



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

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

АА2. Порядковий номер респондента _____

АА3. Syrex ID: _____

АА4. 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 (нещодавні) пацієнти	які не належать до жодної із зазначених вище груп. Зазначена група набирається лише за умови якщо не набрано пацієнтів з інших груп . 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).

АА5. Дата інтерв'ю _____ / _____ / 2022 рік

АА6. Час початку інтерв'ю _____ годин _____ хвилин



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. 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

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

1. Цілком впевнений
2. Частково впевнений
3. Частково не впевнений
4. Зовсім не впевнений

Блок. ЗПТ

Z1. Зазначте, де саме Ви отримували тривалу замісну терапію опіоїдами (бупренорфіном або метадоном)?

1. В державній програмі
2. В приватній платній програмі
3. І в державній, і в приватній
0. Раніше не отримував/ла ЗПТ

→ Перехід до Z11

Z2. Коли Ви почали брати участь в програмі ЗПТ? Якщо у вас було декілька спроб участі у програмі але вони за якихось причин переривалися, будь ласка, зазначте вашу останню/поточну спробу.

місяць

рік

Z3. Які препарати ЗПТ Ви приймаєте?

1. Метадон
2. Бупренорфін



Z4. Яку дозу препарату у програмі ЗПТ Ви приймаєте в даний час?

1. 6 мг або менше
2. Від 8 мг до 16 мг
3. 18 мг або більше
4. 55 мг або менше
5. Від 60 мг до 75 мг
6. Від 80 мг до 120 мг
7. Від 120 мг до 150 мг
8. 155 мг або більше

Z5. Яким чином Ви отримували препарати ЗПТ до того як вам запропонували перейти на Бувідал?

1. Щоденно в клініці ЗПТ.
2. Отримував/ла препарати на руки
3. Отримував/ла по рецепту
4. Інше, зазначте _____

Z6. Чи підходить вам лікування вашим препаратом та дозою?

1. Так **Перехід до запитання Z8**
2. Ні

Z7. Чому ви думаєте, що лікування вам не підходить? Оберіть усі варіанти, які вам підходять

1. Маю побічні реакції від препарату
2. Ефекту препарату на довго не вистачає
3. Препарати шкодять моєму здоров'ю
4. ЗПТ це не лікування
5. Дуже незручно/некомфортно отримувати препарати та проходити лікування
6. Продовжую вживати інші психоактивні речовини

Z8. Чи маєте ви побічні реакції на препарат? Якщо так, то які саме побічні реакції на препарат ви маєте?

1. Не маю побічних реакцій
2. Головний біль
3. Нудота
4. Галюцинації
5. Відчуття тривоги
6. Збільшення маси тіла
7. Погіршення емоційного стану, знервованість
8. Інше, зазначте, що _____

Z8.1. Вкажіть, чи є у вас якісь із нижче перелічених супутніх захворювань чи ускладнень здоров'я?

1. Маю проблеми з опорно-руховим апаратом (інвалідність рук, ніг)
2. Маю проблеми із зором (інвалідність у зв'язку із поганим зором)
3. Хворію на туберкульоз
4. Маю підтверджений ВІЛ-статус



Z9. Оцініть наступні пункти щодо вашої задоволеності лікуванням ЗПТ за шкалою від 1 до 5, де 1 - зовсім не задоволений, 5 - цілком задоволений.

	зовсім не задоволений	скоріше не задоволений	нейтральне відношення	скоріше задоволений	цілком задоволений
Як би Ви оцінили зручність отримання ЗПТ (час видачі препарату, час прийому лікаря, тривалість очікування, зручність очікування, зручність приміщень)?	1	2	3	4	5
Наскільки Ви задоволені якістю надання ЗПТ (достатність дозування, можливість зміни дози за потреби, процедура видачі)?	1	2	3	4	5
Як Ви оцінюєте компетентність та професіоналізм лікарів у даному кабінеті (відділенні)?	1	2	3	4	5
Як Ви оцінюєте ставлення лікарів до вас особисто (уважність до потреб, повага, можливість задати запитання)?	1	2	3	4	5
Як Ви оцінюєте компетентність та професіоналізм медичних сестер у даному кабінеті (відділенні)?	1	2	3	4	5
Як Ви оцінюєте ставлення медичних сестер до вас особисто (уважність до потреб, повага, можливість задати запитання)?	1	2	3	4	5
Як Ви оцінюєте якість медичної допомоги, яку Ви отримуєте у даному кабінеті (відділенні) ЗПТ в цілому?	1	2	3	4	5
Якщо вашому знайомому знадобиться допомога кабінету ЗПТ, чи порекомендуєте Ви йому звернутись до цього кабінету (відділення)?	1	2	3	4	5

