



## Інструментарій для збору даних серед пацієнтів, які переходять на пролонговану форму Бупренорфіну (Бувідал)

### Опитувальник для III хвили збору даних

Запитання АА1-АА5 вводить соціальний працівник самостійно

#### АА1. Код ЗОЗ:

КНП "Центр терапії залежностей "Соціотерапія" ВОР	01
КП "Волинський медичний центр терапії залежностей"	02
КП "Криворізька багатопрофільна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР"	03
КНП Кам'янської міської ради "Міська лікарня №1"	04
КНП «Закарпатський обласний медичний центр психічного здоров'я та медицини залежностей» ЗОР	05
КНП "Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги" ЗОР	06
КНП ЛОР "Львівський обласний медичний центр превенції та терапії uzалежнень"	07
КП "Полтавський обласний центр терапії залежностей ПОР"	08
КНП "Прикарпатський наркологічний центр ІФ ОР"	09
КП "Рівненський обласний центр психічного здоров'я населення" РОР	10
КНП СОР "Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань"	11
КНП "Київська міська наркологічна клінічна лікарня "Соціотерапія" ВК КМР (КМДА)	12
КНП "Черкаський обласний наркологічний диспансер Черкаської обласної ради"	13
КНП "Кіровоградський обласний фтизіопульмонологічний медичний центр Кіровоградської обласної ради"	14
КНП "Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги наркологічний центр" ХОР"edited 14:08	15

АА2. Порядковий номер респондента \_\_\_\_\_

АА3. Syrex ID: \_\_\_\_\_

#### АА3 1. Група до якої відноситься пацієнт:

1.	Стабільні пацієнти	які протягом тривалого часу перебувають в програмі ЗПТ, демонструють високу прихильність до лікування, не мають порушень правил участі у програмі. Переважно пацієнти які працевлаштовані або такі, що навчаються чи здійснюють догляд за дітьми, мають стабільне соціальне оточення. Для зазначеної категорії пацієнтів перевагою використання пролонгованої форми бупренорфіну є скорочення частоти відвідування закладу охорони здоров'я (далі - ЗОЗ).
2	Нестабільні пацієнти	останній епізод лікування яких триває від 12 місяців, проте демонструють одну або декілька з наступних ознак: пропускають прийом препаратів, демонструють ознаки нестабільного психоемоційного стану, вживають інші психоактивні речовини, вживають на рівні вище середнього рівня алкоголь, відвідують ЗОЗ у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння
3	Пацієнти, які мають побічні реакції на препарат ЗПТ	За суб'єктивною оцінкою пацієнтів рівень побічних реакцій значно впливає на якість життя, призводить до низької прихильності до лікування, що проявляється у пропуску прийому доз ЗПТ, прийому більшої чи меншої дози лікарського засобу, додаткового вживання психоактивних речовин чи/та алкоголю
4	Нові (нешодавні) пацієнти	які не належать до жодної із зазначених вище груп. Зазначена група набирається <b>лише за умови якщо не набрано пацієнтів з інших груп</b> . У цій СОП визначення «новий пацієнт» використовується для осіб, які мають останній епізод лікування препаратами ЗПТ до 12 місяців (підтверджений), в тому числі і пацієнти, які перебувають на етапі підбору дозування (фаза індукції).

АА4. Зазначте дату та час проведення інтерв'ю \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_ рік

Час інтерв'ю \_\_\_\_\_ годин \_\_\_\_\_ хвилин

АА5. Зазначте, будь ласка, який раз пацієнт проходить опитування на даний момент:

1. Перший раз
2. Другий раз
3. Третій раз



## Блок Демографія

**D1. Зазначте ваш вік (кількість повних років): \_\_\_\_\_**

**D2. Зазначте вашу стать: (один варіант відповіді)**

- 1 Чоловіча
- 2 Жіноча
- 3 Трансгендерна людина

**D3. Із запропонованих варіантів виберіть той, що відповідає Вашому сімейному стану на даний момент? (один варіант відповіді)**

- 1 Офіційно одружений/заміжня або живу разом з жінкою/чоловіком в цивільному шлюбі
- 2 Офіційно одружений/заміжня, але маю іншого постійного сексуального партнера/партнерів
- 3 Неодружений/незаміжня, але маю постійного сексуального партнера/ партнерів або заручений/заручена
- 4 Одружений/заміжня, але не живу разом ні з жінкою/чоловіком, ні з іншим сексуальним партнером   Перехід до A10
- 5 Офіційно неодружений/незаміжня та взагалі не маю сексуального партнера

**D4. Чи є у вас діти? Якщо так, то скільки всього у Вас дітей?**

\_\_\_\_\_ Якщо ні, то переходьте до D6

**D5. Зазначте, скільки з цих дітей в даний час фінансово залежать від Вас (ви повинні забезпечувати всі їхні потреби)?**

\_\_\_\_\_ дітей фінансово залежать від мене

**D6. Який найвищий рівень освіти Ви отримали? (один варіант відповіді)**

- 1 Початкова освіта (неповних 9 класів)
- 2 Базова (неповна) середня освіта (повних 9 класів)
- 3 Повна загальна середня освіта (повних 11 класів)
- 4 Незакінчена вища освіта (менше 4 курсів)
- 5 Базова вища освіта (ВНЗ I-II рівнів акредитації, технікум)
- 6 Повна вища освіта (бакалавр, магістр ВНЗ III-IV рівнів акредитації, університет, інститут)
- 7 Інше (вказіть) \_\_\_\_\_
- 98 Не знаю / не пам'ятаю (не зачитувати)
- 99 Відмова від відповіді (не зачитувати)

**D7. Ваше основне заняття зараз? (один варіант відповіді)**

- 1 Маю постійну роботу
- 2 Маю випадкові заробітки
- 3 Безробітний / безробітня
- 4 Займаюсь домашнім господарством
- 5 Непрацездатний / непрацездатна (людина з інвалідністю)
- 6 Учень / учениця школи
- 7 Учень / учениця ПТНЗ
- 8 Студент / студентка технікуму
- 9 Студент / студентка ВНЗ
- 10 Інше (вказіть) \_\_\_\_\_
- 98 Не знаю / не пам'ятаю (не зачитувати)
- 99 Відмова від відповіді (не зачитувати)

