

Опросник «Уровень приверженности к антиретровирусной терапии у выпускников учреждений для детей, оставшихся без попечения родителей и замещающих семей, живущих с ВИЧ»

Опросник разработан сотрудниками Муниципального бюджетного учреждения города Челябинска «Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, «Аквадель», применяется в работе по постинтернатному сопровождению выпускников, живущих с ВИЧ. Использование опросника не предполагает предварительного обучения, может проводиться специалистом, владеющим базовыми знаниями в области профилактики ВИЧ-инфекции. Позволяет определить уровень приверженности к лечению, как необходимому условию долгой и продуктивной жизни.

Тематическая группа: Практики работы по социальной адаптации (социализации) подростков и выпускников сиротских учреждений

Целевая группа/адресат:

Молодые взрослые

Молодые взрослые

Молодые взрослые с ОВЗ

Молодые взрослые с опытом сиротства

Молодые взрослые с опытом сиротства и ОВЗ

Тип практики : Постинтернатное сопровождение

Метод (можно выбрать только один пункт)

Анкетирование

Опросник

Уровень результата: Социальные результаты

Социальный результат из библиотеки ПИОНа

Повышение уровня самостоятельности ребенка/молодого взрослого

Развитие жизненных навыков ребенка /молодого взрослого

Опросник «Уровень приверженности к антиретровирусной терапии у выпускников учреждений для детей, оставшихся без попечения родителей и замещающих семей, живущих с ВИЧ»

№ п/п	Вопрос	Вариант ответа	Способ оценки
1.	Ваш возраст	18-20 лет	
		20-23 года	
		старше 23 лет	
2.	Сколько лет вы принимаете антиретровирусную терапию?	с рождения	
		менее 1 года	
		1-3 года	
		более 3 лет	
3.	Какой у Вас режим приема АРВТ?	1 раз в день	
		2 раза в день	
4.	Как Вы относитесь к терапии? <i>Выберите один вариант ответа</i>	ответственно	4
		когда как	2
		не очень серьезно	1
5.	Что такое приверженность? <i>Выберите один вариант ответа</i>	прием препаратов в дозировках согласно назначению врача	1
		прием препаратов в строго определенное время	1
		прием препаратов с учетом диетических и других предписаний	1
		все варианты	4
		не знаю	0
6.	Какие последствия несоблюдения схемы приема препаратов Вам известны?	ухудшение состояние здоровья	1
		определяемая вирусная нагрузка	1
		ослабление иммунной системы (снижение количества CD4-лимфоцитов)	1
		развитие резистентности к препаратам	1
		развитие заболеваний, характерных для СПИДа	1
		все варианты ответов	5

		не знаю	0
7.	Когда Вы в последний раз пропустили прием Вашего антиретровирусного препарата? <i>Выберите один вариант ответа</i>	сегодня	1
		вчера	1
		на этой неделе	1
		менее, чем месяц назад	2
		более, чем месяц назад	0
		я никогда не пропускал(а) прием препаратов	5
8.	В чем состоят Ваши нарушения в приеме препаратов? <i>Выберите несколько вариантов ответа</i>	иногда пропускаю прием назначенных медикаментов	0
		не соблюдаю время приема	0
		не соблюдаю пищевые и другие рекомендации	1
		принимаю препараты строго по назначению врача	4
9.	По каким причинам Вы можете нарушить режим приема АРВТ? <i>Выберите не более 3-х вариантов ответа</i>	забывчивость	1
		занятость дома, на учебе, на работе	1
		был вдали от дома	1
		частые поездки	1
		однообразие жизни, не позволяющее отличить один день от другого	1
		проявление побочных эффектов	1
		чувствую себя слишком больным	1
		чувствую себя достаточно здоровым, чтобы принимать препараты	1
		не хотел при посторонних принимать препараты	1
		надоело принимать каждый день	1
		закончились таблетки	1
режим не нарушаю, принимаю препараты строго по назначению врача	5		

		свой вариант ответа	1
10.	Какие инструменты поддержки приверженности Вы используете? <i>Выберите несколько вариантов ответа</i>	таблетница	1
		таблица/календарь для отметок	1
		разноцветные стикеры на видном месте	1
		упаковка с таблетками на видном месте	1
		приложение в мобильном телефоне	1
		таймер в телевизоре	1
		помощь окружающих (члены семьи, друзья, знакомые ЛЖВ, принимающие АРВТ и др.)	1
		никакие инструменты не использую	0
		свой вариант _____	1
11.	Есть ли у Вас запас препаратов на «всякий случай»	да	5
		нет	0
12.	Готовите ли Вы дозу заранее? (дневную/на неделю)	да	2
		нет	0
13.	Знаете ли Вы людей, которые тоже принимают АРВТ?	да	2
		нет	0
14.	Есть ли человек, который может поддержать Вас в приеме терапии?	да	2
		нет	0
15.	Знаете ли Вы, как зовут вашего врача?	да	2
		нет	0
16.	Знаете ли какой уровень у Вас вирусной нагрузки?	да	2
		нет	0
17.	Насколько у Вас хороший контакт с врачом?	хороший	2
		плохой	0
18.	Хорошо ли Вы понимаете назначения врача?	да, мне все понятно	2
		нет, не понимаю, что мне говорит врач	0

19.	Как часто Вы посещаете врача- инфекциониста?	согласно его рекомендациям	2
		в случае крайней необходимости	0
	Итого баллов:		_____
<ul style="list-style-type: none">– Высокая приверженность: более 45 баллов– Умеренная приверженность: 20 -45 баллов– Низкая приверженность: менее 20 баллов			