

ПРОБЛЕМИ АРВ-ТЕРАПІЇ ОСІБ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ/СНІДОМ, ТА СТРАТЕГІЇ ДІЙ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЩОДО ДОПОМОГИ ТАКИМ ОСОБАМ

Статтю присвячено проблемі формування прихильності до високоактивної антиретровірусної терапії. Висвітлено такі аспекти, як: розширення доступу до лікування в контексті епідемії ВІЛ/СНІД, фактори, що впливають на формування прихильності до ВААРТ, моделі та компоненти втручання, спрямованого на формування прихильності до ВААРТ. Описано когнітивну, афективну та поведінкову моделі втручання. Також зроблено акцент на особливостях роботи з окремими групами клієнтів, зокрема, споживачами ін'єкційних наркотичних речовин.

Вступ

Проблема поширення ВІЛ/СНІДу вже давно набула всеохопного характеру в світі. За даними всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [6], у 2004 р. у світі від СНІДу померло 6,4 мільйона людей. Понад 40 мільйонів людей у світі вже інфіковано ВІЛ.

Епідемія швидко поширюється і в Україні. За даними досліджень Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДОм [12; 20], станом на 1 жовтня 2005 р. в Україні офіційно було зареєстровано 85 655 ВІЛ-інфікованих, з них 10 529 дітей.

Проте потенційно існує й інша статистика, яка є ще невблаганнішою. За даними ВООЗ [23], загальна кількість інфікованих може бути набагато вищою - майже півмільйона ВІЛ-інфікованих осіб, що становить близько 1 % загальної кількості дорослого населення України.

Ситуація, що склалася, вимагає негайних дій, тому мобілізація зусиль та ресурсів на подолання епідемії набуває особливого значення. Адже у зв'язку зі збільшенням кількості ВІЛ-інфікованих зростає і кількість хворих, що потребують лікування, підтримки та догляду.

Антиретровірусна терапія (АРТ), або високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ), або ж комбінована терапія (або три-чотири-терапія) - це лікування, яке дає змогу подовжити стадію безсимптомного вірусноносійства та віддалити клінічні прояви СПІД. Вона передбачає одночасне застосування комбінації з трьох і більше антиретровірусних препаратів і є стандартним методом лікування ВІЛ-інфекції.

За останній рік Україна зробила значні успіхи у галузі розширення доступу до антиретрові-

русного лікування. Зокрема, заслуговує на увагу взаємодія з Глобальним фондом боротьби зі СНІДОм, туберкульозом та малярією (ГФ), яка завершилася отриманням гранту на реалізацію програми «Забезпечення лікування, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ/СНІДОм, зниження негативних наслідків епідемії ВІЛ/СНІД, розробка та запровадження системи контролю епідемії ВІЛ/СНІД, управління, моніторингу та оцінки програми попередження ВІЛ/СНІД». У межах цієї програми було передбачено широкомасштабне лікування хворих на СНІД в Україні: у 2004 р. було заплановано розпочати лікування 2 тис. дорослих і 100 дітей [1; 5; 20]. На наступному етапі реалізації програми планується збільшити кількість людей, які отримуватимуть антиретровірусну терапію, до чотирьох тисяч.

Однією з основних проблем в контексті розширення доступу до антиретровірусного лікування є забезпечення ефективності цього лікування, яке можливе лише за умови вироблення у самих хворих бажання та мотивації до системності лікування. Адже лікування - це не лише забезпечення антиретровірусними препаратами, а й дотримання схеми та режиму прийому цих препаратів - тобто прихильності клієнтів до лікування.

Відтак для працівників ВІЛ-сервісних організацій актуальною є розробка та покращення моделей роботи ВІЛ-сервісних організацій України у напрямі формування прихильності до ВААРТ.

У статті нами визначено основні проблеми впровадження ВААРТ, стратегії втручання соціальних працівників у формування прихильності до ВААРТ, зокрема серед споживачів наркотичних речовин.

Проблеми впровадження АРВ-терапії

Близько 5-6 млн людей, які живуть у країнах з низьким і середнім рівнем доходів, потребують негайного антиретровірусного лікування [8; 22]. Однак, за оцінками ВООЗ [6], наприкінці 2003 р. лише близько 440 тисяч людей мали доступ до нього. Це означає, що дев'ять з десяти людей, які терміново потребують лікування ВІЛ, не отримують його.