**D8. Чи були Ви колись безхатченком?**

- 1 Так
- 2 Ні
- 99 Відмова від відповіді (не зачитувати)



**D9. Яке було Ваше постійне місце проживання за останні 12 місяців? (один варіант відповіді)**

- 1 У власному помешканні
- 2 У помешканні родичів, друзів (не сплачую оренду)
- 3 В орендованому помешканні (винаймаю самостійно або з кимось)
- 4 Де прийдеться (часта зміна місця проживання)
- 5 На вулиці, в покинутих помешканнях, на вокзалах (безпритульний / безпритульна)
- 98 Не знаю / не пам'ятаю (не зачитувати)
- 99 Відмова від відповіді (не зачитувати)

**D10. Скажіть, будь ласка, яким був Ваш особистий дохід за останні 30 днів? (з урахуванням доходів від офіційної і неофіційної діяльності, роботи, пенсій, стипендій, субсидій, а також допомоги, отриманої від родичів і знайомих. Переведіть всі доходи у грошовий еквівалент)**

- гривень
- 98 Не знаю / не пам'ятаю (не зачитувати)
  - 99 Відмова від відповіді (не зачитувати)

**D11. Як довго Ви живете в цьому місті? [вказіть тільки одну відповідь]**

1. Все життя
2. Більшу частину мого життя
3. Кілька років
4. Кілька місяців
5. Кілька днів
6. Я приїхав/приїхала лише за препаратом

Якщо ви приїхали тільки за препаратом, то вкажіть з якого ви міста \_\_\_\_\_

Якщо ви приїхали тільки за препаратом, то вкажіть з якої ви області \_\_\_\_\_ обл.

**Чи знаходиться станом на сьогодні місто, в якому ви живете під окупацією?**

1. Так
2. Ні

**D12. На скільки Ви впевнені, що залишитесь жити в цьому місці в наступному місяці?**

1. Цілком впевнений
2. Частково впевнений
3. Частково не впевнений
4. Зовсім не впевнений
5. Я отримаю в цьому місті препарат і повернусь до свого міста



## Блок I. Враження від використання Бувідалу

I1. Зазначте, будь ласка, скільки ін'єкцій препарату Бувідал ви вже отримали?

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 4 дози | 8. 11 доз  |
| 2. 5 доз  | 9. 12 доз  |
| 3. 6 доз  | 10. 13 доз |
| 4. 7 доз  | 11. 14 доз |
| 5. 8 доз  | 12. 15 доз |
| 6. 9 доз  | 13. 16 доз |
| 7. 10 доз |            |

I2. Зазначте будь ласка, яку дозу Бувідалу ви отримуєте зараз (якщо не знаєте розмір дози, то запитайте, будь ласка, у свого лікаря)

1. 64 мг
2. 96 мг
3. 128 мг

I2\_1. Чи була у вас зміна у дозуванні Бувідалу за останні 6 місяців?

1. Так, зараз більша, ніж на початку
2. Так, зараз менша, ніж на початку
3. Ні, змін в дозуванні не було → перехід до I3

I2\_2. Зазначте, будь ласка, яку дозу Бувідалу ви отримували на початку (якщо не знаєте, який розмір дози був на початку, то запитайте, будь ласка, у свого лікаря):

1. 64 мг
2. 96 мг
3. 128 мг

I3. Чи отримуєте ви окрім Бувідалу в останні 6 місяців ще додатково таблетований Бупренорфін, призначений лікарем?

1. Так
2. Ні → перехід до I4\_1

I4. Якщо так, яку дозу таблетованого Бупренорфіну в останні 6 місяців вам призначав ваш лікар разом із Бувідалом?

- |         |          |                  |
|---------|----------|------------------|
| 1. 2 мг | 5. 10 мг | 9. 18 мг         |
| 2. 4 мг | 6. 12 мг | 10. 20 мг        |
| 3. 6 мг | 7. 14 мг | 11. Більше 20 мг |
| 4. 8 мг | 8. 16 мг |                  |

I4\_1. Чи вживали ви в останні 6 місяців окрім Бувідалу ще додатково таблетований Бупренорфін, який вам призначив НЕ лікар, а ви його отримали в приватній клініці, чи ви його купили або ж ви обміняли таблетки на щось?

1. Так
2. Ні → перехід до I5\_0

I4\_11. Якщо так, яку дозу таблетованого Бупренорфіну за останні 6 місяців ви дістали собі самостійно і вживали додатково до Бувідалу?

- |          |                  |
|----------|------------------|
| 1. 2 мг  | 7. 14 мг         |
| 2. 4 мг  | 8. 16 мг         |
| 3. 6 мг  | 9. 18 мг         |
| 4. 8 мг  | 10. 20 мг        |
| 5. 10 мг | 11. Більше 20 мг |
| 6. 12 мг |                  |



**I4\_2. Як саме в останні 6 місяців ви отримали таблетки Бупренорфіну, які вам не призначав лікар, а які ви дістали самостійно?**

1. У приватній клініці
2. Дістав рецепт і отримав таблетки в аптеці
3. Купив таблетки або обміняв у знайомих/бариг/на вулиці
4. Приймав свої залишки
5. Інше, зазначте, що саме \_\_\_\_\_

**I4\_3. Чому ви вирішили дістати таблетки Бупренорфіну самостійно, а не попросили про призначення у вашого лікаря?**

1. Боявся сказати лікарю, що маю потребу в додатковій дозі
2. В мене з'явилася нагода дістати таблетки і я нею скористався
3. Залишилася звичка/потреба приймати таблетовану форму ЗПТ щоденно
4. Не впевнений в ефективності Бувідалу тому для перестраховки діставав собі таблетовану форму
5. Інше, зазначте, що саме \_\_\_\_\_

