

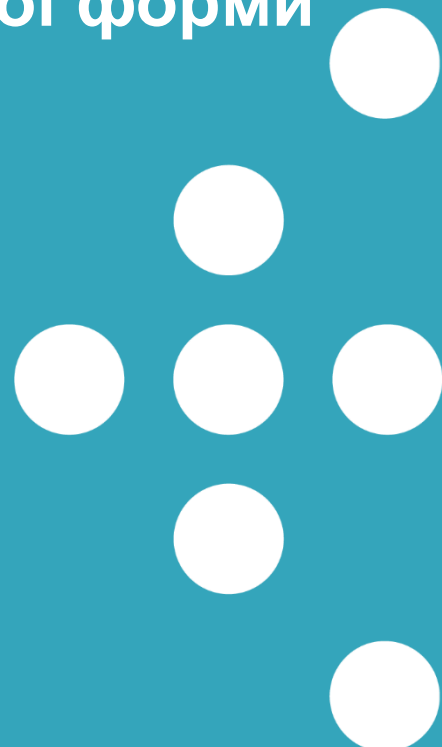


# ЗВІТ

за результатами дослідження

## «Дослідження пацієнтів та пацієнок, які отримують послуги замісної підтримувальної терапії в закладах охорони здоров'я приватної форми власності»

Київ  
2026





## Автори

---

<b>Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України»</b>	Євгеній Міщенко Владислав Романчук Олена Нестерова Марія Мошура Ірина Іванчук Валерія Гриценко
--	---

---

<b>Товариство з обмеженою відповідальністю «Оперативна соціологія»</b>	Віра Макаренко Юлія Жаворонок Владислав Балійчук Вікторія Попова Олеся Гудзенко Маргарита Сарібемян
--	--

---

*Рекомендоване цитування: Міщенко Є., Романчук В., Іванчук І., Гриценко В., Нестерова О., Мошура М., Макаренко В., Жаворонок Ю., Балійчук В., Попова В., Гудзенко О., Сарібемян М. (2026) Звіт за результатами дослідження пацієнтів та пацієнток, які отримують послуги замісної підтримувальної терапії в закладах охорони здоров'я приватної форми власності*

*Це дослідження було профінансовано Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією. Матеріал підготовлено Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією.*

*Результати та висновки, викладені в цьому звіті, належать авторам і не обов'язково відображають офіційну позицію Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією.*

*Відповідно до статуту Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України за №224 від 09.02.2024 року,*

**Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»** є санітарно-профілактичним закладом охорони здоров'я, створеним наказом МОЗ України від 18.09.2015 № 604 на виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 02.09.2015 № 909-р.

*ЦГЗ виконує функції головної установи Міністерства охорони здоров'я України у галузі громадського здоров'я та протидії небезпечним, особливо небезпечним, інфекційним та неінфекційним захворюванням, біологічного захисту та біологічної безпеки, імунопрофілактики, лабораторної діагностики інфекційних недуг, гігієнічних та мікробіологічних аспектів здоров'я людини, пов'язаних із довкіллям, національного*



координатора Міжнародних медико-санітарних правил, координації реагування на надзвичайні ситуації у секторі громадського здоров'я.

Матеріал підготовлено Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

**В рамках дотримання Закону України [№ 2811-IX від 15.04.2023](#) «Про авторське право і суміжні права» використання, передрук та цитування матеріалів Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» розміщених на сайті установи або наданих за запитом, можливе лише за умови посилання на першоджерело із зазначенням назви Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та:**

**-надання електронного посилання на веб-сторінку з використаною інформацією (за наявності)**

**-посилання на публікацію Центру (протокол, дослідження, звіт, стаття), яка є джерелом інформації.**

Перепублікація або інший спосіб оприлюднення цього тексту, зображень з нього та/або даних, повністю або частково, під іменем особи, яка не є автором, порушує авторські права та є плагіатом, за що передбачено три види відповідальності: цивільна (відшкодування збитків та/або моральної шкоди; стягнення доходу), адміністративна (виплата штрафу) і кримінальна (позбавлення волі на строк до 2–5 років).