За даними ВООЗ [23], в Україні лікування потребують 15 тис. людей. Проте у 2002 р. лікування отримувало лише 35 осіб. У 2003 р. ситуація поліпшилася досить умовно. Так, за кошти державного бюджету з початку 2003 р. отримали антиретровірусну терапію 65 хворих на СНІД, у той час як офіційно хворобу було діагностовано у 5432 дорослих і дітей [5; 23].

Причинами, через які не всі ВІЛ-позитивні люди отримували терапію, є:

- фактично повна відсутність антиретровірусної терапії (в Україні таке становище спостерігалось до 2004 р.);
- доступність лікування, але недостатня кількість препаратів;
- занадто висока вартість АРВ-препаратів.

Попри те, що нині світова спільнота намагається розширити доступ до ВААРТ, і в багатьох країнах є фінансові можливості, а ціни на ліки і засоби діагностики доступні, все ж АРВ-терапія не користується надто великим попитом. Це пояснюється такими чинниками:

- браком інформації щодо АРВ-терапії;
- браком інформації стосовно доступності АРВ-терапії (зокрема, в Україні);
- недостатньою інформованістю лікарів і медперсоналу про АРВ-терапію;
- небажанням і страхом ВІЛ-позитивних людей розкривати свій статус (проблема дискримінації);
- недовірою ВІЛ-позитивних людей до АРВ-терапії (спричинену тривалістю лікування, токсичністю ліків, а також проблемою прихильності до лікування);
- небажанням населення тестуватися на наявність ВІЛ в організмі [22].

Останніми роками ціни на антиретровірусні препарати значно знизилися, і це дало можливість розширити доступ до лікування. В 2000 р. ціни на антиретровірусні препарати першого ряду для проведення рекомендованої на світовому ринку терапії коливалися від 10 до 12 тис. доларів США на одного пацієнта на рік [22]. Зниженню цін сприяло кілька факторів, зокрема, пропагандистська робота, яка проводилася людьми, що живуть з ВІЛ/СНІДом, а також світови-

ми лідерами. На початку 2002 р. конкуренція з боку виробників препаратів-генериків і практика диференційованого ціноутворення фармацевтичних компаній призвели до серйозного зниження цін, особливо у країнах з низьким рівнем доходів. Ціна на деякі комбінації генериків впала до 300 доларів США на людину на рік [6, 22].

Ще однією з проблем впровадження ВААРТ є недостатня кількість лікарів-інфекціоністів, які мають відповідні знання і навички для вироблення правильної схеми, призначення терапії та супроводу конкретного пацієнта.

Проте ефективність ВААРТ залежить не тільки від правильності вибору лікарських препаратів АРТ (їх ефективності, тривалості дії схеми, врахування можливої резистентності, максимальної безпечності препаратів для клієнта, зручності схеми для прийому, поєднуваності схеми з іншими препаратами), але і від дотримання пацієнтом терапевтичного режиму.

Прихильність до АРВ-терапії. Шляхи та методи її формування

Сучасне розуміння патогенезу захворювання ВІЛ і наявності для нього терапії вказують, що прихильність до призначених антиретровірусних препаратів є критично важливим фактором для успіху в довгостроковій перспективі [19; 25].

Існує уніфіковане визначення прихильності до ВААРТ, зафіксоване в «Клінічному протоколі антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків». У цьому документі прихильність визначається, як вчасне приймання препаратів АРТ у необхідній, призначеній лікарем дозі, у поєднанні з дотриманням рекомендацій щодо дієти [13].

На ефективність лікування АРВ-терапією впливають одночасно кілька факторів [3, 13, 27, 29]:

1) правильний вибір лікарських препаратів (поєднання цих *Ъ-Л* лікарських препаратів називають схемою): схема повинна бути високоефективною навіть за високої концентрації РНК ВІЛ; її ефективність має бути високою впродовж тривалого періоду (2-3 роки); схема повинна бути підібрана з урахуванням можливої резистентності ВІЛ, а також з урахуванням ймовірної резистентності; вона має бути максимально зручною і безпечною для пацієнта (мати якомога менше побічних ефектів); схема має бути підібрана з урахуванням інших лікарських препаратів, що застосовуються для лікування опортуністичних інфекцій і захворювань;

2) обов'язкове дотримання пацієнтом терапевтичного режиму: препарати приймаються у визначений час, у визначеній дозі, з дотриман-

ням дієти (якщо необхідно) і без жодних пропусків прийому ліків.

