статусу та примусу щодо розголошення ВІЛ-статусу, в рамках цього дослідження будуть відібрані рекрутери, які вже працюють в рамках своїх проєктів (в НУО чи медичних закладах) з клієнтами (пацієнтами), які живуть з ВІЛ, та, відповідно, до початку проєкту знають статус таких клієнтів (пацієнтів). Отже, рекрутери запропонують взяти участь у дослідженні **ЛИШЕ** таким учасникам, про яких знатимуть заздалегідь, що ті задовольняють критерії вибірки. Лише в разі, згоди потенційного учасника взяти участь в дослідженні (анонімно), в тому числі, за його добровільної згоди обговорити досвід тестування на ВІЛ та його результати. В будь-який момент дослідження, включно з проведенням інтерв'ю, респонденти можуть відмовитись від участі. Дана вимога базується на потребі залучити до дослідження респондентів з різним досвідом тестування, та різним ВІЛ-статусом, адже бар'єри до тестування та отримання наступних послуг в медичних закладах (каскад 90-90-90) може напряду залежати від, наприклад, попереднього негативного досвіду та травматичних спогадів про тестування, в тому числі примусового тестування в тюремних закладах, та досвіду отримання медичних послуг (диспансерний облік, АРТ). Окрім того, ми розглядаємо тестування, як невід'ємну частину каскаду медичних послуг, а отже кінцевою метою проєктів, є не лише діагностувати ВІЛ-статус, але й забезпечити ефективну переадресацію та супровід клієнтів для отримання АРТ. А отже, в даному дослідженні принципову роль відіграють такі групи респондентів: 1) ті ЛВІН, які живуть з ВІЛ знають про це, але не стоять на диспансерному обліку в центрі СНІД, 2) ЛВІН, які не знають свій ВІЛ статус, 3) ЛВІН, які дізнались, що живуть з ВІЛ протягом останніх 6 місяців (потенційно нові випадки) 4) ЛВІН, які не є клієнтами проєктів зменшення шкоди та(або) не звертались в медичні заклади за допомогою.

Аналіз даних

Після кожного інтерв'ю дослідники заповнюють картку інтерв'юера (Додаток 3), де опишуть свої спостереження та враження від інтерв'ю, а також надаватимуть короткий зміст розмови. Дані форми будуть розглянуті та детально обговорені дослідницькою командою під час щотижневих онлайн зустрічей, і внаслідок таких обговорень стратегія проведення інтерв'ю, та/або теми гайду можуть бути змінені.

Всі інтерв'ю будуть здійснені або особисто (*face-to-face*) або, враховуючи ситуацію з коронавірусом, за допомогою телефону або через програми зв'язку такі, як Скайп. Всі інтерв'ю будуть записані на диктофон, транскрибовані та завантажені для подальшого аналізу в Atlas.ti. Отримані дані будуть проаналізовані дедуктивно та закодовані, використовуючи тематичне кодування [17]. Для аналізу даних ми будемо керуватись соціально-екологічною теоретичною моделлю, яка була описана

в попередньому розділі. Три дослідники будуть незалежно кодувати інтерв'ю за попередньо погодженим набором кодів (*coding framework*), враховуючи значення та взаємозв'язки окремих фрагментів тексту. Теорії середнього рівня (*mid-range theories*) будуть розроблені після обговорення індивідуально закодованих даних, та погодження фінального набору кодів. Якщо в разі кодування будуть виникати додаткові індивідуальні коди, то після обговорення, вони можуть бути додані до загального набору кодів.

Якщо дозвіл на використання диктофону під час інтерв'ю не надано, інтерв'юер буде робити записи від руки або друкувати їх на комп'ютері. У такому випадку, інтерв'ю може тривати довше, про що учасника буде повідомлений. Отримані дані, будуть деталізовані і розширені одразу після завершення інтерв'ю, та оформлені у вигляді транскрипту для запобігання втраті отриманих даних.

Етичні аспекти дослідження

а) Загальна інформація

Дослідження буде виконане з дотриманням всіх необхідних **етичних норм**: анонімності, конфіденційності, добровільної згоди. Респонденти будуть детально поінформовані про ці принципи та про ведення аудіозапису розмови.

Для проведення якісних інтерв'ю на професійному рівні потрібні **теоретичні знання, великий емпіричний досвід та низка особистих якостей інтерв'юерів**, зокрема: комунікабельність, емпатія, нейтральність, інтерес та повага до людей, вміння уважно слухати і чути респондента, когнітивні здібності (спрямованість на виявлення фактів, легкість у встановленні зв'язку між різнорідними фактами, відсутність схильності до спрощення або категоричності, тобто «чорно-білого» мислення, гнучкість реагування на слова респондента, вмінням вдало сформулювати та вчасно поставити наступне запитання тощо), умінням соціальної інтерпретації (сприйняття невербальної інформації, що йде від респондента, та вміння на неї реагувати) [15, 18-20] тощо. Професійні інтерв'юери з їхніми вміннями, знаннями, досвідом, культурним та соціальним капіталом, загальною ерудицією та усвідомленням того, якими мають бути зовнішній вигляд та манери в кожному окремому дослідженні, зможуть значно більш якісно провести розмови з респондентами, а також зекономлять бюджет за рахунок відсутності потреби у тренінгу для інтерв'юерів проекту.

б) Анонімність та збереження даних

Всі учасники дослідження під час рекрутингу мають надати письмову інформовану згоду на участь у проекті. Інтерв'ю будуть анонімними, учасники можуть обрати будь-яке зручне для них ім'я, жодна персональна інформація (така як справжнє ФІО, чи адреса), за допомогою якої можна ідентифікувати учасника не буде отримуватись чи зберігатись. Для збереження та аналізу даних буде використовуватись порядковий номер інтерв'ю та регіон, наприклад 01 Одеса, 02 Одеса, 03 Одеса, 04 Одеса. Окрім того, перед проведенням інтерв'ю інтерв'юер додатково отримає інформовану згоду (яка

за його згоди буде записана на диктофон). Також під час рекрутингу потенційним інтерв'юерам буде надана повна інформація про дослідницький проект, його мету та завдання, про розмір і умови отримання компенсації за участь в інтерв'ю, а також про те, яким чином буде зберігатись та використовуватись отримана в процесі інтерв'ю інформація, та безпосередньо сам запис розмови.

Перед початком самого інтерв'ю, інтерв'юер знову проінформує учасника про мету та завдання проекту, винагороду за участь та як її отримати, та умови проведення інтерв'ю, та в разі потреби надасть відповіді на питання. Після надання усної згоди, інтерв'юер почне запис розмови, та знову запитає учасника чи згоджується він на добровільну та анонімну участь в інтерв'ю. Кожен учасник отримає компенсацію у розмірі 350 гривень. Учасник зможе зупинити інтерв'ю в будь-який момент, про що його повідомлять. Місце та час проведення особистого інтерв'ю будуть обрані учасником, та погоджені з інтерв'юером напередодні. Це мають бути такі місця, які з одного боку гарантують приватність розмови (окрема кімната), а, з іншого, бути безпечними для інтерв'юера. Наприклад, це можуть бути приміщення НУО, тихе малолюдне кафе тощо.

В разі проведення інтерв'ю через телефон чи Скайп, будуть виконані дії із забезпечення додаткової анонімності респондентів. Учасник буде забезпечений новою телефонною карткою (через рекрутера або учасник придбає її особисто; в обох випадках вартість буде відшкодована), або створить новий аккаунт в Скайп (за необхідності – за допомогою рекрутера) для того, щоб використовувати окремий, спеціальний номер мобільного телефону або аккаунт Скайп для даного дослідження. У випадку телефонного чи Скайп-інтерв'ю, заздалегідь обговорюється день та час розмови. Також, ми будемо просити респондента на час інтерв'ю забезпечити собі приватність (попередньо надавши, детальне пояснення мінімальних необхідних умов для забезпечення приватності).

В окремих випадках, ми плануємо залучати місцеве НУО, для створення доступу до комп'ютера або телефону при збереженні умов приватності.

Усі особи, залучені до проекту (зокрема транскриптери, які розшифруватимуть аудіозаписи), підписуватимуть угоду про конфіденційність даних та отримуватимуть записи із закріпленим за інтерв'ю кодом (повна анонімність) (Додаток 5).