До плагіату належить 1) використання тексту чи графічних даних іншого автора без змін, без цитування та привласнення роботи (copy & paste plagiarism), 2) поєднання різних фрагментів текстів або речень для формування нового тексту без цитування, таким чином подаючи його як власні думки (shake & paste plagiarism), 3) подання ідей іншого автора своїми словами, без посилання на джерело (idea plagiarism), а також 4) переклад оригінального тексту з іншої мови без посилання на джерело (translation plagiarism).



## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК ТЕРМІНІВ ТА СКОРОЧЕНЬ .....	5
Вступ.....	6
МЕТОДОЛОГІЯ .....	8
РЕКРУТИНГ УЧАСНИКІВ.....	9
Вибірка та географія дослідження.....	9
ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	11
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	12
СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ .....	12
Вік .....	12
<i>Регіон проживання</i> .....	12
<i>Сімейний стан</i> .....	13
<i>Освітній рівень</i> .....	13
<i>Тип зайнятості</i> .....	14
Діти .....	14
Дохід .....	15
Місце проживання.....	15
Досвід вживання НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН .....	15
Досвід ПЕРЕБУВАННЯ У МІСЦЯХ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ.....	19
ПОПЕРЕДНІЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ.....	20
ПОПЕРЕДНІЙ ДОСВІД ЗВЕРНЕННЯ ДО ЗПТ.....	25
ПОТОЧНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗОЗ .....	32
ПОТОЧНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗОЗ vs. ДЕРЖАВНІ ЗОЗ .....	40
ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ТА ВИПАДКИ ЗЛОВЖИВАННЯ .....	42
ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПОСЛУГАМИ У ПРИВАТНИХ ЗОЗ.....	49
Рівень депресії та тривожності, стигматизація .....	51
БАР'ЄРИ, ЩО ЗАВАЖАЮТЬ ПЕРЕХОДУ НА ДЕРЖАВНУ ПРОГРАМУ .....	54
ТИПОВИЙ МАРШРУТ ПАЦІЄНТА.....	59
ПАРАЛЕЛЬНЕ ВЖИВАННЯ .....	61
ВИСНОВКИ .....	63



## Перелік термінів та скорочень

---

CATI	Computer-Assisted Telephone Interview
Face-to-face	очне опитування
GAD7	Generalized Anxiety Disorder-7
PHQ9	Patient Health Questionnaire-9
Survey Monkey	платформа для онлайн-опитувань
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
USAID	United States Agency for International Development
АРТ	Антиретровірусна терапія
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГІ	Глибинне інтерв'ю
ЖЕК	Житлово-експлуатаційна контора
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗПТ	Замісна підтримувальна терапія
ЛВНІ	Люди, що вживають наркотики ін'єкційно
НУО	Неурядова організація
ЦГЗ	ДУ "Центр громадського здоров'я МОЗ України"



## Вступ

Лікування препаратами замісної підтримувальної терапії (далі – ЗПТ) є доказовим фармакологічним методом лікування опіїдної залежності, а використання метадону гідрохлориду та бупренорфіну в межах підтримуючої терапії є «золотим стандартом» лікування розладів, пов'язаних із вживанням опіоїдів. Такий метод терапії є також частиною 9 доказових інтервенцій комплексного пакету послуг для людей, які вживають наркотики ін'єкційно (далі – ЛВНІ), рекомендованого ВООЗ, UNAIDS та USAID, як дієвий метод впливу на епідемію ВІЛ та вірусні гепатити в середовищі ЛВНІ. Численні дослідження щодо ефективності застосування препаратів ЗПТ для лікування опіїдної залежності доводять беззаперечний позитивний вплив на індивідуальні та суспільні процеси. Так, зокрема, доступ до ЗПТ зменшує показники смертності від передозування та інших наслідків, зниження показників поширеності та захворюваності на ВІЛ та підвищення рівня прихильності до АРТ, зниження видатків на охорону здоров'я та витрат на судочинство, тощо. Крім того, лікування препаратами ЗПТ визнана у світі як найбільш економічно ефективний метод лікування осіб із психічними та поведінковими розладами, зумовленими вживанням опіоїдів<sup>1</sup>.