**I5\_0. Коли ви проходили опитування вперше, ми запитували про ваші очікування від Бувідалу. Будь ласка, дайте відповідь чи справдилися ваші очікування щодо самопочуття та вашого життя в цілому під час лікування Бувідалом (дайте відповідь по кожному рядку):**

	Очікування справдилося	Очікування не справдилося	Не підходить
Бувідал це перший крок для того щоб відмовитись від ЗПТ	Так	Ні	0
В мене з'явилось більше вільного часу, оскільки не потрібно регулярно відвідувати ЗОЗ, де отримую ЗПТ	Так	Ні	0
Менше часу витрачаю на дорогу, коли їду до лікаря, оскільки ЗОЗ знаходиться далеко від мене	Так	Ні	0
Відчуваю себе фізично краще під час використання Бувідалу	Так	Ні	0
Відчуваю себе емоційно краще під час використання Бувідалу	Так	Ні	0
Я став/ла більш мобільним/ою (мені зараз простіше планувати справи поза домом, або поза межами міста)	Так	Ні	0
Я покращив/ла стосунки із своїми рідними, коли перейшов/ла на Бувідал	Так	Ні	0
Я влаштував/ла своє особисте життя завдяки, коли перейшов/ла на Бувідал	Так	Ні	0
Я відмовився/лася від вживання інших психоактивних речовин	Так	Ні	0
В мене є побічні реакції на препарат	Так	Ні	0
Мій фізичний стан погіршився через використання Бувідалу	Так	Ні	0
Синдром відміни настає раніше, ніж прийде час для введення нової дози препарату	Так	Ні	0
Препарат мені не підходить і доведеться починати все лікування з початку	Так	Ні	0
Ставлення медичного персоналу до мене погіршилося через те, що препарат потрібно вводити ін'єкційно	Так	Ні	0

*Зараз ми більш детально з вами поговоримо про те, як Бувідал впливає на ваше самопочуття*

**I5. Чи комфортно вам отримувати лікування у вигляді ін'єкцій?**

1. Так → перехід до питання I7
2. Ні, отримання препарату через ін'єкцію приносить дискомфорт



**16. Якщо вам не комфортно отримувати лікування у вигляді ін'єкції, то поясніть чому саме (відмітьте усі варіанти, які вам підходять):**

1. Неприємна сама процедура уколу в тіло
2. З'являється біль у місці введення ін'єкції
3. Залишається бажання приймати щоденно препарат, так як це вже звично для мене
4. Викликає негативні спогади про період, коли я вживав наркотики ін'єкційно
5. Викликає бажання знову спробувати наркотики ін'єкційно
6. Інше, *азначте, що саме* \_\_\_\_\_

**17. Чи вплинуло якое лікування Бувідалом на ваше самопочуття?**

1. Так, самопочуття покращилося → перехід до I7\_1
2. Ніяк не вплинуло → перехід до I8
3. Так, самопочуття погіршилося → перехід до I7\_2

**I7\_1. Як саме покращилося ваше самопочуття через прийом Бувідалу (оберіть усі відповіді, які вам підходять)?**

1. Відчуваю більше сил та енергії
2. Відчуваю себе більш спокійним та врівноваженим
3. Покращився сон
4. Відчуваю себе більш життєрадісним
5. Відсутні симптоми синдрому відміни
6. Зникли побічні реакції на препарати ЗПТ, які приймав до цього
7. Інше, *азначте, що саме* \_\_\_\_\_

**I7\_2. Як саме погіршилося ваше самопочуття через прийом Бувідалу (оберіть усі відповіді, які вам підходять)?**

1. Певний час є біль в місці ін'єкції
2. Синдром відміни настає раніше, ніж 3-4 тижні, як по інструкції, через це в цілому погіршується самопочуття
3. Погіршився емоційний стан, став/стала знервованим/ою, дратівливим/ою
4. З'явилася пригніченість
5. З'явилося відчуття тривоги
6. З'явилися панічні атаки
7. З'явилося безсоння чи погіршився сон вночі
8. З'явилася сонливість протягом дня
9. З'явився біль і ломота в тілі
10. Почав підвищуватися тиск
11. З'явилося прискорене серцебиття (тахікардія)
12. Зріс рівень потовиділення (частіше пітніють долоні, стопи, пахви (підмишки), пахова зона)
13. Інше \_\_\_\_\_

**I7\_3. Чи призначав вам лікар в останні 6 місяців додаткове симптоматичне лікування: нейролептики, антидепресанти, транквілізатори тощо ?**

1. Так
2. Ні → перехід до I8

**I7\_4. Чи приймали ви за останні 6 місяців це додаткове симптоматичне лікування (у вигляді нейролептиків, антидепресантів, транквілізаторів, тощо)?**

1. Нейролептики	Так → перехід до I8	Ні
2. Антидепресанти	Так → перехід до I8	Ні
3. Транквілізатори	Так → перехід до I8	Ні
4. Інше, що саме _____	Так → перехід до I8	Ні



**I7.5. Зазначте, будь ласка, усі причини через які ви не приймали ліки, які вам призначив лікар для симптоматичного лікування за останні 6 місяців:**

1. Не хотів
2. Не було грошей придбати препарат в аптеці
3. не бачив необхідності / сумніваюсь, що вони мені б допомогли
4. Я приймав/я приймала додаткове симптоматичне лікування, яке признав лікар
5. Інше, що саме зазначте \_\_\_\_\_

**I8. Чи характерні для вас наступні твердження, пов'язані із переходом на Бувідалом? (дайте відповідь по кожному рядку).**