Всі дані будуть зберігатись дослідниками на комп'ютерах, які матимуть паролі та до яких матимуть доступ лише дослідники проекту.

У фінальному звіті, який буде наданий замовникам дослідження, результати будуть викладені в узагальненому вигляді, без жодних згадок персональних даних.

в) Компенсація

Кожному учаснику буде запропоновано на вибір спілкуватись або українською або російською мовами. Інтерв'ю будуть проводитись **лише з тими учасниками, які нададуть письмову інформовану згоду на участь в дослідженні під час рекрутингу.** Після завершення інтерв'ю кожен учасник отримає компенсацію за витрачений час у розмірі 350 гривень (видана готівкою через рекрутера проекту або в разі проведення особистого інтерв'ю, інтерв'юером після закінчення інтерв'ю), про

що буде додатково повідомлено під час рекрутингу. Всі інтерв'ю будуть анонімними, та проводитись лише за згоди учасника.

Всі видані кошти будуть видаватись за підписом учасника (Додаток 6. Журнал видачі компенсацій).

г) Вік учасників

Згідно українського законодавства (Закон України «Про охорону дитинства») дитиною вважається особа віком до 18 років, якщо згідно з законом, який застосовують до неї, вона не набуває прав повнолітньої раніше. Положення 2.18 Кодексу професійної етики соціолога визначає, що «При проведенні дослідження з дітьми соціолог дістає згоду батьків або чинного уповноваженого опікуна. Соціолог може не звертатись за згодою до батьків або опікувана, якщо: (1) дослідження призведе до мінімального ризику для його учасників; (2) дослідження практично неможливо провести в разі отримання такої згоди; (3) згода батьків або опікувана не є необхідним актом захисту дитини (наприклад, від батьків, позбавлених батьківських прав)». Кодекс професійної етики соціолога затверджений П'ятим з'їздом Соціологічної асоціації України 20 травня 2004 року. Детальній аналіз залучення неповнолітніх у дослідження за участі людей як об'єктів представлений у звіті ЮНІСЕФ. З огляду на мінімальні ризики дослідження і те, що дослідження практично неможливо провести у разі здійснення спроб отримати згоду батьків на участь в дослідженні респондентів віком 14-17 років, в цьому дослідженні згоду на участь команда буде отримувати від потенційних учасників.

Для усіх учасників молодше 18 років, під час опитування яких виявиться, що вони є жертвами насилля, торгівлі дітьми або сексуальної експлуатації, будуть застосовані спеціальні заходи, щоб перенаправити їх до спеціалізованих служб, які захищають від шкідливих впливів, насильства або експлуатації. Попередньо до початку проведення збору даних регіональний координатор має зв'язатись зі спеціалістами таких служб для підтвердження соціальної чутливості та технічної можливості надати такі послуги, а також отримання згоди зустрітись з такими учасниками.

Щодо біологічного компоненту, законодавство України гарантує всім підліткам віком від 14 років доступ до тестування на ВІЛ без дозволу батьків: «Тестування осіб віком від 14 років і старше проводиться добровільно, за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй попередньої консультації щодо особливостей тестування, його результатів і можливих наслідків, з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я особи».

Політика використання та розповсюдження даних

Після завершення дослідження всі його матеріали (аудіозаписи, транскрипти, заповнені форми) та результати будуть передані замовнику – МБФ «Альянс громадського здоров'я», який відповідатиме за їх зберігатимуться та використання. Виконавці дослідження зможуть використовувати результати дослідження виключно з науковою метою та у наукових публікаціях з обов'язковим посиланням

на виключні майнові права інтелектуальної власності МБФ «Альянс громадського здоров'я» та за умови письмового дозволу від нього.

Обмеження дослідження

Дослідження є якісним, відтак його результати не можуть бути екстрапольовані на всю генеральну сукупність. Однак саме якісна методологія дає змогу почути спектр різних думок та мотивів респондентів, а отже якомога ширше зрозуміти наявні в середовищі ЛВІН бар'єри і фасилітатори до участі в тестуванні і програмах профілактики ВІЛ. Відтак, якісна методологія цілком виправдовує себе в цьому розвідувальному дослідженні, яке у майбутньому може стати пілотним для більш широкого кількісного.

Системне обмеження, характерне для досліджень, які базуються на глибинних інтерв'ю – викривлення пам'яті (recall bias). Воно виникає через наявні відмінності в точності та повноті спогадів в порівнянні з реальними подіями. Але саме зі спогадами респондентів щодо певних подій має справу дослідник, коли запитує людину про її пережитий досвід. Крім того, метод глибинного інтерв'ю передбачає роботу з інформацією, яку респондент говорить сам про себе (self-report data), отже ми завжди маємо справу не з реальністю, а з тим, як людина інтерпретує. Однак ідея дослідження і полягає в тому. Аби почути думки, ідеї, позиції різних категорій ЛВІН та запропонувати вдосконалення програм профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

Нарешті, ще одним обмеженням дослідження можна вважати сенситивність його тематики. Людям може бути достатньо складно говорити, як про досвід вживання наркотиків, так і про власний ВІЛ-статус, адже обидві теми достатньо стигматизовані в українському суспільстві. Відтак, свідчення можуть бути неповними і викривленими. Однак досвід та навички дослідників-інтерв'юерів забезпечать якомога більш комфортні для респондента умови спілкування.

РОЗДІЛ 5. ЕТАПИ ТА ГРАФІК ДОСЛІДЖЕННЯ

5.1. Основні етапи дослідження

- Розробка протоколу дослідження;
- Проведення кабінетного дослідження за вказаною темою;
- Розробка інструментарію польового етапу дослідження (уточнення методології та дизайну, вибірки, розробка гайду, проведення 4 пілотних інтерв'ю в Києві з різними категоріями ЛВІН);
- Отримання схвального етичного висновку етичної комісії (IRB);
- Проведення польового етапу дослідження (організація та проведення глибинних інтерв'ю з цільовою групою в Черкасах, Кривому Розі, Дніпрі, та Одесі);
- Транскрибування інтерв'ю, написання польових звітів;
- Введення та обробка даних за допомогою програмного забезпечення Atlas.ti;
- Аналіз якісних даних дослідження та тріангуляція отриманих даних з результатами кабінетного дослідження;
- Підготовка аналітичного звіту за результатами дослідження, висновками та рекомендаціями щодо інтервенцій для цільової групи, підготовки надавачів послуг, розробки інформаційних матеріалів;
- Підготовка стислого викладу результатів дослідження у форматах Word та PowerPoint (від 10 сторінок);
- Підготовка та надання Замовнику технічного звіту про перебіг дослідження та реалізацію вибірки.

5.2. Графік дослідження

Графік організації та проведення дослідження:

- Розробка протоколу дослідження – **20 квітня – 5 травня 2020**
- Проведення кабінетного дослідження – **30 квітня – 20 травня 2020**
- Розробка та перевірка інструментарію польового етапу дослідження, отримання схвального етичного висновку етичної комісії (IRB) – **травень 2020**
- Проведення польового етапу дослідження – **1-30 червня 2020**
- Транскрибування інтерв'ю, написання польових звітів – **15 червня – 7 липня 2020**
- Введення та обробка даних за допомогою програмного забезпечення – **1-15 липня 2020**
- Аналіз якісних даних дослідження та тріангуляція отриманих даних з результатами кабінетного дослідження – **15-31 липня 2020**
- Підготовка звітів – **серпень 2020**

Таблиця 5.1. Етапи дослідження

Етапи	Квітень	Травень	Червень	Липень	Серпень
Період					
1.Розробка протоколу дослідження					
2.Проведення кабінетного дослідження					
Розробка та перевірка інструментарію польового етапу дослідження, отримання схвального етичного висновку етичної комісії (IRB)					
3.Проведення польового етапу дослідження					
4.Транскрибування інтерв'ю, написання польових звітів					
5. Аналіз якісних даних дослідження та тріангуляція отриманих даних з результатами кабінетного дослідження					
6. Підготовка звітів					

РОЗДІЛ 6. КОМАНДА ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний дослідник:

Токар Анна Володимирівна, незалежний консультант

Електронна адреса: tokarannette@gmail.com Телефон: +34656756562

Відповідає за написання протоколу та розробку інструментарію дослідження, проведення кабінетного дослідження, проведення польового етапу дослідження, аналіз результатів кабінетного дослідження, аналіз інформації зібраної на польовому етапі, кодування отриманих результатів у спеціалізовані програми (MAXQDA/ Atlas ti), представлення результатів замовникам проекту, написання фінального аналітичного звіту та практичних рекомендацій.