Z10. Що для вас означає регулярне відвідування закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) для отримання ЗПТ? Під регулярним відвідуванням мається на увазі систематичні відвідування ЗОЗ у визначений медичним персоналом/режимом лікування проміжки часу (щоденно, кожні 10 днів, кожні 15 днів) (можете обрати усі варіанти відповідей, які вам підходять)

1. Перебуваю на стаціонарі на дому тому не відвідую ЗОЗ
2. Для мене це підтримка від медичного персоналу у лікуванні
3. Щоденне відвідування ЗОЗ це додатковий необхідний контроль для мене
4. Можливість спілкування та отримання підтримки у середовищі інших пацієнтів
5. Звичка, яка допомагає упорядкувати і організувати свій день
6. Відвідування ЗОЗ обтяжує моє життя



7. Додаткові складнощі оскільки важко поєднувати роботу з щоденним відвідуванням лікувального закладу
8. Для мене це стрес, оскільки боюсь, що мене побачать знайомі у ЗОЗ
9. Для мене це стрес, оскільки відчуваю погане ставлення від персоналу
10. Інше, зазначте, що _____

Z11. На скільки Ви впевнені, що будете продовжувати лікування ЗПТ наступні 12 місяців?

1. Цілком впевнений
2. Частково впевнений
3. Частково не впевнений
4. Зовсім не впевнений

Z12. Чи вживали Ви хоч раз нелегальні наркотики ін'єкційним шляхом на додаток до препаратів ЗПТ або замість них в останні 6 місяців?

1. Так
0. Ні → **Перехід до Z14**

Z13. Зазначте скільки разів за останні 6 місяців ви вживали нелегальні наркотики ін'єкційним шляхом на додаток до препаратів ЗПТ або замість них

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

Z14. Чи вживали Ви хоч раз нелегальні наркотики НЕ ін'єкційним шляхом на додаток до препаратів ЗПТ або замість них в останні 6 місяців?

1. Так
0. Ні → **Перехід до Z16**

Z15. Зазначте скільки разів за останні 6 місяців ви вживали нелегальні наркотики НЕ ін'єкційним шляхом на додаток до препаратів ЗПТ або замість них

0. Жодного разу → **Перехід до запитання Z17**
1. Один раз
2. 2-3 рази
3. 4-5 разів
4. 6 та більше разів

Z16. Якщо Ви вживали нелегальні наркотики на додаток до препаратів ЗПТ або замість них, то чому Ви це робили? [Відзначте все, що підходить]

Причина	Так	Ні
a. Мені це необхідно, якщо я не отримав/ла препарат у клініці	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



Z17. Чи вважаєте Ви, що протягом останніх 6 місяців Ви мали ризик заразитися ВІЛ через нестерильні шприци (вже використані до вас кимось)?

- 1 Так
- 2 Ні
- 3 Не вживав/ла ін'єкційно

Z18. Вкажіть, чи є у вас якісь із нижче перелічених супутніх захворювань чи ускладнень здоров'я?

- 1, Маю проблеми з опорно-руховим апаратом (інвалідність рук, ніг)
- 2, Маю проблеми із зором (інвалідність у зв'язку із поганим зором)
- 3, Хворію на туберкульоз
- 4, Маю підтверджений ВІЛ-статус
- 5, Хворію на гепатит (А, В чи С)
- 6, Хворію на цукровий діабет
- 7, Інше

Блок. Перехід на використання препарату Бувідал

Ви включені у дослідження через те, що виявили бажання перейти на використання нового препарату в ЗПТ - Бувідалу. Ваш лікар повинен був вам пояснити, що даний препарат вводиться ін'єкційно, і дії препарату вистачає на 4 тижні. Наступні запитання будуть про ваші очікування від препарату.