Для оптимального пригнічення розмноження вірусу за схемою ВААРТ необхідно чітко дотримуватися призначеного режиму лікування. Результати низки досліджень [27] показали, що для досягнення бажаного результату хворий повинен прийняти 90-95% призначених доз ВААРТ, завдяки чому ймовірність встановлення стійкого контролю за вірусом зростає, і навпаки, недотримання режиму лікування підвищує вірогідність негативного у вірусологічному плані результату - розвитку резистентності до ліків, що в свою чергу обмежує ефективність лікування. *Резистентність* - це стійкість до лікарських препаратів [3; 4; 19; 21]. Незважаючи на наявність принаймні 15 затверджених антиретровірусних препаратів, тривале пригнічення реплікації вірусу досягається лише у невеликої кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які отримують ВААРТ. Це пояснюється токсичністю, незадовільним дотриманням схеми прийому препаратів, відсутністю ефективності та фармакокінетичними взаємодіями [4; 16].

На жаль, незадовільне дотримання схеми лікування стає причиною майже половини випадків його неефективності [32]. Крім того, визначають ще ряд критеріїв, за якими можна передбачити недостатній рівень прихильності до лікування, зокрема [13]:

- незадовільні стосунки між лікарем та хворим;
- активне вживання наркотичних речовин та алкоголю;
- психічні захворювання в активній фазі, зокрема депресія;
- низька самооцінка хворого;
- низький рівень грамотності та нездатність розібратися у призначених ліках;
- відсутність надійного доступу до первинної медичної допомоги або до лікарського препарату.

Інтервенції для покращення прихильності зазвичай спрямовуються на три ключові компоненти: інформування людей про ВІЛ-інфекцію та методи її лікування; формування чи зміну поведінки пов'язаної з дотриманням режиму лікування та надання емоційної підтримки клієнтам [17]. Ці стратегії формування прихильності в літературі називають когнітивними, поведінковими та афективними [15].

Когнітивні стратегії, які застосовуються з метою навчання, пояснення або інструктування, зосереджують увагу на забезпеченні усної та друкованої інформації щодо природи ВІЛ/СНІДу та вимог до режиму лікування, пояснюють важливість прихильності та можливі побічні ефекти [31].

Виділяють такі ключові питання для обговорення при консультуванні щодо лікування ВІЛ [13]:

- медичні та біологічні аспекти хвороби, мета ВААРТ, механізм дії АРВ-препаратів, зокрема побічні ефекти;
- щоденна схема прийому препаратів;
- правила прийому препаратів (взаємодія з їжею, іншими препаратами);
- правила зберігання препаратів;
- негативні наслідки порушення режиму та дозування АРВ-препаратів;
- організація прийому препаратів;
- правила і режим отримання АРВ-препаратів у лікувально-профілактичному закладі.

Процес інформування та навчання має бути тривалим.

Поведінкова стратегія спрямовується на формування, підкріплення чи вплив на специфічну поведінку, пов'язану з прихильністю. В рамках цієї стратегії увага приділяється також зміні характеристик режиму лікування і пристосуванню послуг до індивідуальних потреб клієнтів [32].

У рамках поведінкової стратегії до початку лікування слід провести таку роботу:

- сформуванню готовності до прийому препаратів **ВААРТ** [10; 13; 19];
- вибрати схему лікування з меншою частотою прийомів доз та кількістю таблеток з простішими дієтологічними вимогами [28];
- розробити план для конкретної схеми лікування (з урахуванням режиму [харчування, розпорядку дня, можливих побічних ефектів] [2].

Ще одним ефективним методом підвищення рівня прихильності клієнтів до ВААРТ у рамках поведінкової стратегії є забезпечення та навчання користуватися інструментами, які допомагають пам'ятати про режим прийому ліків. Корисним для багатьох клієнтів можуть бути:

- підписання контракту, в якому буде визначена роль клієнта та його відповідальність у процесі терапії [18];
- використання посуду, в який можна складати таблетки на день [31];
- застосування контейнерів для таблеток, які допомагають клієнту розрізняти та ідентифікувати різні ліки, дози та час прийому [31];
- використання схем, графіків, наліпок або інших ілюстрацій, які допомагають запам'ятовувати, коли і які ліки приймати [2];
- встановлення нагадувань на мобільних телефонах, пейджерів, будильниках, годинниках, таймерах [30];
- ведення щоденників, де фіксуються прийом ліків та почуття, пов'язані з їх прийомом [27];
- щоденний підрахунок рівня прихильності до