Спів-дослідники:

Проخورова Анна Андріївна, незалежний консультант

Електронна адреса: anna_prokhorova@ukr.net Телефон: +380679650196

Написання протоколу та розробка інструментарію дослідження, проведення кабінетного дослідження, підготовка та проведення претесту, координація польового етапу, проведення інтерв'ю, транскрибування інтерв'ю, аналіз результатів кабінетного та польового етапів дослідження, представлення результатів замовникам проекту, написання звітності.

Артикуца Сергій Сергійович, незалежний консультант

Електронна адреса: artykutsass@gmail.com, Телефон: +380681334736

Участь у написанні протоколу та розробці інструментарію дослідження, проведення кабінетного дослідження, робота з масивами даних у межах кабінетного дослідження, підготовка до проведення польового етапу (матеріально-технічне забезпечення), закупівля програмного забезпечення, участь у польовому етапі (проведення інтерв'ю), аналіз результатів кабінетного та польового етапів дослідження, представлення результатів замовникам проекту, написання звітності.

Ковтун Оксана Олександрівна, старший програмний фахівець з досліджень та аналізу, МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Електронна адреса: kovtun@aph.org.ua Телефон: +380994017912

Відповідає за координацію дослідження з боку замовника, управління проектом, допомогу зі складанням протоколу та інструментарію дослідження, забезпечення відповідності протоколу вимогам, аналіз масиву біоповедінкового дослідження у межах кабінетного етапу, представлення результатів національним і міжнародним партнерам.

ДОДАТКИ

Додаток 1. Оцінка якості джерел (*Quality assessment*)

Якість джерел, які застосовували дослідження, що базувались на якісній методології, будуть оцінені за допомогою методу критичної оцінки якісних досліджень (*the guide for critically appraising qualitative research* [13]). Методика налічує 18 пунктів, за якими має бути проведена оцінка, зокрема такі аспекти, як результати, дизайн, вибірка, збір даних, аналіз, опис результатів, рефлексійність та нейтральність, етичні аспекти та можливість проведення повторного аналізу та або перевірки (*auditability*). Як і рекомендовано [13], ми будемо використовувати середнє значення шкали – 9 балів, яке буде точкою відокремлення низько- та високоякісних досліджень.

Ми застосуємо Downs and Black checklist [14] для проведення оцінки джерел, що базуються на кількісно-якісній (*mixed-methods*) та кількісній методології. Загалом дана модель містить 26 пунктів, які стосуються результатів, внутрішньої та зовнішньої валідності, формування вибірки, методів дослідження, аналізу даних, та їх статистичної значимості, тощо. Середнє значення шкали буде використане для розрізнення низькоякісних та високоякісних досліджень.

Форма для проведення оцінки якості якісних джерел (метод критичної оцінки якісних досліджень, *the guide for critically appraising qualitative research*).

	a) Appraisal questions	b) Quality indicators (possible features for consideration)	c) Notes on study being appraised
Findings 1	How credible are the findings?	Findings/conclusions are supported by data/study evidence (<i>i.e. the reader can see how the researcher arrived at his/her conclusions; the 'building blocks' of analysis and interpretation are evident</i>) Findings/conclusions 'make sense'/have a coherent logic Findings/conclusions are resonant with other knowledge and experience (<i>this might include peer or member review</i>) Use of corroborating evidence to support or refine findings (<i>i.e. other data sources have been used to examine phenomena; other research evidence has been evaluated: see also Q14</i>)	
Findings 2	How has knowledge/ understanding been extended by the research?	Literature review (where appropriate) Summarizing knowledge to date/key issues raised by previous research Aims and design of study set in the context of existing knowledge/ understanding; identifies new areas for investigation (<i>for example, in relation to policy/practice/substantive theory</i>) Credible/clear discussion of how findings have contributed to knowledge and understanding (<i>e.g. of the policy, programme or theory being reviewed</i>); might be applied to new policy	

		<p>developments, practice or theory</p> <p>Findings presented or conceptualised in a way that offers new insights/alternative ways of thinking</p> <p>Discussion of limitations of evidence and what remains unknown/unclear or what further information/research is needed</p>	
Findings 3	How well does the evaluation address its original aims and purpose?	<p>Clear statement of study aims and objectives; reasons for any changes in objectives</p> <p>Findings clearly linked to the purposes of the study – and to the initiative or policy being studied</p> <p>Summary or conclusions directed towards aims of study</p> <p>Discussion of limitations of study in meeting aims (<i>e.g. are there limitations because of restricted access to study settings or participants, gaps in the sample coverage, missed or unresolved areas of questioning; incomplete analysis; time constraints?</i>)</p>	
Findings 4	Scope for drawing wider inference – how well is this explained?	<p>Discussion of what can be generalised to wider population from which sample is drawn/case selection has been made</p> <p>Detailed description of the contexts in which the study was conducted to allow applicability to other settings/ contextual generalities to be assessed. Discussion of how hypotheses/propositions/findings may relate to wider theory; consideration of rival explanations</p> <p>Evidence supplied to support claims for wider inference (<i>either from study or from corroborating sources</i>)</p> <p>Discussion of limitations on drawing wider inference (<i>e.g. re-examination of sample and any missing constituencies: analysis of restrictions of study settings for drawing wider inference</i>)</p>	
Findings 5	How clear is the basis of evaluative appraisal?	<p>Discussion of how assessments of effectiveness/evaluative judgements have been reached (<i>i.e. whose judgements are they and on what basis have they been reached?</i>)</p> <p>Description of any formalised appraisal criteria used, when generated and how and by whom they have been applied</p> <p>Discussion of the nature and source of any divergence in evaluative appraisals</p> <p>Discussion of any unintended consequences of intervention, their impact and why they arose</p>	
Design 6	How defensible is the research design?	<p>Discussion of how overall research strategy was designed to meet aims of study</p> <p>Discussion of rationale for study design</p> <p>Convincing argument for different features of research design (<i>e.g. reasons given for different components or stages of research; purpose of particular methods or data sources, multiple methods, time frames etc.</i>)</p> <p>Use of different features of</p>	

		design/data sources evident in findings presented Discussion of limitations of research design and their implications for the study evidence	
Sample 7	How well defended is the sample design/target selection of cases/documents?	Description of study locations/areas and how and why chosen Description of population of interest and how sample selection relates to it (<i>e.g. typical, extreme case, diverse constituencies etc.</i>) Rationale for basis of selection of target sample/settings/documents (<i>e.g. characteristics/features of target sample/settings/documents, basis for inclusions and exclusions, discussion of sample size/number of cases/setting selected etc.</i>) Discussion of how sample/selections allowed required comparisons to be made	
Sample 8	Sample composition/case inclusion – how well is the eventual coverage described?	Detailed profile of achieved sample/case coverage Maximising inclusion (<i>e.g. language matching or translation; specialized recruitment; organised transport for group attendance</i>) Discussion of any missing coverage in achieved samples/cases and implications for study evidence (<i>e.g. through comparison of target and achieved samples, comparison with population etc.</i>) Documentation of reasons for non-participation among sample approached/non-inclusion of selected cases/documents Discussion of access and methods of approach and how these might have affected participation/coverage	
Data collection 9	How well was the data collection carried out?	Discussion of: <ul style="list-style-type: none"> • who conducted data collection • procedures/documents used for collection/recording • checks on origin/status/authorship of documents Audio or video recording of interviews/discussions/conversations (<i>if not recorded, were justifiable reasons given?</i>) Description of conventions for taking Field notes (<i>e.g. to identify what form of observations were required/to distinguish description from researcher commentary/analysis</i>) Discussion of how fieldwork methods or settings may have influenced data collected Demonstration, through portrayal and use of data, that depth, detail and richness were achieved in collection	
Analysis 10	How well has the approach to, and formulation of, the analysis been conveyed?	Description of form of original data (<i>e.g. use of verbatim transcripts, observation or interview notes, documents, etc.</i>) Clear rationale for choice of data management	