В Україні лікування опіїдної залежності із використанням препаратів ЗПТ доступне вже протягом 20 років, починаючи від кількох пацієнтів-добровольців у 2004 році до поступового розширення інтервенції, яка наразі налічує близько 32 тисяч осіб. Нормативні регуляції надання медичної допомоги із використанням ЗПТ за ці роки зазнали значних змін та наразі ґрунтуються на кращих світових практиках його організації. Так, зокрема, провайдерами медичних послуг можуть виступати не лише заклади охорони здоров'я комунальної форми власності, але і представники приватного сектору надання медичних послуг. Це стало доступним завдяки змінам, які були прийняті у 2020 році<sup>2</sup>, до Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, що затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.03.2012 № 200 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України 16.11.2020 № 2630), зареєстровано в Міністерстві юстиції України 14.01.2021 за № 51/35673, який регламентує порядок лікування препаратами ЗПТ.

Основна мета таких змін полягала у започаткуванні прозорості процесу надання медичних послуг ЗПТ, «детінізації» цього виду надання послуг ЗОЗ приватної форми власності та доступ до стандартизованих якісних медичних послуг. З початком процесу надання послуг лікування ЗОЗ приватної форми власності, Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі – ЦГЗ) фіксувався щорічний приріст

<sup>1</sup> [Електронний ресурс] / ЦГЗ – Режим доступу до ресурсу: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimovalna-terapiya-zpt>.

<sup>2</sup> Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 року № 200 [Електронний ресурс] / .. – 2021. – Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0051-21#Text>.



пацієнтів, які отримують препарати на базі ЗОЗ приватної форми власності, натомість приріст пацієнтів в межах ЗОЗ комунальної форми власності за ці роки є стабільно низьким.

На початок 2022 року відповідно до статистичних даних, які надаються ЗОЗ приватної форми власності ЦГЗ за формою «Національний звіт про впровадження ЗПТ 01.12.2022 рік», 2782 пацієнти отримували послуги ЗПТ на базі 18 ЗОЗ приватної форми власності. Вже на початок 2024 року кількість ЗОЗ приватної форми власності, які здійснюють щомісячне звітування до ЦГЗ, майже подвоїлась і склала 35 закладів (8277 пацієнтів)<sup>3</sup>. Це може свідчити про стабільне зростання кількості ЛВНІ, які обирають отримання медичної допомоги в приватних ЗОЗ, незважаючи на те, що такі послуги здійснюються коштом пацієнта. Натомість, аналіз додаткових джерел даних свідчить про те, що кількість приватних ЗОЗ, які надають послуги лікування препаратами ЗПТ, та, відповідно, пацієнтів, які ці послуги отримують – значно більша. Таким чином, можна припустити, що умови отримання послуг на базі ЗОЗ приватної форми власності є більш привабливими для пацієнтів ЗПТ. В той час, варто зауважити, що аналіз наявності оцінок (досліджень) щодо питання лікування на базі ЗОЗ приватної форми власності сприяє плануванню програмної діяльності та прийняттю обґрунтованих рішень.

Крім того, варто зазначити, що представники приватного сектору надання послуг ЗПТ можуть виступати партнерами державі на шляху до розширення охоплення лікуванням та сприяти доступності цих послуг, однак не можуть бути альтернативою державним зусиллям в реалізації стратегії сталого розвитку ЗПТ в Україні. Бо саме останній виступає в цій галузі трендсетером – тим суб'єктом, що визначає розвиток напрямку та займається його контролем, впровадженням нових стратегій, підходів до лікування.