	Так	Ні
1. Я став/ла рідше відвідувати лікарню/сайт, де я отримую ЗПТ і мені від цього не комфортно	Так	Ні
2. Я став/ла бачити рідше свого медичного працівника (лікаря, медичну сестру, медбрата) і мене це засмучує		
3. Мав/мала більш тісний зв'язок із лікарем, коли приймала/приймав таблетки	Так	Ні
4. Я став/ла бачити рідше свого лікаря, але це не бентежить мене, бо можу звернутися у разі потреби до нього по телефону чи соц.мережам	Так	Ні
5. В цілому, лікування Бувідалом мені підходить більше, ніж таблетованою формою	Так	Ні
6. В цілому, лікування таблетованою формою мені підходить більше, ніж Бувідалом	Так	Ні
7. Я відчував/ла себе більш комфортно та впевнено, коли приймав/ла таблетки щодня	Так	Ні
8. Я обговорюю зі своїм лікарем зміни у своєму самопочутті, які виникають через лікування Бувідалом	Так	Ні

**I9. Отримуючи Бувідалом, чи вживали Ви хоч раз наркотики ін'єкційним шляхом в останні 6 місяців?**

1. Так
0. Ні → Перехід до I11

**I10. Зазначте скільки разів за останні 6 місяців ви вживали наркотики ін'єкційним шляхом, в той час, як лікувалися Бувідалом?**

0. Жодного разу
1. Один раз
2. 2-3 рази
3. 4-5 разів
4. 6 та більше разів

**I11. Отримуючи Бувідалом, чи вживали Ви хоч раз наркотики НЕ ін'єкційним шляхом (курили траву, щось ковтали чи нюхали) в останні 6 місяців?**

1. Так
0. Ні → Перехід до I14

**I12. Зазначте скільки разів за останні 6 місяців ви вживали наркотики НЕ ін'єкційним шляхом (курили траву, щось ковтали чи нюхали) в той час, як лікувалися Бувідалом?**

0. Жодного разу → Перехід до запитання I14
1. Один раз
2. 2-3 рази
3. 4-5 разів
4. 6 та більше разів



**I13. Якщо Ви вживали наркотики ін'єкційним чи не ін'єкційним шляхом, проходячи лікування Бувідалом, то чому Ви це робили? [Відзначте все, що підходить]**

Причина:	Так	Ні
a. Мені це необхідно, бо було погано від Бувідалу	1	0
b. Мені це необхідно, коли я подорожую	1	0
c. Лікування не дуже добре допомагає мені контролювати тягу до наркотиків	1	0
d. Іноді я хочу «зловити кайф»	1	0
e. Мені це необхідно в вихідні дні	1	0
f. Інше, будь ласка, вкажіть _____	1	0
g. Не вистачало дозування Бувідалу, тому додатково вживав наркотики		

**I14. Скажіть, будь ласка, чи розповідали ви за останні 6 місяців своїм друзям/знайомим, які також проходять лікування ЗПТ, про препарат Бувідал?**

1. Так
2. Ні
3. В мене нема друзів/знайомих, які б проходили лікування ЗПТ

**I15. Скажіть, будь ласка, чи будете ви рекомендуєте особам, які також лікуються ЗПТ, переходити на Бувідал? Оцініть за 5-ти бальною шкалою, де 5 - однозначно буду рекомендувати, 1 - однозначно НЕ буду рекомендувати:**

1. Так, однозначно буду рекомендувати → перехід до наступного блоку
2. Скоріше буду рекомендувати, ніж не буду → перехід до наступного блоку
3. Важко визначитися чи буду рекомендувати, чи не буду
4. Скоріше НЕ буду рекомендувати, ніж буду
5. Однозначно НЕ буду рекомендувати

**I16. Скажіть, будь ласка, чому ви не будете рекомендувати особам, які також лікуються ЗПТ, переходити на Бувідал? Оберіть усі варіанти, які вам підходять:**

1. Я сам/а до кінця не розумію, чи мені подобається лікування Бувідалом
2. Мій досвід прийому Бувідалу негативний оскільки погіршилось моє самопочуття
3. Є лише місячні дози, а хотілося б починати з тижневих, щоб побачити реакцію організму на Бувідал
4. Набагато краще приймати ліки щоденно
5. Потрібно більше часу, щоб впевнитися в якості препарату
6. Бувідал позбавляє контакту з медичним персоналом і це впливає на ефективність лікування
7. Інше, зазначте, що саме \_\_\_\_\_



## Блок С. Додатковий блок до вражень від використання Бувідалу

*Зараз я поставлю ще декілька запитань щодо лікування Бувідалом, для того щоб отримати від вас більш повну інформацію про рівень комфортності лікування цим препаратом*

**С1. Скажіть, будь ласка, чи вистачає вам зараз вашого дозування Бувідалу для комфортного лікування?**

1. Так → до запитання С3
2. Ні

**С2. Якщо вам не комфортне ваше дозування Бувідалу, то ви хотіли б:**

1. Збільшити дозування
2. Зменшити дозування
3. Дозування вистачає

**С3. Враховуючи ваш досвід на сьогодні щодо лікування Бувідалом, чи потрібні були б вам на початку чи зараз тижневі дози?**

1. Так, потрібні були б на початку → до питання С4
2. Так, потрібні зараз → до питання С4
3. Ні, не потрібні → до питання С6
99. Важко сказати

**С4. Якщо вам все ж потрібні були б на початку чи потрібні зараз тижневі дози, то якого саме дозування?**

1. 2-6 мг (таблетованого) - 8 мг (Бувідал);
2. 8-10 мг (таблетованого) - 16 мг (Бувідал);
3. 12-16 мг (таблетованого) - 24 мг (Бувідал);
4. 18-24 мг (таблетованого) - 32 мг (Бувідал)

**С5. Які переваги особисто вам надали б тижневі дози, якщо була б можливість їх використовувати? *Зазначте усі варіанти, які вам підходять:***

1. Більш плавний перехід з таблетованої форми на ін'єкційну
2. Можливість додатково отримати тижневе дозування препарату, коли симптоми синдрому відміни починають з'являтися раніше чергової запланованої ін'єкції
3. Можливість більш точно підібрати дозу
4. Інше, *зазначте, що саме* \_\_\_\_\_

**С6. На вашу думку, чи збільшилася б кількість бажаючих розпочати лікування Бувідалом як би на вашому сайті були наявні тижневі дози?**

1. Так
2. Ні
3. Це ніяк би не вплинуло на кількість бажаючих

**С7. Ми у вас вже запитували про це в попередньому блоці, але, будь ласка, зазначте ще раз чи лікування Бувідалом якось вплинуло на ваше самопочуття:**

1. Так, самопочуття покращилося → перехід до С9
2. Ніяк не вплинуло → перехід до С9
3. Так, самопочуття погіршилося → перехід до С8(?)