		<p>method/tool/package. Evidence of how descriptive analytic categories, classes, labels etc. have been generated and used (<i>i.e. either through explicit discussion or portrayal in the commentary</i>)</p> <p>Discussion, with examples, of how any constructed analytic concepts/typologies etc. have been devised and applied</p>	
Analysis 11	Contexts of data sources – how well are they retained and portrayed?	<p>Description of background or historical developments and social/organizational characteristics of study sites or settings</p> <p>Participants' perspectives/observations placed in personal context (<i>e.g. use of case studies/vignettes/individual profiles, textual extracts annotated with details of contributors</i>)</p> <p>Explanation of origins/history of written documents</p> <p>Use of data management methods that preserve context (<i>i.e. facilitate within case description and analysis</i>)</p>	
Analysis 12	How well has diversity of perspective and content been explored?	<p>Discussion of contribution of sample design/ case selection in generating diversity</p> <p>Description and illumination of diversity/multiple perspectives/alternative positions in the evidence displayed</p> <p>Evidence of attention to negative cases, outliers or exceptions</p> <p>Typologies/models of variation derived and discussed</p> <p>Examination of origins/influences on opposing or differing positions</p> <p>Identification of patterns of association/linkages with divergent positions/groups</p>	
Analysis 13	How well has detail, depth and complexity (i.e. richness) of the data been conveyed?	<p>Use and exploration of contributors' terms, concepts and meanings</p> <p>Unpacking and portrayal of nuance/subtlety/intricacy within data</p> <p>Discussion of explicit and implicit explanations</p> <p>Detection of underlying factors/influences</p> <p>Identification and discussion of patterns of association/conceptual linkages within data</p> <p>Presentation of illuminating textual extracts/observations</p>	
Reporting 14	How clear are the links between data, interpretation and conclusions – i.e. how well can the route to any conclusions be seen?	<p>Clear conceptual links between analytic commentary and presentations of original data (<i>i.e. commentary and cited data relate; there is an analytic context to cited data, not simply repeated description</i>)</p> <p>Discussion of how/why particular interpretation/significance is assigned to specific aspects of data – with illustrative extracts of original data</p> <p>Discussion of how explanations/ theories/conclusions were derived – and how they relate to interpretations and content of original data (<i>i.e. how warranted</i>); whether alternative explanations explored</p>	

		Display of negative cases and how they lie outside main proposition/theory/hypothesis etc.; or how proposition etc. revised to include them	
Reporting 15	How clear and coherent is the reporting?	Demonstrates link to aims of study/research questions Provides a narrative/story or clearly constructed thematic account Has structure and signposting that usefully guide reader through the commentary Provides accessible information for intended target audience(s) Key messages highlighted or summarized	
Reflexivity & Neutrality 16	How clear are the assumptions/theoretical perspectives/values that have shaped the form and output of the evaluation?	Discussion/evidence of the main assumptions/hypotheses/theoretical ideas on which the evaluation was based and how these affected the form, coverage or output of the evaluation (<i>the assumption here is that no research is undertaken without some underlying assumptions or theoretical ideas</i>) Discussion/evidence of the ideological perspectives/values/philosophies of research team and their impact on the methodological or substantive content of the evaluation (<i>again, may not be explicitly stated</i>) Evidence of openness to new/alternative ways of viewing subject/theories/ assumptions (<i>e.g. discussion of learning/concepts/ constructions that have emerged from the data; refinement restatement of hypotheses/theories in light of emergent findings; evidence that alternative claims have been examined</i>) Discussion of how error or bias may have arisen in design/data collection/analysis and how addressed, if at all Reflections on the impact of the researcher on the research process	
Ethics 17	What evidence is there of attention to ethical issues?	Evidence of thoughtfulness/sensitivity about research contexts and participants Documentation of how research was presented in study settings/to participants (<i>including, where relevant, any possible consequences of taking part</i>) Documentation of consent procedures and information provided to participants Discussion of confidentiality of data and procedures for protecting Discussion of how anonymity of participants/sources was protected Discussion of any measures to offer information/advice/services etc. at end of study (<i>i.e. where participation exposed the need for these</i>) Discussion of potential harm or difficulty through participation, and how avoided	
Auditability 18	How adequately has the research process been documented?	Discussion of strengths and weaknesses of data sources and methods Documentation of changes made to design and reasons; implications for	

		study coverage Documentation and reasons for changes in sample coverage/data collection/analytic approach; implications Reproduction of main study documents (<i>e.g. letters of approach, topic guides, observation templates, data management frameworks etc.</i>)	
--	--	--	--

Форма для проведення оцінки для проведення оцінки джерел, що базуються на кількісно-якісній (mixed-methods) та кількісній методології (Downs and Black checklist).

Загальна кількість балів = 26 (питання 14, 15, 27 не будуть оцінюватись, як і рекомендовано в методиці для оцінки mixed methods досліджень)

Reporting

1. *Is the hypothesis/aim/objective of the study clearly described?*

yes	1
no	0

2. *Are the main outcomes to be measured clearly described in the Introduction or Methods section?*
If the main outcomes are first mentioned in the Results section, the question should be answered no.

yes	1
no	0

3. *Are the characteristics of the patients included in the study clearly described ?*
In cohort studies and trials, inclusion and/or exclusion criteria should be given. In case-control studies, a case-definition and the source for controls should be given.

yes	1
no	0

4. *Are the interventions of interest clearly described?*
Treatments and placebo (where relevant) that are to be compared should be clearly described.

yes	1
no	0

5. *Are the distributions of principal confounders in each group of subjects to be compared clearly described?*
A list of principal confounders is provided.

yes	2
partially	1
no	0

6. *Are the main findings of the study clearly described?*
Simple outcome data (including denominators and numerators) should be reported for all major findings so that the reader can check the major analyses and conclusions. (This question does not cover statistical tests which are considered below).

yes	1
no	0

7. *Does the study provide estimates of the random variability in the data for the main outcomes?*
In non normally distributed data the inter-quartile range of results should be reported. In normally distributed data the standard error, standard deviation or confidence intervals should be reported. If the distribution of the data is not described, it must be assumed that the estimates used were appropriate and the question should be answered yes.

yes	1
no	0

8. *Have all important adverse events that may be a consequence of the intervention been reported?*
This should be answered yes if the study demonstrates that there was a comprehensive attempt to measure adverse events. (A list of possible adverse events is provided).

yes	1
no	0

9. *Have the characteristics of patients lost to follow-up been described?*

This should be answered yes where there were no losses to follow-up or where losses to follow-up were so small that findings would be unaffected by their inclusion. This should be answered no where a study does not report the number of patients lost to follow-up.

yes	1
no	0

10. *Have actual probability values been reported(e.g. 0.035 rather than <0.05) for the main outcomes except where the probability value is less than 0.001?*

yes	1
no	0

External validity

All the following criteria attempt to address the representativeness of the findings of the study and whether they may be generalised to the population from which the study subjects were derived.

11. *Were the subjects asked to participate in the study representative of the entire population from which they were recruited?*

The study must identify the source population for patients and describe how the patients were selected. Patients would be representative if they comprised the entire source population, an unselected sample of consecutive patients, or a random sample. Random sampling is only feasible where a list of all members of the relevant population exists. Where a study does not report the proportion of the source population from which the patients are derived, the question should be answered as unable to determine.

Yes	1
No	0
unable to determine	0

12. *Were those subjects who were prepared to participate representative of the entire population from which they were recruited?*

The proportion of those asked who agreed should be stated. Validation that the sample was representative would include demonstrating that the distribution of the main confounding factors was the same in the study sample and the source population.

Yes	1
No	0
unable to determine	0

13. *Were the staff, places, and facilities where the patients were treated, representative of the treatment the majority of patients receive?*

For the question to be answered yes the study should demonstrate that the intervention was representative of that in use in the source population. The question should be answered no if, for example, the intervention was undertaken in a specialist centre unrepresentative of the hospitals most of the source population would attend.

Yes	1
No	0
unable to determine	0

Internal validity - bias

14. *Was an attempt made to blind study subjects to the intervention they have received ?*

For studies where the patients would have no way of knowing which intervention they received, this should be answered yes.