Виходячи з вищесказаного, виникає необхідність додаткового вивчення питання надання послуг ЗПТ на базі ЗОЗ приватної форми власності. Зокрема, доцільним є аналіз таких аспектів:

- підходів до організації надання медичних послуг у приватних ЗОЗ;
- механізмів залучення пацієнтів до лікування, включно з інформаційними та рекрутинговими стратегіями, спрямованими на ЛВНІ;
- факторів, що впливають на рішення пацієнтів звертатися за лікуванням до ЗОЗ приватної форми власності;
- факторів, які визначають рівень утримання пацієнтів у програмі лікування;
- основних бар'єрів, що перешкоджають ЛВНІ звертатися за послугами до закладів охорони здоров'я комунальної форми власності;
- рівня задоволеності пацієнтів отриманими послугами.

---

<sup>3</sup> Щомісячні звіти про впровадження ЗПТ в Україні (дані на перше число кожного місяця) [Електронний ресурс] / .. – 2024. – Режим доступу до ресурсу: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>.



Крім цього актуальним є питання якості роботи приватних ЗОЗ, що впроваджують ЗПТ, зокрема у частині дотримання медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги. В цьому контексті об'єктом для вивчення в дослідженні має бути сам пацієнт програми, який є носієм цього унікально знання.

## Методологія

Дане дослідження має комбінований дизайн та містить як якісний, так і кількісний компоненти. Етапи реалізовувалися послідовно. На першому етапі дослідження було проведено якісний компонент, за результатами проведення якого було скориговано кількісний етап дослідження.

В рамках якісного компоненту дослідження було проведено 15 глибинних інтерв'ю (далі - ПІ) з пацієнтами ЗОЗ приватної форми власності. В рамках кількісного компоненту дослідження було опитано 472 пацієнти ЗОЗ приватної форми власності, що надають послуги ЗПТ.

**Мета дослідження** – вивчити рівень обізнаності, мотивації та маршрут осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, які отримують лікування з використанням препаратів ЗПТ в ЗОЗ приватної форми власності (далі - пацієнти ЗПТ) та проведення оцінки рівня їх задоволеності отриманням ЗПТ.

### Завдання дослідження:

- Дослідити досвід та стаж споживання наркотичних речовин серед пацієнтів ЗПТ в ЗОЗ приватної форми власності;
- Вивчити рівень обізнаності, уявлень та переконань пацієнтів щодо програми ЗПТ, досвід участі в програмі ЗПТ незалежно від форм власності та організаційно-правової форми діяльності;
- Вивчення маршруту пацієнта ЗПТ приватної форми власності;
- Вивчення досвіду отримання лікування з використанням препаратів ЗПТ у ЗОЗ приватної форми власності;
- Вивчення оцінки пацієнта щодо якості отриманих послуг з ЗПТ, супутнього супроводу та роботи персоналу ЗОЗ приватної форми власності з надання ЗПТ;
- Вивчення мотивів, які впливають на прийняття рішення звернутися за лікуванням саме в приватний ЗОЗ;
- Вивчення досвіду паралельного вживання, продажу наркотичних речовин, передозувань, серед пацієнтів, що перебувають на ЗПТ в ЗОЗ приватної форми власності.



## Критерії включення респондентів:

- вік 18 років і старше;
- на момент проведення дослідження проходить лікування в приватному ЗОЗ, який надає послуги ЗПТ;
- дає інформовану згоду на участь в дослідженні.

## Рекрутинг учасників

Цільова аудиторія дослідження – пацієнти, які на момент проведення опитування отримують ЗПТ в ЗОЗ приватної форми власності.

Рекрутинг проводився із залученням до співпраці приватних ЗОЗ та НУО. Алгоритм доступу до цільової аудиторії в межах якісного та кількісного компонентів дослідження передбачав поетапний підбір приватних ЗОЗ і НУО за географічним принципом, а саме:

- встановлення контактів із керівниками та соціальними працівниками для рекрутингу респондентів;
- отримання згоди й контактної інформації учасників;
- організацію та проведення face-to-face опитувань і ПІ з пацієнтами програм ЗПТ;
- подальшу обробку й аналіз даних.

Опитування в межах кількісного компонента дослідження тривало з 8 жовтня по 11 листопада 2024 року та охопило 472 пацієнтів приватних ЗОЗ.