**С8. Якщо ваше самопочуття під час лікування погіршилося, то будь ласка, відмітьте усі причини, які вас турбували та вкажіть, як сильно за шкалою від 1 до 5, де 1 - не турбувало**



зовсім, 2 - турбувало трохи, 3 - турбувало помірно, 4 - турбувало сильно а 5 - турбувало дуже сильно):

1. Головний біль	1	2	3	4	5
2. Нудота	1	2	3	4	5
3. Галюцинації	1	2	3	4	5
4. Прискорене серцебиття (тахікардія)	1	2	3	4	5
5. Підвищення тиску (гіпертонія)	1	2	3	4	5
6. Утруднене дихання	1	2	3	4	5
7. Інтенсивне потовиділення на долонях / стопах /під пахвами («подмышки») / в паховій зоні	1	2	3	4	5
8. Відчуття тривоги	1	2	3	4	5
9. Панічні атаки	1	2	3	4	5
10. Відчував/відчувала себе більш комфортно та впевнено, коли приймав/приймала таблетки щоденно	1	2	3	4	5
11. Відчуваю потребу кожен день приймати препарати	1	2	3	4	5
12. Відчував/відчувала себе більш комфортно та впевнено, коли бачився/лася частіше із лікарем	1	2	3	4	5
13. Синдром відміни раніше, ніж 3 або 4 тижні, як має бути по інструкції	1	2	3	4	5
14. Не хочу отримувати препарат шляхом ін'єкції	1	2	3	4	5
15. Мав/мала більш тісний зв'язок із лікарем, коли приймала/приймав таблетки	1	2	3	4	5
16. Відбулося збільшення маси тіла	1	2	3	4	5
17. Погіршився емоційний стан, став/стала знервованим/ою	1	2	3	4	5
18. З'явилася пригніченість	1	2	3	4	5
19. Біль в місці ін'єкції	1	2	3	4	5
20. Біль, ломота в тілі	1	2	3	4	5
21. Безсоння або погіршився сон вночі	1	2	3	4	5
22. Постійна сонливість протягом дня	1	2	3	4	5

**S9. Скажіть, будь ласка, чи готові ви взяти участь в додаткових опитуваннях, навіть якщо, ваш курс лікування Бувідалом закінчиться і ви повернетеся на таблетовану форму? Таке опитування буде проводитися з метою дізнатися ваші враження та порівняти комфортність лікування для вас на таблетованій формі та на ін'єкційній? Таке опитування, можливо, буде проводитися у 2025 році:**

1. Так, готовий взяти участь у будь якому випадку
2. Готовий але тільки у випадку отримання винагороди за опитування
3. Ні, не готовий

## Блок. Сексуальна поведінка

**S1. Чи були у Вас сексуальні контакти за останні 6 місяців? (можливі декілька варіантів відповіді)**

- 1 Так, з чоловіком
- 2 Так, з жінкою
- 3 Так, з трансгендерною людиною
- 4 Ні, я не мав / не мала сексуальних контактів
- 98 Не знаю / не пам'ятаю (не зачитувати)
- 99 Відмова від відповіді (не зачитувати)

**S2. Чи були у Вас сексуальні контакти за останні 30 днів? (можливі декілька варіантів відповіді)**

- 1 Так, з чоловіком
- 2 Так, з жінкою
- 3 Так, з трансгендерною людиною
- 4 Ні, я не мав / не мала сексуальних контактів → перехід до запитання S5



98 Не знаю / не пам'ятаю (не зачитувати)

99 Відмова від відповіді (не зачитувати)

**S3. Чи використовувати Ви або Ваш партнер / Ваша партнерка презерватив кожного разу під час останнього сексуального контакту за останні 6 місяців? (один варіант відповіді)**

1. Так, кожного разу
2. Ні

**S4. Чи використовувати Ви або Ваш партнер / Ваша партнерка презерватив під час останнього сексуального контакту чи ні? (один варіант відповіді)**

1. Так
2. Ні

**S5. Чи вважаєте Ви, що протягом останніх 6 місяців Ви мали ризик заразитися ВІЛ через незахищений сексуальний контакт?**

1. Так
2. Ні

### Блок. Вживання алкоголю (AUDIT-C)

**AUD1. Як часто Ви вживаєте пиво, вино, слабоалкогольні або інші алкогольні напої різної міцності?**

0. Ніколи → Перехід до наступного блоку
1. Раз на місяць або рідше
2. 2-4 рази на місяць
3. 2-3 рази в тиждень
4. 4+ рази в тиждень
5. щоденно

**AUD2. Зазначте, будь ласка, якої міцності алкогольні напої ви зазвичай вживаєте?**

1. Слабоалкогольні напої (такі як пиво, джінтонік, сидр)
2. Алкогольні напої середньої міцності (лікер, вино)
3. Міцні алкогольні напої (горілка, коньяк, віскі)

**AUD3. Скільки порцій алкогольного напою Ви вживаєте у звичайний день, коли Ви п'єте? (Під стандартним напоєм мається на увазі куваль або пляшка пива, келих вина або чарка горілки тощо)**