Yes	1
No	0
unable to determine	0

15. Was an attempt made to blind those measuring the main outcomes of the intervention?

Yes	1
No	0
unable to determine	0

16. If any of the results of the study were based on "data dredging", was this made clear?

Any analyses that had not been planned at the outset of the study should be clearly indicated. If no retrospective unplanned subgroup analyses were reported, then answer yes.

Yes	1
No	0
unable to determine	0

17. In trials and cohort studies, do the analyses adjust for different lengths of follow-up of patients, or in case-control studies, is the time period between the intervention and outcome the same for cases and controls ?

Where follow-up was the same for all study patients the answer should be yes. If different lengths of follow-up were adjusted for by, for example, survival analysis the answer should be yes. Studies where differences in follow-up are ignored should be answered no.

Yes	1
No	0
unable to determine	0

18. Were the statistical tests used to assess the main outcomes appropriate?

The statistical techniques used must be appropriate to the data. For example nonparametric methods should be used for small sample sizes. Where little statistical analysis has been undertaken but where there is no evidence of bias, the question should be answered yes. If the distribution of the data (normal or not) is not described it must be assumed that the estimates used were appropriate and the question should be answered yes.

Yes	1
No	0
unable to determine	0

19. Was compliance with the intervention/s reliable?

Where there was noncompliance with the allocated treatment or where there was contamination of one group, the question should be answered no. For studies where the effect of any misclassification was likely to bias any association to the null, the question should be answered yes.

Yes	1
No	0
unable to determine	0

20. Were the main outcome measures used accurate (valid and reliable)?

For studies where the outcome measures are clearly described, the question should be answered yes. For studies which refer to other work or that demonstrates the outcome measures are accurate, the question should be answered as yes.

Yes	1
No	0
unable to determine	0

Internal validity - confounding (selection bias)

21. *Were the patients in different intervention groups (trials and cohort studies) or were the cases and controls (case-control studies) recruited from the same population?*

For example, patients for all comparison groups should be selected from the same hospital. The question should be answered unable to determine for cohort and casecontrol studies where there is no information concerning the source of patients included in the study.

Yes	1
No	0
unable to determine	0

22. *Were study subjects in different intervention groups (trials and cohort studies) or were the cases and controls (case-control studies) recruited over the same period of time?*

For a study which does not specify the time period over which patients were recruited, the question should be answered as unable to determine.

Yes	1
No	0
unable to determine	0

23. *Were study subjects randomised to intervention groups?*

Studies which state that subjects wererandomised should be answered yes except where method of randomisation would not ensure random allocation. For example alternate allocation would score no because it is predictable.

Yes	1
No	0
unable to determine	0

24. *Was the randomised intervention assignment concealed from both patients and health care staff until recruitment was complete and irrevocable?*

All non-randomised studies should be answered no. If assignment was concealed from patients but not from staff, it should be answered no.

Yes	1
No	0
unable to determine	0

25. *Was there adequate adjustment for confounding in the analyses from which the main findings were drawn?*

This question should be answered no for trials if: the main conclusions of the study were based on analyses of treatment rather than intention to treat; the distribution of known confounders in the different treatment groups was not described; or the distribution of known confounders differed between the treatment groups but was not taken into account in the analyses. In nonrandomised studies if the effect of the main confounders was not investigated or confounding was demonstrated but no adjustment was made in the final analyses the question should be answered as no.

Yes	1
No	0
unable to determine	0

26. *Were losses of patients to follow-up taken into account?*

If the numbers of patients lost to follow-up are not reported, the question should be answered as unable to determine. If the proportion lost to follow-up was too small to affect the main findings, the question should be answered yes.

<i>Yes</i>	<i>1</i>
<i>No</i>	<i>0</i>
<i>unable to determine</i>	<i>0</i>

Power

27. *Did the study have sufficient power to detect a clinically important effect where the probability value for a difference being due to chance is less than 5%?*

Sample sizes have been calculated to detect a difference of x% and y%

	Size of <i>smallest</i> intervention group	
A	<n1	0
B	n1-n2	1
C	n3-n4	2
D	n5-n6	3
E	n7-n8	4
F	n8+	5

Додаток 2. PRISMA 2009 Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	

Додаток 3. КАРТКА ІНТЕРВ'ЮЕРА (Debriefing form)

Код інтерв'ю:

- **Ім'я інтерв'юера:**
 - **Дата (ДД/ММ/РРРР):**
 - **Країна, місто, місце проведення інтерв'ю:**
 - **Час початку:**
 - **Час закінчення:**
1. Опишіть профайл респондента? (Наприклад, стать, приблизний вік, сімейний стан, рівень освіти, рівень доходу і основне джерело доходу, основний наркотик, стаж споживання).
 2. Яке загальне враження від інтерв'ю?
 3. Яке ставлення було у респондента? (як поводив себе респондент)
 4. Позитивні моменти інтерв'ю?
 5. Негативні моменти інтерв'ю? (логістика, ставлення респондента, вплив зовнішніх факторів, тощо)
 6. Яку ключову інформацію (для наступних інтерв'ю – яку нову інформацію) Ви отримали ?
 7. Питання, які потребують додаткового уточнення?
 8. Спостереження, коментарі інтерв'юера.

Додаток 4. Гайд для проведення напівструктурованих якісних інтерв'ю з ЛВІН

Місце та час проведення інтерв'ю:

- Буде погоджено з кожним учасником інтерв'ю окремо.

Тривалість:

- ~1-1.5 години

Обладнання та документація:

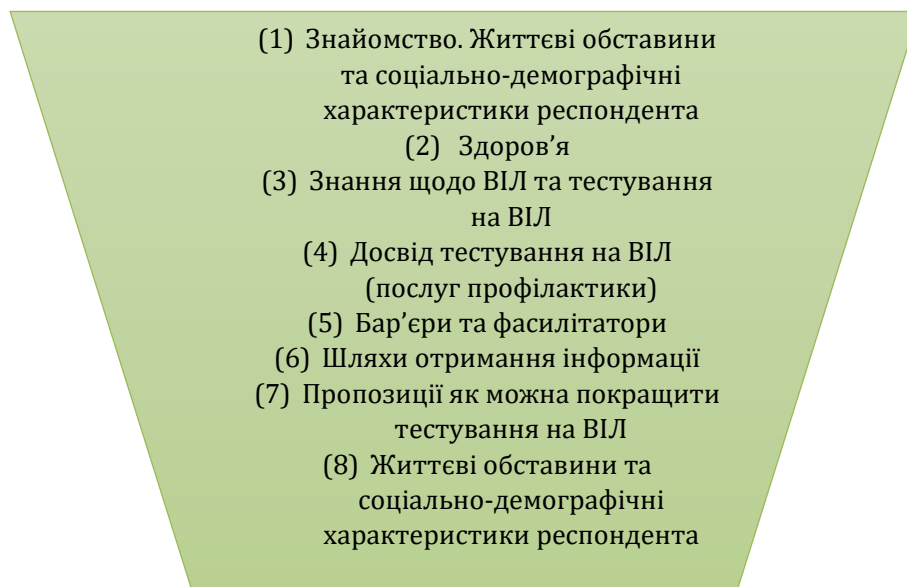
- Диктофон.
- Мобільний телефон (з окремою карткою для даного дослідження) або комп'ютер (з окремим акаунтом Скайпа).
- Роздрукована інформаційна згода (якщо інтерв'ю проводиться особисто).
- Гайд інтерв'ю.
- Картка інтерв'юера.

Важливо(!) перевірити батарею комп'ютера та (або) мобільного телефону, мати підзарядний пристрій, а також перевірити якість Інтернет з'єднання.

Завдання:

- Описати портрет і потреби ЛВІН, які не користуються та користуються послугами з профілактики;
- Визначити бар'єри та фасилітатори серед ЛВІН до програм тестування на ВІЛ.
- Встановити наявні та затребувані канали отримання інформації щодо профілактичних послуг і тестування;
- Ідентифікувати способи та шляхи інформування ЛВІН щодо профілактичних послуг; причини відмови ЛВІН від профілактичних послуг та можливі зміни в наявних програмах; та послуги, які потребують ЛВІН.

Підхід до проведення інтерв'ю: від загального до специфічного



Знайомство.

А) Розкажіть будь ласка про себе.