лікування за формулою $(A - B) : A \cdot 100 \%$, де A - кількість таблеток, які необхідно прийняти за 4 тижні; B - кількість прийнятих таблеток за 4 тижні [13];

- щотижневий аналіз причин недотримання графіка прийому ліків [14];

- забезпечення денного запасу препаратів у кількох місцях (вдома, на роботі, у батьків) [24];

- забезпечення подвійного запасу ліків у разі подорожі [24].

Афективні стратегії спрямовуються на залучення людських ресурсів з метою оптимізації соціальної та емоційної підтримки. Така підтримка може бути організована шляхом:

- залучення клієнта до процесу прийняття рішення про лікування [18];

- налагодження продуктивних відносин між надавачами послуг, клієнтом та його родичами і близькими [7];

- наснаження та сприяння підвищенню самооцінки клієнта [11; 24];

- забезпечення клієнту доступної психологічної підтримки [26]. Зокрема мова може йти про роботу над проблемою розкриття ВІЛ-статусу, оскільки цей фактор може відігравати важливу роль у мотивації клієнта до прийому ліків;

- догляд на дому з метою надання допомоги, оцінки умов життя клієнта і, за необхідності, надання соціальної підтримки [19];

- пошук серед близького оточення клієнта людини, якій можна розкрити ВІЛ-статус і яка в подальшому зможе допомагати клієнту приймати ліки шляхом нагадування чи надання емоційної підтримки [26];

- налагодження роботи груп взаємодопомоги «рівний-рівному» [32], де клієнти зможуть обговорювати як медичні, так і соціальні аспекти проблеми. Обмін інформацією та досвідом дають можливість багатьом клієнтам здобути необхідну практичну, соціальну і психологічну підтримку для подальшого вирішення життєвих проблем, які впливають на рівень їхньої прихильності до ВААРТ;

- залучення людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, особливо тих, хто успішно проходить лікування ВААРТ, до процесу підтримки та інформування [18];

- покращення доступу клієнтів до послуг догляду на дому та інших послуг ВІЛ-сервісних організацій та організацій людей, які живуть з ВІЛ, за рахунок налагодження з ними контактів [19];

- залучення консультантів за принципом «рівний-рівному» для вирішення проблеми недовіри клієнтів до лікарів [14];

- формування заохочувального ставлення у медперсоналу, з метою спонукання клієнтів чесно і відкрито обговорювати проблеми прихильності до лікування [7].

Отже, для формування та підтримання високого рівня прихильності до лікування ВААРТ слід розробляти та впроваджувати в діяльність різних організацій цілий комплекс послуг, за допомогою яких можна впливати на емоційний стан, поведінку та знання клієнтів, які готуються чи вже приймають АРВ-терапію. Для впровадження цього комплексу послуг слід готувати та постійно навчати різних фахівців, які зможуть допомагати клієнтам дотримуватись режиму лікування.

Взаємозв'язок між АРВ-терапією і замісною терапією

Замісна терапія - це «надання для прийому (під медичним контролем) людям із залежністю від психоактивних речовин призначеної лікарем психоактивної речовини, яка за своїми фармакологічними властивостями близька до речовини, яка викликала залежність, з метою досягнення певних терапевтичних цілей» [9].

Міжнародний досвід показує [30], що програми замісної терапії покращують стан здоров'я споживачів ін'єкційних наркотиків, знижують ризик зараження інфекціями, які передаються через кров (вірусні гепатити В і С, ВІЛ-інфекція), рівень кримінальної діяльності, сприяють інтеграції наркозалежних людей у суспільне життя. Було також доведено [24], що замісна терапія відіграє важливу роль у лікуванні ВІЛ-інфекції, значною мірою сприяючи прихильності до АРВ-терапії. Нині ВООЗ [9] розглядає можливість включення препаратів замісної терапії до «Переліку основних лікарських засобів», оскільки вони життєво необхідні для проведення АРВ-терапії серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН). Методика замісної терапії не бездоганна, оскільки препарати, що використовуються при цьому, можуть викликати залежність. Саме це є основною причиною того, що ця методика досі не дістала підтримки в багатьох країнах СНД.