0. Жодного
1. + 1 або 2
2. 3 або 4
3. 5 або 6
4. 7-9
5. 10 або більше

**AUD4. Як часто Ви споживаєте шість або більше алкогольних напоїв за один раз? (один варіант відповіді)**

0. Ніколи
1. Рідше, ніж щомісяця
2. Кожного місяця
3. Кожного тижня



4. Кожного дня або майже кожного дня

**Блок. Визначення рівня депресії, тривожного розладу та інших психічних розладів (PHQ-9, GAD-7)**

**PHQ.** Як часто за останні 2 тижні Вас турбувала якась із зазначених нижче проблем? *Оцініть по кожному твердженню за шкалою від 0 до 3, де 0 - ніколи, 3 - майже кожен день.*

	Ніколи	Декілька днів	Більше половини всього часу	Майже кожен день
PHQ 1. Відсутність інтересу або задоволення від Ваших занять	0	1	2	3
PHQ 2. Ви відчували почуття пригніченості, депресії або безнадійності	0	1	2	3
PHQ 3. Мали проблеми із засипанням або Ви спали надто довго	0	1	2	3
PHQ 4. Відчували втому або нестачу енергії	0	1	2	3
PHQ 5. Поганий апетит або переїдання	0	1	2	3
PHQ 6. Відчуваєте себе погано через те, що Ви невдаха або підвели себе або свою сім'ю	0	1	2	3
PHQ 7. Проблеми з концентрацією уваги на такі речі, як читання або перегляд телевізора	0	1	2	3
PHQ 8. Ви рухалися або говорили так повільно, що це помітили інші люди; або навпаки - були настільки метушливі або неспокійні, що Вам доводилося рухатися набагато більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
PHQ 9. Думки про те, що краще б Ви померли або щоби заподіяти собі біль якимось чином	0	1	2	3

**PHQ 10.** Якщо Ви відмітили які-небудь проблеми вище, наскільки ці проблеми ускладнили виконання Вашої роботи, домашні клопоти або спілкування з іншими людьми?

- 0, Анітрохи не ускладнили
- 1, Трохи ускладнили
- 2, Помітно ускладнили
- 3, Дуже ускладнили

**GAD.** За останні два тижні, як часто з Вами відбувалося наступне:

*Оцініть по кожному твердженню за шкалою від 0 до 3, де 0 - ніколи, 3 - практично щодня.*

	Ніколи	Декілька днів	Часто	Практично щодня
GAD1. Я нервував/ла, відчував тривогу, був на межі	0	1	2	3
GAD2. Я не міг/ ла припинити хвилюватися або взяти себе в руки	0	1	2	3
GAD3. Я занадто хвилювався/лася про різні проблеми	0	1	2	3
GAD4. Я не міг/ ла розслабитись	0	1	2	3
GAD5. Я був/ ла так напружений, що не міг всидіти на місці	0	1	2	3
GAD6. Я ставав дуже роздратованим і невірноваженим	0	1	2	3
GAD7. Я боявся/ ла, що може трапитися щось жахливе.	0	1	2	3

**Якщо усі відповіді 0 - перехід до запитання K1**



**GAD.** Якщо Ви відповіли, що з Вами це відбувалося, хоча б на одне з семи запитань, наскільки це Вам заважало:

Оцініть по кожному твердженню за шкалою від 0 до 3, де 0 - взагалі не заважало, 3 - жахливо заважало.

	Взагалі не заважало	Трохи заважало	Заважало	Жахливо заважало
GAD8. Виконувати вашу роботу	0	1	2	3
GAD9. Займатися домашніми справами	0	1	2	3
GAD10. Спілкуватися з іншими людьми	0	1	2	3

### Блок. Кримінальна поведінка 23-24рр.

**K1.** Чи затримувала Вас поліція у 2023 році у зв'язку з... (один варіант відповіді по кожному рядку)

**K2.** Чи затримувала Вас поліція у 2024 році у зв'язку з... (один варіант відповіді по кожному рядку)

№	Підстава	2023		2024	
		Так	Ні	Так	Ні
1	Вживанням наркотичних речовин	1	2	1	2
2	Розповсюдженням наркотичних речовин	1	2	1	2
3	Зберіганням наркотичних речовин	1	2	1	2
4	Крадіжка	1	2	1	2
5	Дрібне хуліганство/порушення громадського порядку	1	2	1	2
6	Вживання алкогольних напоїв у громадських місцях	1	2	1	2

**K3.** Якщо поліція Вас затримувала, чи складала офіційний протокол затримання чи ні? (один варіант відповіді)

- 1 Так
- 2 Ні
- 3 Не затримувала поліція у 2023 та у 2024 роках
- 98 Не знаю / не пам'ятаю (не зачитувати)
- 99 Відмова від відповіді (не зачитувати)

**K4.** Чи затримували Вас представники неформальних силових структур, таких як «самооборона», тероборона чи добровольчі батальйони за останні 12 місяців? (один варіант відповіді)

- 1 Так
- 2 Ні
- 98 Не знаю / не пам'ятаю (не зачитувати)
- 99 Відмова від відповіді (не зачитувати)

**K5\_1.** Скажіть, будь ласка, чи лікування Бувідалом якимось вплинуло на рівень уваги до вас особисто з боку представників поліції?

1. Так, вплинуло
2. Ні, не вплинуло → до наступного блоку
3. Важко відповісти

**K5\_2.** Зазначте, як саме лікування Бувідалом вплинуло на рівень уваги до вас особисто з боку представників поліції або інших правоохоронних органів? Під рівнем уваги до вас мається на увазі наступне: необґрунтована зупинка з боку поліції, перевірка ваших документів,



поверхнева перевірка, безпідставне затримання. Оберіть усі варіанти відповідей, які вам підходять

1. Кількість випадків перевірок документів без обґрунтованих на те причин з боку поліції зменшилася
2. Кількість випадків поверхневих перевірок без обґрунтованих на те причин з боку поліції зменшилася
3. Кількість випадків безпідставного затримання зменшилася
4. Кількість та час перевірок на блок-постах чи при перетині кордону стала меншою
5. Ніяких змін не відбулося, все залишилося як і було
6. Кількість випадків перевірок документів без обґрунтованих на те причин з боку поліції збільшилася
7. Кількість випадків поверхневих перевірок без обґрунтованих на те причин з боку поліції збільшилася
8. Кількість випадків безпідставного затримання збільшилася
9. Кількість та час перевірок на блок-постах чи при перетині кордону стала більшою