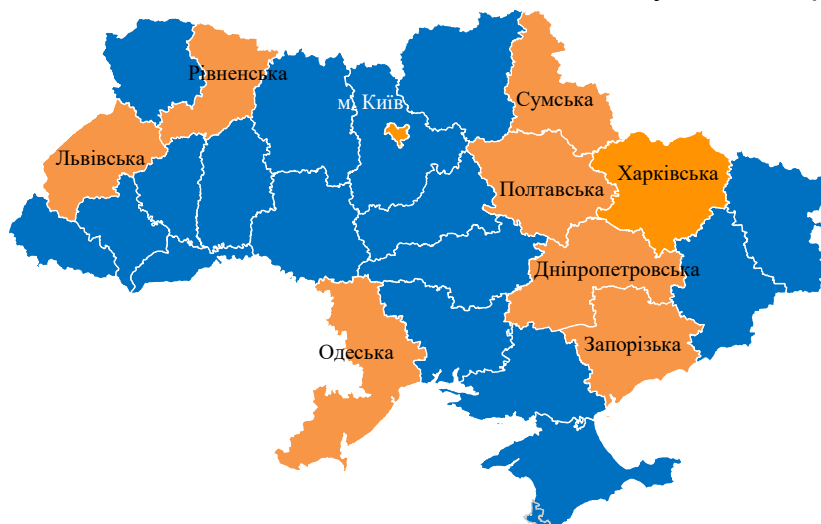
Польовий етап якісного дослідження тривав з 8 по 31 жовтня, протягом якого було проведено 15 глибинних інтерв'ю.

Участь була добровільною, респонденти якісного і кількісного компонентів не перетинались.

Послуги зі збору даних в рамках обох компонентів дослідження було надано ТОВ «Оперативна соціологія».

## Вибрка та географія дослідження

Кількісний та якісний компоненти охопили 9 регіонів: 8 областей – Дніпропетровська, Запорізька, Львівська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Харківська та місто Київ.





Пошук та рекрутинг респондентів в межах кількісного та якісного компонентів здійснювався в місцях, де вони є отримувачами послуг:

- ЗПТ в ЗОЗ приватної форми власності, які надають лікування із використанням препаратів та надають звітність щодо якісних та кількісних характеристик пацієнтів ЗПТ до ЦГЗ;
- з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ: ЛВНІ за договорами про закупівлю послуг у сфері охорони здоров'я за кошти Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, укладених між ЦГЗ та регіональними неурядовими організаціями (НУО).

Якісний компонент дослідження передбачав проведення глибоких інтерв'ю з пацієнтами, які, на момент проведення польового етапу дослідження отримували послуги ЗПТ в ЗОЗ приватної форми власності та могли бути рекрутовані як в приватних закладах, які надають ЗПТ, так і в межах НУО, що надають послуги цільовій аудиторії дослідження.



## Обмеження дослідження

1. При встановленні попереднього контакту із ЗОЗ приватної форми власності, які мали бути потенційно залученими до дослідження, деякі заклади не були налаштовані на співпрацю, що затримувало укладання домовленостей і початок збору даних.
2. Не вдалось встановити контакти із ЗОЗ приватної форми власності Сумської області, у зв'язку з чим, за погодженням з ЦГЗ, було додатково зібрано по чотири анкети в семи регіонах і проведено одне ГІ з пацієнтом із міста Київ.
3. Під час проведення кількісного опитування у Запорізькій області не вдалось зібрати дані через платформу SurveyMonkey методом face-to-face. У цьому регіоні платформа виявилась заблокованою через часткову окупацію регіону, тому опитування було проведено за допомогою програми комп'ютерної телефонії (CATI).
4. Декілька пацієнтів відмовились від спілкування через страх порушення конфіденційності та небажання говорити про свою проблему.
5. Деякі потенційні учасники дослідження давали попередню згоду на проведення інтерв'ю або опитування, але не приходили в призначений час або не підіймали слухавку, через що була потреба рекрутувати інших учасників.
6. Через агресивну поведінку деяких учасників кількісного опитування, інтерв'юерам доводилось достроково завершувати розмову. Завершені таким чином інтерв'ю не були включені до загального масиву даних.
7. Під час проведення кількісного опитування в окремих випадках респонденти перебували у стані, що унеможлиблював надання валідних відповідей, у зв'язку з чим інтерв'юери були змушені достроково припиняти проведення інтерв'ю.
8. Через неможливість встановити контакт із приватним ЗОЗ Сумської області, інтерв'ю якісного компонента було проведено в Києві, а анкети кількісного компонента за погодженням із ЦГЗ перерозподілені між 7 регіонами.