Згідно з даними досліджень [30], у СІН в період ВААРТ (1996-1999) відзначалося зростання відповідного ризику прогресування захворюваності або смертності на 30% порівняно з ВІЛ-позитивними людьми, які не вживають наркотики. Незаконне вживання наркотиків часто створює певні перешкоди в отриманні медичної допомоги на всіх етапах лікування, зокрема [9]:

- раптові імпульсивні потреби, пов'язані з наркотичною залежністю, переважають над дов-

гостроковими потребами, пов'язаними з питаннями здоров'я;

- відсутність (часто) постійного місця проживання;
- як правило, слабка соціальна підтримка;
- медичні ускладнення (погане харчування, хронічний вірусний гепатит);
- супутні психічні розлади;
- недовіра до офіційних медичних закладів;
- ставлення медпрацівника, у якого лікування СІН може викликати негативні емоції.

У США та в інших країнах ВІЛ-інфіковані СІН отримують АРВ-терапію в недостатньому обсязі. Якщо лікарі знають, що їхні пацієнти вживають наркотики, вони навряд чи призначають їм повноцінну комбіновану терапію. Адже визначено шість показників призначення АРВ-терапії, і вживання наркотиків може бути причиною обмеження або повної відміни терапії [30]. Оптимальний результат комбінованої АРВ-терапії залежить від здатності пацієнта дотримуватися медичного режиму.

Для того щоб лікування СІН, які живуть з ВІЛ/СНІДом, було успішним, з ними повинна працювати міждисциплінарна команда спеціалістів, а інтегрований медичний догляд має здійснюватися на одній території. Наразі замісна терапія є обов'язковою умовою для проходження антиретровірусної терапії споживачами ін'єкційних наркотиків, оскільки лише у цьому випадку в них можна сформувати прихильність до ВААРТ.

Узагальнення

Отже, забезпечення прихильності до ВААРТ значною мірою залежить від формування ефективного терапевтичного альянсу, що встановлюється між ключовими фігурами лікувального процесу-лікарем, медсестрою, соціальним працівником, консультантом та клієнтом. Ця діяльність потребує співпраці не лише з колегами та працівниками інших спеціальностей, а й з клієнтами та громадою.

Через незначний досвід практики ВІЛ-сервісних організацій України у формуванні прихильності до лікування і досі немає добре розроблених систематизованих програм навчання клієнтів, які готуються до прийому ВААРТ. Адже існуюча практика мало спрямована на специфічні потреби окремих груп клієнтів та має чимало недоліків, оскільки ще нема розробленої цілісної та комплексної схеми надання послуг з формування прихильності. Відтак, подальша увага до розроблення та запровадження в практику ВІЛ-сервісних організацій України моделей роботи з формування прихильності сприятиме покращенню якості послуг, що надають ці організації, а також якості лікування клієнтів, які отримують ВААРТ та проходять програми замісної підтримуючої терапії для наркозалежних. Очевидно, до обговорення комплексу послуг, а також розробки моделей роботи з формування прихильності, мусять бути залучені фахівці різних галузей.