Уточнення (probes):

- Скільки Вам років?
- Де Ви проживаєте?
- Розкажіть будь ласка про вашу сім'ю? Чи є у вас діти? З ким ви проживаєте?
- Хто є для вас вашими близькими людьми? *(УВАГА! Респондент має сам надати визначення «близькому оточенню», так сім'я чи діти, наприклад, можуть не входити в дане поняття, а друзі чи дилери, навпаки можуть входити?).* Чому так?
- Розкажіть про роль близького оточення у вашому житті? До кого би ви звернулись за допомогою? Чому так? Яку роль відіграють ці люди у питаннях Вашого здоров'я?
- Чим займаєтесь? Ви працюєте? Розкажіть будь ласка детальніше про свою роботу?
- Яким є ваш достаток (дохід)?

Б) Опишіть Ваш день, будь ласка.

Уточнення:

- Розкажіть про те що ви робите зранку? Протягом дня? Ввечері?
- Можете навести приклад?

1. Тепер я би хотіла (ів) поговорити про здоров'я.

А). Скажіть будь ласка що для вас означає бути здоровим? Чому так? Опишіть ваше ставлення до свого здоров'я?

Уточнення:

- Спробуйте згадати останній випадок, коли Ви хворіли. Опишіть будь ласка цей досвід. Що Ви робили в такій ситуації? Ви звертались за медичною допомогою? Чи завжди Ви звертаєтесь до лікаря, коли хворієте (самолікування)? За якою медичною допомогою Ви звертаєтесь? (Якщо не звертались уточніть, чому ні).
- Спробуйте згадати останній випадок, коли Ви звертались за медичною допомогою? Опишіть, будь ласка, цей досвід. Чому саме такою? (Уточніть чи пропонували під час таких візитів респонденту пройти тестування на ВІЛ. Якщо так, то попросіть описати цей досвід).
- Яка ваша думка про профілактичні медичні огляди?

2. Знання про ВІЛ та програми профілактики та лікування.

А) Розкажіть, будь ласка, що Ви знаєте про ВІЛ?

Уточнення:

- Коли Ви вперше почули, що існує такий вірус? Яким чином ви отримали цю інформацію? (джерело)

Б) Що Ви знаєте про програми профілактики ВІЛ, які працюють у *(місто)*?

Уточнення:

- Що пропонують в програмах профілактики ВІЛ?
- Яку допомогу можна отримати від організацій, які займаються профілактикою ВІЛ?
- Яка специфічна допомога для людей, які вживають ін'єкційні наркотики?

В) Ви берете участь в програмах профілактики ВІЛ? *(уточнити про програми Замісної терапії, лікування на ВІЛ)* Чому?

Уточнення:

- Якими профілактичними послугами користуєтесь? Яку допомогу отримуєте? Від кого Ви її отримуєте? Чому лише цю?
- Ви звертались до неурядових організацій? Яких саме? За якими послугами? Чому саме ці послуги? Розкажіть про свій останній досвід звернення.
- Чому Ви не користуєтесь профілактичними послугами / припинили користування? Розкажіть про це детальніше.
- Опишіть той перелік послуг, які би ви хотіли отримувати? Чому саме ці послуги? Що на вашу думку можна вдосконалити? Чому? Як саме?

Г) Ви знаєте про можливість проходити тестування на ВІЛ в програмах профілактики?

3. Досвід тестування.

А) Розкажіть, будь ласка, чи проходили Ви коли-небудь тест на ВІЛ?

Уточнення:

- Де і за яких обставин Ви проходили тестування?
- Як часто Ви проходите тестування?
- Чому Ви вперше вирішили пройти тест на ВІЛ? *(уточнити про тестування в НУО)*
- Чому робили наступні тести?
- *(для тих, хто не проходив тест)* Чому Ви не робили тест на ВІЛ?
- *(якщо людина користувалась іншими послугами, але тест не проходила)* Чому Ви отримували *(послуга)*, але не проходили тест?

Б) Опишіть, будь ласка, останній раз, коли Ви проходили тестування?

Уточнення:

- Що потрібно для перевірки на ВІЛ?
- Наскільки це складно?
- Де саме?
- Скільки часу витратили?
- Коли дізнались результат? Яким способом вам повідомили результат тестування?
- Що відбувалось до, під час та після тестування?

В) Ви знаєте, що можна робити, якщо тест виявиться позитивним?

Уточнення:

- Куди потрібно звертатися по допомогу?
- Як отримати лікування?
- Що для цього потрібно?
- Чи це складний процес?

4. Бар'єри та фасилітатори до тестування на ВІЛ

А) На Вашу думку, чому люди, які вживають наркотики, проходять тестування? А тепер, мені би хотілось поговорити про ті причини, з яких люди що вживають наркотичні речовини не проходять тестування на ВІЛ? Чому на Вашу думку люди, що вживають наркотики не проходять тестування?

Уточнення:

- Хто серед ЛВІН проходить тестування регулярно? Чому, як вам здається це так?

Б) Чому Ви (або Ваші знайомі) час від часу проходите тестування? Чому Ви (або Ваші знайомі) вирішили пройти тестування (*якщо йдеться про одиничний випадок*). Чи можете ви навести приклад?

В) Хто або що перешкоджає Вам (або Вашим знайомим) час від часу проходити тестування / пройти тестування (*якщо йдеться про одиничний випадок*).

Г) Чи є серед Ваших знайомих такі, які не хочуть проходити тестування? Чому? Розкажіть, будь ласка, детальніше?

Уточнення:

- Що Ви думаєте про постановку на диспансерний облік у медичних закладах людей, що вживають наркотичні речовини, і які живуть з ВІЛ? Чому?
- Що Ви думаєте про лікування на ВІЛ людей які вживають наркотичні речовини? Чому ви так думаєте?

5. Шляхи отримання інформації

А) Звідки Ви, зазвичай, дізнаєтесь новини? Чи цікавить Вас інформація щодо здоров'я? Звідки Ви, зазвичай, дізнаєтесь інформацію щодо здоров'я? Яким джерелам інформації щодо здоров'я або ВІЛ-інфекції Ви довіряєте? Чому?

Б) Як би хотіли отримувати інформацію про програми профілактики ВІЛ? Від кого?

В) Як найкраще інформувати про тестування, аби тести на ВІЛ проходило більше людей, які вживають ін'єкційні наркотики? Результати тестування на ВІЛ?

Ви коли-небудь бачили оголошення про тестування на ВІЛ на телебаченні, на сайтах, у соціальних мережах, на банерах тощо? Що Ви думаєте про таку рекламу? Чому?

6. Пропозиції вдосконалення/покращення тестування

А) Якщо говорити про програми профілактики ВІЛ, що на Вашу думку потребує удосконалення? Чому?

Б) Якби Ви могли змінити будь-що процедурі консультування та тестування, що б Ви змінили? Які послуги потрібні Вам? ? Яким чином Ви хотіли б отримувати ці послуги? Від кого?

В) Як Ви вважаєте, що потрібно зробити, аби більше людей, які вживають ін'єкційні наркотики проходили тестування на ВІЛ?

Г) Як Ви вважаєте, що потрібно зробити, аби більше людей, які вживають ін'єкційні наркотики, звертались за лікуванням (АРТ) після позитивного результату тесту? Що Ви думаєте про можливість отримати АРТ одразу після тестування на ВІЛ?

Д) Чи знаєте Ви про існування слинових тестів, якими можна користуватись в домашніх умовах? Що ви думаєте про тестування на ВІЛ вдома за допомогою слинових тестів для людей, що вживають наркотичні речовини? Чому ви так думаєте?

Небезпечні сексуальні та ін'єкційні практики:

- Кількість сексуальних партнерів (за останні пів року)
- Вживання алкоголю, частота.
- Який наркотик, здебільшого, вживаєте? І яким способом? Частота
- Що для вас є ризикованою поведінкою? Чому? Наведіть приклади. Як Ви вважаєте, які ризики щодо ВІЛ існують у людей, які вживають ін'єкційні наркотики? Чому Ви так вважаєте?
- Чи намагаєтесь Ви зменшити цей ризик? Як? В яких випадках Ви використовуєте стерильні голки та шприци? А як щодо презервативів? Чому?

Інформована згода

Підказка інтерв'юєру виділені курсивом: Дякую, що погодились прийняти участь у дослідженні (повна назва). Мене звати (ім'я), я представляю (назва організації).