## Результати дослідження

### Соціально-демографічні характеристики

В цьому підрозділі наводяться соціально-демографічні характеристики вибірки.

Більшість респондентів відносяться до вікової категорії 35-44 років (57,8%). Середній вік склав 41.5 років, а медіанний 41 рік.

Вікова категорія	N	%
18-24 роки	2	0.4
25-34 роки	56	11.9
35-44 роки	273	57.8
45-54 роки	119	25.2
55-60 років	16	3.4
Старше 60 років	6	1.3

Більшість учасників є чоловіками (78%). Жінок у вибірці 22%.

Стать	N	%
Жіноча	104	22.0
Чоловіча	368	78.0

Принцип формування вибірки передбачав непропорційний відбір респондентів із різних областей для забезпечення географічного покриття, тобто, усі цільові області були включені до дослідження незалежно від кількості пацієнтів у кожній із них. Вибірка формувалася за зручністю та не є імовірнісною.

Область	N	%
м. Київ	60	12.7
Одеська	60	12.7
Харківська	60	12.7
Львівська	59	12.5
Полтавська	59	12.5
Дніпропетровська	58	12.3
Запорізька	56	11.9
Рівненська	33	7.0
Сумська	27	5.7



Більшість респондентів були неодружені, але мали партнера/ку (32.6%) або неодружені і не мали партнера/ку (32.2%). Значна кількість респондентів (28.2%) були одружені чи перебували в цивільному шлюбі.

Сімейний стан	N	%
Неодружені, має партнера/ку	154	32.6
Неодружені, не мають партнера/ку	152	32.2
Одружені або цивільний шлюб	133	28.2
Одружені, не живуть разом і не мають партнера	21	4.4
Одружені але мають іншого партнера	12	2.5

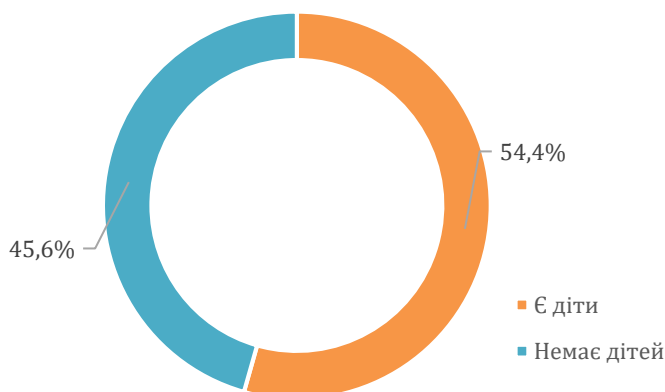
Що стосується освітнього рівня учасників дослідження, то більшість респондентів мали повну загальну (35.4%) або базову вищу (24%) освіту. Водночас майже кожен десятий мав незакінчену вищу освіту (10,5%).

Освітній рівень	N	%
Початкова освіта (неповних 9 класів)	10	2.3
Базова середня освіта (9 класів)	62	14.2
Повна загальна середня освіта (11 класів)	155	35.4
Базова вища освіта (ВНЗ I-II рівнів акредитації, технікум)	105	24
Незакінчена вища освіта (менше 4 курсів)	46	10.5
Повна вища освіта (бакалавр, магістр)	60	13.7

Щодо типу зайнятості, то респонденти були працівниками приватних підприємств (35%) або безробітними (32%).