1. Анализ реализации программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине» в 2004 году: лечение, уход и поддержка // 11 Июли ВИЧ/СПИД.- 2005. - Вып. 1 (13).- С. 2-Ю.
2. Белобородое В. Б. Рекомендации по применению антиретровирусных препаратов у взрослых и подростков, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.- http://www.medicus.ru/venerology/spec/?cont=article&article_id=1252
3. Галегов Г. А. Лекарственная устойчивость и ее значение в процессе лечения ВИЧ-инфекции.- <http://www.gauseinstitute.org/galegrus.htm>
4. Гулик Р. М., Эрон Д. Д., Сквайерс К., Мэрфи Р. и др. Вирусологическая неэффективность и резистентность при использовании тройной комбинированной антиретровирусной Терапии(START, исследование I и II).- <http://www.gauseinstitute.org/gulfail.htm>
5. Державна політика України боротьби з ВІЛ/СПІД.- <http://www.health.gov.ua/www.nsf/maindocs/homehealth?opendocument>
6. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа.-2004.- С. 103—126.
7. Доктор и пациент: союз или конфликт?- <http://hiv-aids.ru/arch/?doc=143>
8. Доступность терапии в России.- <http://hiv-aids.ru/arch/?doc=155>
9. Замісна терапія: аналітичний огляд.- К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2004.- С. 16.
10. Занюк С. С Психологія мотивації: Навч. посібник.- К.: Либідь, 2002.- 304 с
11. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы - СПб: Питер, 2000.- 512 с.
12. Кисельова Ю, СПІД в Україні: між статистикою та діями.- http://www.aids.ua/_societyeach/hiv_stat_real.html
13. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків.-К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2004.- С. 112.
14. Консультирование пациентов по вопросам ВИЧ/СПИДа - СПИД Фонд Восток-Запад (AFEW).- http://www.afew.org/russian/counseling_articles/02counseling.php
15. Корн П. Т., Кац М. Г. Практическое руководство по первичной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным больным.- <http://www.gauseinstitute.org/cohkazrus.htm#title17>
16. Коэн П. Т. Клиническая картина заболевания, вызываемого ВИЧ-инфекцией: обзор.- <http://www.gauseinstitute.org/cohnrus.htm#title15>
17. Кравченко А. В. Принципы антиретровирусной терапии.- <http://www.gauseinstitute.org/kravrus.htm>
18. Крофт С, Бересфорд П. Соучастие пользователей в социальной работе // Практика социальной работы.- К.,1996.-С. 68-88.
19. Люди и ВИЧ / Под ред. Е. П. Пурик; 3-е изд.- К.: «Анна-Т», 2004.- 527 с.
20. Моніторинг епідемії ВІЛ/СНІДу. Оцінка ефективності

- протидії (соціальний аспект) / Відп. ред. Ю. І. Саснко.- К.: Фоліант, 2004.-416 с
21. Не оставит резистентности ни шанса.- <http://hiv-aids.ru/arch/?doc=T45>
 22. Писемский Е. Доступность лечения.- <http://hiv-aids.ru/arch/?doc=169>
 23. Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні.- http://www.intellect.org.ua/index.php?lang=u&material_id=43889&theme_id=7234
 24. Приверженность высокоактивной антиретровирусной терапии.- <http://www.gauseinstitute.org/guide07.htm>.
 25. Приверженность к АРВ-терапии. / Под ред. Л. Хайд.- К., 2003.- 32 с.
 26. Пурік О. П. Роль та місце психологічної допомоги в системі лікувально-профілактичних заходів при ВІЛ-інфекції/СНІДі // Матеріали науково-практичної конференції «Сучасні можливості лікування ВІЛ-інфекції, СНІДу та опортуністичних захворювань».- 2000.- С. 33-35.
 27. Руководство по использованию антиретровирусных препаратов у ВИЧ-инфицированных взрослых и подростков.-<http://www.gauseinstitute.org/guideabs.htm>
 28. Терапия: один раз в день-может, это лучше?- <http://hiv-aids.ru/arch/?doc=116>
 29. Факты о лечении: терапия, побочные эффекты, оппортунистические инфекции, приверженность, стигма и дискриминация // Новости ВИЧ/СПИД.- 2005.- Вып. 1 (13).- С. 18-23.
 30. Хэд С. Проблемы приверженности лечению.- [http://www.network.org.ua/library/trainings/Paediatrics%20&%20HI%20V/Paediatrics%20training/01 Adherence%20Issues-rus.pdf](http://www.network.org.ua/library/trainings/Paediatrics%20&%20HI%20V/Paediatrics%20training/01%20Adherence%20Issues-rus.pdf)
 31. Хочу, чтобы таблетки сами напоминали, когда их принимать!- <http://hiv-aids.ru/arch/?doc=4>
 32. Шаповал А., Леончук Н. Украина. Потребности людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Отчет по результатам проведенного исследования // Предоставление лечения и помощи ВИЧ - положительным потребителям инъекционных наркотиков: Сборник статей.- К.: 2003.- С. 93-128.

Daryna Bogdan, Iryna Zubets

PROBLEMS OF ARV-THERAPY FOR PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS AND STRATEGIES OF SOCIAL WORKERS' INTERVENTIONS

The paper is devoted to the problems of adherence to HAART. Thus, it proposes to the reader following aspects of the topic: extension of access to treatment in context of HIV/AIDS epidemic, factors that influence forming adherence to ARV-therapy, components of work on forming adherence. The authors of the paper describes the following intervention models aimed on the increase of adherence level: cognitive, affective, and behavioral. Also authors make accent on the peculiarities of intervention models for injecting drug users.