Поясніть учаснику, що:

- Вас запросили прийняти участь у дослідженні, яке має на меті з'ясувати як можна покращити тестування на ВІЛ в рамках програм профілактики ВІЛ (асистоване тестування, яке здійснюють швидкими тестами) для того, щоб люди, які вживають ін'єкційні наркотики тестувались більше, або ті, хто ніколи не тестувались – протестувались.
- Нам важливо зібрати різні думки і точки зору, а також отримати пропозиції щодо того, як покращити тестування на ВІЛ та зробити його більш доступним. Тому ми хочемо дізнатись про ваш особистий досвід та думки щодо тестування на ВІЛ. Ваші досвід та думки допоможуть нам вдосконалити програми профілактики ВІЛ в Україні.
- Ми хочемо покращити саме тестування на ВІЛ, тому ми не можемо гарантувати, що інші потреби, які у вас є ми зможемо забезпечити.
- Ми не будемо питати вас про ваш ВІЛ статус або про результати тестування на ВІЛ. Лише, якщо ви самі повідомити ваш ВІЛ статус, то ми обговоримо деякі додаткові питання.
- Чи є у вас якісь запитання або можливо, щось було незрозумілим?

Інформована згода:

Як ми і обговорювали попередньо та як вам пояснював соціальний робітник (*назвіть рекрутера*) в даному інтерв'ю мене будуть цікавити ваші думки і ваш досвід тестування на ВІЛ швидкими тестами. Я не буду запитувати вас про ваш ВІЛ статус або результат вашого тесту. Лише, якщо ви, з власного бажання, забажаєте обговорити цю тему, та повідомити мені ваш ВІЛ статус або результат тестування на ВІЛ, я задам вам питання на цю тему. Так, як ми будемо говорити про ваш особистий досвід, дана розмова може викликати неприємні емоції. Ви можете задавати будь-які уточнюючі питання та відмовитись відповідати на питання або припинити інтерв'ю у будь-який момент, не вказуючи причину.

Інтерв'ю триватиме близько 1 - 1,5 години. Воно буде проходити анонімно, тобто ви можете використовувати будь-яке ім'я для нашої бесіди. Ми не будемо зберігати це ім'я під час аналізу даних чи на будь-якому іншому етапі роботи, оскільки для кожного інтерв'ю ми будемо використовувати спеціальний код (порядковий номер проведення інтерв'ю).

В рамках дослідження передбачена компенсація за ваш час, затрачений на цю розмову (у розмірі 350 гривень). Кошти ви отримаєте готівкою після закінчення інтерв'ю (якщо інтерв'ю телефонне або онлайн додати, що через рекрутера після проведення інтерв'ю). За отримання даної винагороди, ми попросимо підписатись у відомості, використовуючи те ім'я, яке ви використовували під час даної розмови.

Ми хочемо записати дану розмову на диктофон. Цей запис буде використано лише в даному дослідженні, і він буде доступний (зберігатись) лише дослідникам, залученим в даний проект. Чи маю я дозвіл на запис нашої розмови?

Увімкніть диктофон, якщо надано дозвіл. (Якщо дозвіл не надано, інтерв'юер буде робити записи, які потім будуть аналізуватись. В такому випадку, інтерв'ю може тривати довше про що буде повідомлено учасника).

Як ми і обговорювали попередньо та як вам пояснював соціальний робітник (назвіть рекрутера) в даному інтерв'ю мене будуть цікавити ваші думки і ваш досвід тестування на ВІЛ швидкими тестами. Я не буду запитувати вас про ваш ВІЛ статус або результат вашого тесту. Лише, якщо ви, з власного бажання, забажаєте обговорити цю тему, та повідомити мені ваш ВІЛ статус або результат тестування на ВІЛ, я задам вам питання на цю тему. Так, як ми будемо говорити про ваш особистий досвід, дана розмова може викликати неприємні емоції. Ви можете задавати будь-які уточнюючі питання та відмовитись відповідати на питання або припинити інтерв'ю у будь-який момент, не вказуючи причину.

Інтерв'ю триватиме близько 1-1,5 години. Воно буде проходити анонімно, тобто ви можете використовувати будь-яке ім'я для нашої бесіди. Ми не будемо зберігати це ім'я під час аналізу даних чи на будь-якому іншому етапі роботи, оскільки для кожного інтерв'ю ми будемо використовувати спеціальний код (порядковий номер проведення інтерв'ю).

Як компенсація за час, затрачений для участі у інтерв'ю ви отримаєте 350 гривень (вказіть умови отримання і наголосіть про відомість та підпис).

Ви згодні продовжити наше інтерв'ю?

Інформована згода на участь в інтерв'ю (роздрукуйте на окремому аркуші)

В даному інтерв'ю мене будуть цікавити ваші думки і ваш досвід тестування на ВІЛ швидкими тестами. Я не буду запитувати вас про ваш ВІЛ статус або результат вашого тесту. Лише, якщо ви, з власного бажання, забажаєте обговорити цю тему, та повідомити мені ваш ВІЛ статус або результат тестування на ВІЛ, я задам вам питання на цю тему. Так, як ми будемо говорити про ваш особистий досвід, дана розмова може викликати неприємні емоції. Ви можете задавати будь-які уточнюючі питання та відмовитись відповідати на питання або припинити інтерв'ю у будь-який момент, не вказуючи причину.

Інтерв'ю триватиме близько 1-1,5 години. Воно буде проходити анонімно, тобто ви можете використовувати будь-яке ім'я для нашої бесіди. Ми не будемо зберігати це ім'я під час аналізу даних чи на будь-якому іншому етапі роботи, оскільки для кожного інтерв'ю ми будемо використовувати спеціальний код (порядковий номер проведення інтерв'ю).

Розмова буде записана на диктофон. Цей запис буде використано лише в даному дослідженні, і він буде доступний (зберігатись) лише дослідникам та ініціаторам, залученим в даний проект.

В рамках дослідження передбачена винагорода за ваш час, затрачений на цю розмову (у розмірі 350 гривень). Кошти ви отримаєте готівкою після закінчення інтерв'ю (*якщо інтерв'ю телефонне або онайн додати, що через рекрутера*). За отримання даної винагороди, ми попросимо підписатись у відомості, використовуючи те ім'я, яке ви використовували під час даної розмови.

Ви погоджуєтесь на участь ?

Підпис учасника

ДД/ММ/РР

Додаток 5 Угода про використання даних і конфіденційність для залученого в дослідження персоналу

Населений пункт: _____

Організація: _____

ПІБ: _____

Роль в проєкті: _____

Інформація, отримана під час цього дослідження є суворо конфіденційною, та була надана учасниками дослідження із розумінням того, що вона зберігатиметься у суворій таємниці.

Помітьте кожен пункт і поставте свій підпис під ним, щоб засвідчити, що Ви зобов'язуєтесь дотримуватись цих правил.

№	Зобов'язання	Примітка
1	Я не буду намагатись встановити особистість учасників дослідження	
2	Я розумію всі аспекти безпеки та конфіденційності даних, і зобов'язуюсь дотримуватись їх під час реалізації проєкту	
3	Я не буду надавати дані жодним дослідникам, окрім тих, які працюють над цим же проєктом і підписали примірник цієї Угоди	
4	Я не буду оприлюднювати дані чи інформацію з будь-якою метою, окрім тієї, що визначена Протоколом або Стандартними операційними процедурами, або на виконання вимог закону	
5	Я не буду розповсюджувати жодну частину даних даних будь-кому, хто не є учасником команди дослідження, окрім випадків, передбачених законом.	
6	Я погоджуюся не намагатися повторно ідентифікувати джерело будь-якої наданої інформації	
7	Я розумію, що від мене вимагається забезпечити надійне зберігання всіх даних (паперові форми чи електронні бази даних), що мені доступні	

Підпис співробітника: _____

Дата: _____

Невиконання цих правил має наслідком відмову Вам у подальшому доступі до даних і накладення будь-яких відповідних санкцій, включно з кримінальною відповідальністю, у випадках, якщо не передбачено.