### Блок. Оцінка якості життя (SF-12)

*У цьому опитуванні нас цікавить ваша думка про ваше здоров'я. Ця інформація допомагає нам краще зрозуміти, як Ви себе почуваєте і наскільки добре Ви можете виконувати вашу повсякденну діяльність. Якщо Вам потрібно змінити відповідь, поверніться до питань і виберіть правильний пункт. Якщо Ви не знаєте, як відповісти на питання, будь ласка, дайте відповідь, яка Вам видається найкращою.*

**SF 01 В цілому Ви б оцінили стан вашого здоров'я як:**

1. Відмінний
2. Дуже гарний
3. Гарний
4. Задовільний
5. Поганий

*Наступні питання про активність, які Ви можете робити протягом звичайного дня. Чи обмежує стан Вашого здоров'я виконання Вами такої діяльності? Якщо так, то наскільки ??*

	Так, сильно обмежує	Так, трохи обмежує	Ні, зовсім не обмежує
SF36-03 Енергійні види діяльності, такі як біг, підйом важких предметів, участь у видах спорту, які вимагають значних зусиль	0	1	2
SF 02 Помірні фізичні навантаження, такі як пересунути стіл, пропилососити, грати в футбол, садити / копати картоплю.	0	1	2
SF 03 Піднятися пішки по сходах на кілька прольотів	0	1	2
SF36-12 Митися або переодягатися	0	1	2

*sf\_note2 За останні 4 тижні, скільки часу у Вас були такі проблеми з роботою або іншою звичайною повсякденною діяльністю, в результаті Вашого фізичного здоров'я?*

	Постійно	Більшу частину часу	Деякий час	Рідко	Анітрохи
SF 04 Виконали менше, ніж Ви хотіли б	0	1	2	3	4
SF 05 Ви були обмежені у виконанні будь-якого виду робіт або іншої діяльності	0	1	2	3	4



*sf\_note3* За останні 4 тижні, скільки часу у вас були такі проблеми з роботою або іншою звичайною повсякденною діяльністю, в результаті **будь-яких емоційних проблем** (таких як почуття депресії або тривоги)?

	Постійно	Більшу частину часу	Деякий час	Рідко	Анітрохи
SF 06 Зробили менше, ніж хотіли	0	1	2	3	4
SF 07 Виконували роботу або активності менш ретельно, ніж зазвичай	0	1	2	3	4

**SF36-21** За останні 4 тижні, наскільки сильним у вас був тілесний біль?

1. Не було
2. Дуже слабкий
3. Слабкий
4. Помірний
5. Сильний
6. Дуже сильний

**SF 08** За останні 4 тижні, в якій мірі БІЛЬ заважав Вам займатися Вашою нормальною роботою (включаючи роботу поза домом або по дому)?

1. Зовсім не заважав
2. Трохи
3. Помірно
4. Сильно
5. Дуже сильно

*sf\_note4* Наступні питання стосуються того, як Ви себе почували і яким був Ваш настрій протягом останніх 4 тижнів. Будь ласка, на кожне питання дайте одну відповідь, що найбільше відповідає Вашим відчуттям. Скільки часу, протягом останніх 4 тижнів:

	Постійно	Більшу частину часу	Деякий час	Рідко	Анітрохи
SF 09 Ви відчували себе спокійно і мирно	0	1	2	3	4
SF 10 Ви відчували себе повним сил та енергії	0	1	2	3	4
SF 11 Ви відчували себе пригнічено?	0	1	2	3	4
SF36-24 Ви були дуже знервованою людиною	0	1	2	3	4

**SF 12** За останні 4 тижні, як часто ваше фізичне здоров'я або емоційні проблеми заважали вашій соціальної активності (відвідувати друзів, родичів і т. П.)?

1. Постійно
2. Більшу частину часу
3. Деякий час
4. Рідко
5. Анітрохи

Дякуємо за участь у дослідженні!



## Блок «Відмова від участі у дослідженні/від Бувідалу»

**V1. Шановний соціальний працівник, будь ласка, дізнайтеся у лікаря причину по якій пацієнт відмовляється отримувати Бувідал далі та відмітьте її нижче:**

1. Власне бажання пацієнта
3. Наявність побічних реакцій у пацієнта на препарат, через що він не бажає продовжувати лікування
4. Рішення завершити ЗПТ
5. Бажання повернутися на таблетований препарат
6. Відсутність контакту з пацієнтом протягом 10 днів
7. Ув'язнення пацієнта
8. Зміна місця проживання пацієнта → запитання V10
9. Смерть пацієнта → запитання V10
10. Інше, \_\_\_\_\_

**V2. Зазначте, будь ласка, скільки ін'єкцій Бувідалу ви отримали?**

1. Одну
2. Дві
3. Три
4. Чотири
5. П'ять
6. Шість
7. Сім
8. Вісім
9. Дев'ять
10. Десять
11. Одинадцять
12. Дванадцять

**V3. Скажіть, будь ласка, скільки часу пройшло з моменту отримання вашої останньої ін'єкції Бувідалу?**

1. Тиждень (або близько того)
2. 2 тижні (або близько того)
3. 3 тижні (або близько того)
4. Місяць (або близько того)

**V4. Зазначте будь ласка, яку дозу Бувідалу ви отримували (якщо не знаєте розмір дози, то запитайте, будь ласка, у свого лікаря)**

4. 64 мг
5. 96 мг
6. 128 мг

**V5. Окрім Бувідалу, чи давали вам додатково таблетований Бупренорфін?**

3. Так
4. Ні

**V6. Якщо так, яку дозу таблетованого Бупренорфіну вам давали разом із Бувідалом?**

12. 6 мг
13. 8 мг
14. 10 мг
15. 12 мг
16. 14 мг
17. 16 мг
18. 18 мг
19. 20 мг
20. Більше 20 мг