BU1. Скажіть, будь ласка, які ви маєте очікування від переходу у лікуванні ЗПТ на новий препарат - Бувідал? (дайте відповідь по кожному рядку)

	Очікую	Не очікую	Не підходить
Бувідал це перший крок для того щоб відмовитись від ЗПТ	Так	Ні	0
В мене з'явиться більше вільного часу, оскільки не потрібно буде регулярно відвідувати ЗОЗ, де отримую ЗПТ	Так	Ні	0
Менше часу витратиму на дорогу, оскільки ЗОЗ знаходиться далеко від мене	Так	Ні	0
Буду відчувати себе фізично краще під час використання Бувідалу	Так	Ні	0
Буду відчувати себе емоційно краще під час використання Бувідалу	Так	Ні	0
Я стану більш мобільним (мені буде простіше планувати справи поза домом, або поза межами міста)	Так	Ні	0
Я зможу покращити стосунки із своїми рідними завдяки препарату	Так	Ні	0
Я зможу влаштувати своє особисте життя завдяки препарату	Так	Ні	0
Я зможу відмовитися від вживання інших психоактивних речовин	Так	Ні	0
В мене будуть побічні реакції на препарат	Так	Ні	0
Мій фізичний стан погіршиться через використання Бувідалу	Так	Ні	0
Синдром відміни може наступити раніше, ніж прийде час для введення нової дози препарату	Так	Ні	0
Препарат мені не підійде і доведеться починати все лікування з початку	Так	Ні	0
Ставлення медичного персоналу до мене може погіршитися через те, що препарат потрібно вводити ін'єкційно	Так	Ні	0



BU2. Скажіть, будь ласка, чи приймаєте ви ще якісь ліки окрім препарату ЗПТ на постійній основі?

1. Так
2. Ні → Перехід до наступного блоку

BU3. Якщо приймаєте, то що це за ліки? (оберіть усі варіанти, які вам підходять)

1. АРТ
2. Терапія/ліки для лікування туберкульозу
3. Антидепресанти
4. Для лікування вірусного гепатиту (А, В чи С)
5. Для лікування цукрового діабету

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 напої, що містять алкоголь?

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 говорити так повільно, що це помітили інші люди; або навпаки - були настільки метушливі або	0	1	2	3



неспокійні, що Вам доводилося рухатися набагато більше, ніж зазвичай				
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	Деякі дні	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 неврівноваженим	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

K1. Чи затримувала Вас поліція у 2021 році у зв'язку з... (один варіант відповіді по кожному рядку)

K2. Чи затримувала Вас поліція у 2022 році у зв'язку з... (один варіант відповіді по кожному рядку)

№	Підстава	2021		2022	
		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

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



- 1 Так
- 2 Ні
- 3 Не затримувала поліція у 2021 та у 2022 роках
- 98 Не знаю / не пам'ятаю (не зачитувати)
- 99 Відмова від відповіді (не зачитувати)

К4. 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)

К5. Чи Ви коли-небудь відбували покарання (були ув'язнені) у місцях позбавлення волі? (один варіант відповіді)

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

К6. Скільки тривав Ваш останній термін відбування покарання у місцях позбавлення волі? (відкрите питання)

- 1, менше місяця
- 2, місяць
- 3, від 2-х до 6-и місяців
- 4, пів року
- 5, менше року
- 6, рік
- 7, півтори року
- 8, два роки
- 9, більше двох років

К7. Коли Ви звільнились з місця позбавлення волі останнього разу? (один варіант відповіді)

- 1 Менше місяця тому
- 2 Від 1 до 6 місяців тому
- 3 Від 6 місяців до 1 року тому
- 4 Від 1 року до 3 років тому
- 5 Від 3 до 5 років тому
- 6 Від 5 до 10 років тому
- 7 Більше 10 років тому
- 98 Не знаю / не пам'ятаю (не зачитувати)
- 99 Відмова від відповіді (не зачитувати)

К8. Чи вживали Ви наркотики ін'єкційним способом під час перебування в установах виконання покарань (не СІЗО)? (один варіант відповіді)

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

К9. Чи продовжували Ви приймати ЗПТ під час перебування в установах виконання покарань?

- 1 Так
- 2 Ні



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

99 Відмова від відповіді (не зачитувати)

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)

1. 64 мг
2. 96 мг
3. 128 мг

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

1. Так
2. Ні

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

1. 6 мг
2. 8 мг
3. 10 мг
4. 12 мг
5. 14 мг
6. 16 мг
7. 18 мг
8. 20 мг
9. 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, джинтонік, 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 порцієюю 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!