Дякуємо,

команда дослідження

Додаток 7 Скринінг респондента

Населений пункт: _____

Регіональний координатор-рекрутер: _____

Унікальний код учасника: _____

Категорія учасника: _____

Добрий день! Мене звати _____, я представляю _____. МБФ «Альянс громадського здоров'я» проводиться дослідження серед людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини, щодо їх досвіду тестування на ВІЛ в рамках програм профілактики ВІЛ-інфекції. Результати цього дослідження допоможуть організаціям покращити послуги для людей, які вживають наркотичні речовини, зробити їх більш зручними та корисними. Ваші участь, думки та пропозиції дуже важливі та цінні для нас. Я задам Вам декілька уточнюючих питань, щоб зрозуміти чи підходить Ви для участі в дослідженні. Чи готові Ви на них відповісти? Завчасно дякуємо за приділений час.

1. Скажіть, будь ласка, вживали Ви ін'єкційні наркотичні речовини протягом останніх 30 днів чи ні?

1	Так	→	ПРОДОВЖИТИ
2	Ні	→	ЗАВЕРШИТИ

2. Який ін'єкційний наркотик Ви вважаєте основним для себе?

3. Скільки коштує одна доза Вашого основного наркотику (у грн)?

4. Ви проживаєте / навчаєтесь / працюєте у цьому місті щонайменше 3 місяці чи ні?

1	Так	→	ПРОДОВЖИТИ
2	Ні	→	ЗАВЕРШИТИ

5. Скільки Вам повних років? *Запишіть* _____

1	До 14 років	→	ЗАВЕРШИТИ
2	Від 15 до 19 років	→	ПРОДОВЖИТИ
3	Від 20 до 29 років	→	ПРОДОВЖИТИ
4	Від 30 років і старше	→	ПРОДОВЖИТИ

6. Я не запитую у Вас про результат, але чи робили проходили Ви колись тестування на ВІЛ?

1	Так	→	ПРОДОВЖИТИ з питання 7.
2	Ні	→	ПРОДОВЖИТИ з питання 10.

7. Я не запитую у Вас про результат, але чи знаєте Ви свій ВІЛ-статус?

1	Так	→	ПРОДОВЖИТИ з питання 8.
2	Ні	→	ПРОДОВЖИТИ з питання 10.

8. Чи хотіли б Ви повідомити про свій ВІЛ-статус? (Для тих, хто відповів «Так» на питання 7).

1	Так	→	ПРОДОВЖИТИ
2	Ні	→	ЗАВЕРШИТИ

9. Який у Вас ВІЛ-статус?

1	Позитивний	→	ПЕРЕВІРТЕ КВОТУ
2	Негативний	→	ПЕРЕВІРТЕ КВОТУ

9. (Для тих, хто відповів «Ні» на питання 6). Чи проходили Ви коли-небудь тестування на ВІЛ?

1	Так	→	ЗАВЕРШИТИ
2	Ні	→	ПРОДОВЖИТИ

10. Скажіть, будь ласка, чи Ви... (рекрутер, перевірте квоту)

№	Категорія / питання	Так	Ні
1	Ніколи не звертались до профілактичних програм та не проходили тестування на ВІЛ у її межах	1	2
2	Почали користуватись профілактичними програмами ВІЛ протягом останніх 6 місяців і користуються зараз	1	2
3	Користувались профілактичними програмами протягом останніх 6 місяців, але відмовились від подальшої участі	1	2
4	Ніколи не тестувались на ВІЛ та не знають про свій ВІЛ статус	1	2

11. Чи є у Вас можливість приділити 1-1,5 години свого часу у найближчий час та поспілкуватись з нашим інтерв'юером?

1	Так	→	<i>Рекрутере, домовтесь з респондентом про дату та час проведення інтерв'ю</i>
2	Ні	→	ЗАВЕРШИТИ

12. Ви готові поширювати інформацію про це дослідження серед своїх знайомих?

1	Так	→	ПРОДОВЖИТИ
2	Ні	→	<i>Рекрутере, подякуйте і ще раз проговоріть дату та час проведення інтерв'ю</i>

13. Якщо так – серед Ваших знайомих, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини, є люди, які... (Рекрутере, зафіксуйте інформацію про знайомих респондента, та після завершення інтерв'ю / після видачі компенсації за участь, проговоріть можливий зв'язок з потенційними учасниками з числа знайомих)

№	Категорія / питання	Так	Ні	Не знаю
1	Ніколи не звертались до профілактичних програм та не проходили тестування на ВІЛ у її межах	1	2	3
2	Почали користуватись профілактичними програмами ВІЛ протягом останніх 6 місяців і користуються зараз	1	2	3
3	Користувались профілактичними програмами протягом останніх 6 місяців, але відмовились від подальшої участі	1	2	3
4	Ніколи не тестувались на ВІЛ та не знають про свій ВІЛ статус	1	2	3

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Baral, S., Logie, C. H., Grosso, A., Wirtz, A. L., & Beyrer, C. , *Modified social ecological model: A tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics*. BMC Public Health, 2013. **13**(1): p. 482.
2. Bekker, L.G., Johnson, L., Cowan, F., Overs, C., Besada, D., Hillier, S., & Cates, W. , *Combination HIV prevention for female sex workers: What is the evidence?* The Lancet, 2014. **385**(9962): p. 72–87.
3. Bronfenbrenner, U., *The ecology of human development: experiments by nature and design*. , ed. H.U. PRESS. 1979.
4. Kerrigan, D.L., et al., *Community empowerment among female sex workers is an effective HIV prevention intervention: a systematic review of the peer-reviewed evidence from low- and middle-income countries*. AIDS and behavior, 2013. **17**(6): p. 1926-1940.
5. Beausoleil, K.M., *Populations-specific HIV/AIDS status report: Using the determinants of health as a lens to examine HIV vulnerability and resilience among women*. Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology, 2011. **22**: p. 116B-117B.
6. Figueroa, J.P., et al., *Understanding the high prevalence of HIV and other sexually transmitted infections among socio-economically vulnerable men who have sex with men in jamaica*. PLoS ONE, 2015. **10**(2).
7. Muchomba, F.M., J.S.H. Wang, and L.M. Agosta, *Women's land ownership and risk of HIV infection in Kenya*. Social Science and Medicine, 2014. **114**: p. 97-102.
8. Aglipay, M., et al., *The association between condom use and the quality of relationships in the social networks of vulnerable people*. American Journal of Epidemiology, 2012. **176** (1): p. 81.
9. UNAIDS, *Policy brief: Criminalisation of HIV transmission*. 2008.
10. Anish P. Mahajan, J.N.S., Vishal A. Patel, Robert H. Remien, Daniel, Ortiz, Greg Szekeres, and Thomas J. Coates, *Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward*. AIDS, 2008. **22**(2).
11. Anne L Stangl, J.K.L., Laura M Brady, Claire E Hollandand Stefan Baral, *A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come?* Journal of International AIDS Society, 2013. **16**(2).
12. Kate Shannona, S.M.G., Kathleen N. Deeringa, Steffanie A. Strathdee, S., *HIV INFECTION AMONG FEMALE SEX WORKERS IN CONCENTRATED AND HIGH PREVALENCE EPIDEMICS: WHY A STRUCTURAL DETERMINANTS FRAMEWORK IS NEEDED*. Curr Opin HIV AIDS., 2014. **9**(2): p. 174–182.
13. Liz Spencer, J.R., Jane Lewis and Lucy Dillon, *Quality in Qualitative Evaluation: A framework for assessing research evidence*, in National Centre for Social Research. 2003.
14. Downs, S.H., & Black, N. , *The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions*. Journal of Epidemiology and Community Health,, 1997. **52**: p. 377–384.
15. Ковалев ЕЖ, Ш.И.Е., *Качественные методы в полевых социологических исследованиях*, ed. М. Логос. 1999.
16. A., E.-G., *Finding the Hidden Participant: Solutions for Recruiting Hidden, Hard-to-Reach, and Vulnerable Populations*. International Journal of Qualitative Methods 2015: p. 1-10.
17. C., M.N.a.P., *Qualitative research in health care*, ed. O.B. publishing. 2006.
18. L., B.B., *Qualitative Research Methods for the Social Science*, ed. C.S. University. 2004.
19. A., Б.С., *Глубокое интервью* ed. М. Никколо-Медиа. 2001. 320.
20. Judith Green, N.T., *Qualitative Methods for Public Health*. 2004: SAGE, London.