**V7. Нам дуже прикро, що вам не підійшов препарат, але наразі багато пацієнтів успішно проходять лікування Бувідалом тому нам важливо розуміти причини, які призвели до того, що**



ви бажаєте припинити лікування Бувідалом, отже, просимо зазначити, що саме викликало у вас дискомфорт та небажання продовжувати (зазначте, будь ласка, усі причини, які мали місце та оберіть оцінку на скільки сильно вони вас турбували за шкалою від 1 до 5, де 1 - не турбували зовсім, а 5 - турбували дуже сильно):

Головний біль	1	2	3	4	5
Нудота	1	2	3	4	5
Галюцинації	1	2	3	4	5
Прискорене серцебиття (тахікардія)	1	2	3	4	5
Підвищення тиску (гіпертонія)	1	2	3	4	5
Утруднене дихання	1	2	3	4	5
Інтенсивне потовиділення на долонях / стопах / під пахвами («подмышки») / в паховій зоні	1	2	3	4	5
Відчуття тривоги	1	2	3	4	5
Панічні атаки	1	2	3	4	5
Відчував/відчувала себе більш комфортно та впевнено, коли приймав/приймала таблетки щоденно	1	2	3	4	5
Відчуваю потребу кожен день приймати препарати	1	2	3	4	5
Відчував/відчувала себе більш комфортно та впевнено, коли бачився/лася частіше із лікарем	1	2	3	4	5
Синдром відміни раніше, ніж 3 або 4 тижні, як має бути по інструкції	1	2	3	4	5
Не хочу отримувати препарат шляхом ін'єкції	1	2	3	4	5
Мав/мала більш тісний зв'язок із лікарем, коли приймала/приймав таблетки	1	2	3	4	5
Відбулося збільшення маси тіла	1	2	3	4	5
Погіршився емоційний стан, став/стала знервованим/ою	1	2	3	4	5
З'явилася пригніченість	1	2	3	4	5
Біль в місці ін'єкції	1	2	3	4	5
Біль, ломота в тілі	1	2	3	4	5
Безсоння або погіршився сон вночі	1	2	3	4	5
Постійна сонливість протягом дня	1	2	3	4	5

V7.1. Якщо жоден із варіантів вище не підійшов, зазначте свій: \_\_\_\_\_

V8. Скажіть, будь ласка, чи вживали ви алкоголь після того, як вам кололи Бувідал?

1. Так
2. Ні → Перехід до запитання V12

V9. Зазначте якої міцності алкоголь ви вживали:

1. Слабоалкогольні напої (такі як пиво, джінтонік, сидр)
2. Алкогольні напої середньої міцності (лікер, вино)
3. Міцні алкогольні напої (горілка, коньяк, віскі, ром)

V10. Скільки порцій алкоголю ви випили з моменту отримання ін'єкції Бувідалу (*Під порцією алкоголю мається на увазі 1 куваль або 1 пляшка пива, 1 келих вина або 1 чарка горілки/коньяку/віскі/рому*)

1. Одну порцію
2. 2-3 порції
3. 4 порції
4. 5 порцій і більше



**V11. Розкажіть, будь ласка, як ви себе почували після того, як вживали алкоголь на фоні отримання ін'єкції Бувідалу?**

1. В моєму стані нічого суттєво не змінилося
2. Вдалося відчувати ейфорію та/або розслаблення та/або кайф
3. Стан погіршився (була нудота та/або погіршився сон та/або було запаморочення («вертольоти»))

**V12. Скажіть, будь ласка, чи вживали ви додатково якісь наркотичні речовини НЕ ін'єкційним шляхом після того, як вам кололи Бувідал?**

1. Так
2. Ні → Перехід до запитання V14

**V13. Розкажіть, будь ласка, як ви себе почували після того, як вживали наркотичні речовини НЕ ін'єкційним шляхом на фоні отримання ін'єкції Бувідалу?**

1. В моєму стані нічого суттєво не змінилося
2. Вдалося відчувати ейфорію та/або розслаблення та/або кайф
3. Стан погіршився (була нудота та/або погіршився сон та/або було запаморочення («вертольоти») та/або галюцинації)

**V14. Скажіть, будь ласка, чи вживали ви додатково якісь наркотичні речовини ін'єкційним шляхом після того, як вам кололи Бувідал?**

1. Так
2. Ні → Перехід до запитання V16

**V15. Розкажіть, будь ласка, як ви себе почували після того, як вживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом на фоні отримання ін'єкції Бувідалу?**

1. В моєму стані нічого суттєво не змінилося
2. Вдалося відчувати ейфорію та/або розслаблення та/або кайф
3. Стан погіршився (була нудота та/або погіршився сон та/або було запаморочення («вертольоти») та/або галюцинації)

**V16. Скажіть, будь ласка, чи розповідали ви своїм друзям/знайомим, які також проходять лікування ЗПТ про препарат Бувідал?**

1. Так
2. Ні
3. В мене нема друзів/знайомих, які б проходили лікування ЗПТ

**V17. Скажіть, будь ласка, чи будете ви рекомендувати особам, які також лікуються ЗПТ, переходити на препарат Бувідал? Оцініть за 5-ти бальною шкалою, де 5 - однозначно буду рекомендувати, 1 - однозначно НЕ буду рекомендувати:**

- 5- Так, однозначно буду радити, адже якщо препарат не підійшов мені, то це не означає, що він не підійде іншим
- 4- Скоріше буду радити, ніж не буду
- 3- Важко визначитися чи буду рекомендувати, чи не буду
- 2- Скоріше НЕ буду рекомендувати, ніж буду
1. Однозначно НЕ буду рекомендувати, адже препарат не підійшов мені, тому не підійде іншим

**V18. Зазначте дату заповнення форми відмови: \_\_\_\_\_**

*Дякуємо за участь у дослідженні!*