Тип зайнятості	N	%
Працівник приватного підприємства	165	35.0
Безробітний	151	32.0
Фрілансер	38	8.1
Домогосподарка/домогосподар	25	5.3
Підприємець	21	4.4
Пенсіонер	21	4.4
Держслужбовець	11	2.3
Волонтер	11	2.3
Військовослужбовець	6	1.3

Приблизно в половині респондентів (257 осіб) є діти, з них 72.3% серед респондентів мають одну дитину. При цьому 71.1% респондентів (серед тих, в кого є діти) розповіли про одну фінансово залежну від них дитину.



Кількість дітей	N	%
Одна дитина	183	72.3
Дві дитини	56	22.1
Три дитини	12	4.7
Чотири дитини	2	0.8

Кількість фінансово залежних дітей	N	%
Одна дитина	128	71.1
Дві дитини	31	17.2
Три дитини	11	6.1
Чотири дитини	1	0.6

Що стосується доходу, то середній особистий дохід респондентів за останні 30 днів становив 10 795 тис. гривень. Разом з тим, медіанний дохід знаходиться на позначці 10, 000 тис. гривень.

Більшість респондентів (56.8%) проживає у власному помешканні. При цьому 26.3% проживають у помешканні родичів або друзів, не сплачуючи оренду, а 11.4% орендують помешкання. Лише один респондент проживає на вулиці.

Постійне місце проживання	N	%
В орендованому помешканні	54	11.4
Важко відповісти	1	0.2
Де прийдеться (часта зміна місця проживання)	13	2.8
Інше	11	2.3
На вулиці, в покинутих помешканнях, на вокзалах (безпритульний / безпритульна)	1	0.2
У власному помешканні	268	56.8
У помешканні родичів, друзів (не сплачую оренду)	124	26.3



## Досвід вживання наркотичних речовин

Респонденти мали широкий досвід вживання різноманітних ПАР. Перший досвід загалом, і перший досвід ін'єкційного вживання відбувалися в середньому у 18 та 21 років відповідно. При цьому жінки починали як вживання загалом, так і ін'єкційне вживання пізніше, ніж чоловіки. В середньому, між початком вживання ПАР загалом та початком ін'єкційного вживання проходило 2.7 роки. При цьому перехід до ін'єкційного вживання у жінок відбувався швидше, ніж у чоловіків.

	Вік початку вживання	Вік початку ін'єкційного вживання	Років між першим вживанням та початком ін'єкційного вживання
Середній (жінки)	20.21	22.15	1.94
Медіанний (жінки)	19.00	21.00	0.00
Середній (чоловіки)	18.11	20.93	2.92
Медіанний (чоловіки)	17.00	20.00	2.00
Середній (разом)	18.58	21.21	2.70
Медіанний (разом)	17.00	20.00	1.00

Учасники якісного етапу дослідження зазначали, що перше вживання відбувалося з простої цікавості та через вплив оточення:

*«За компанію. У нас була група, можна так сказати, компанія, з якою ми з дитинства були. І так от ми з дитинства, з дитинства і дійшли до цього»*

*«Старша компанія моя. Хотілося виглядати крутіше. Старші хлопці вживали. Я почав вживати, наслідуючи їх»*

*«Старшая компания моя. Хотелось выглядеть круче. Старшие ребята употребляли. Я начал употреблять, повторяя за ними»<sup>4</sup>*

Перші спроби ПАР зазвичай характеризувалися вживанням канабісу та «Трамадолу»:

*«Спочатку ми попробували покурити. Курили десь якийсь час, хтось десь спробував, що там були таблетки «Трамадол», якщо пам'ятаєте, ще були такі. От перейшли на нього, а потім перейшли вже на опіоїди»*

Оскільки респонденти є пацієнтами ЗПТ (яка застосовується при лікуванні залежності саме від опіоїдів), то й найбільш розповсюдженими речовинами вибору стали опіоїди. А саме, основною «речовиною вибору» для більшості (56,6%) респондентів був екстракт опію («ширка»). Значна доля респондентів також обирали ПАР, яка продається під вуличною комерційною назвою «вуличний метадон» (35%) або медичний метадон (25,2%).

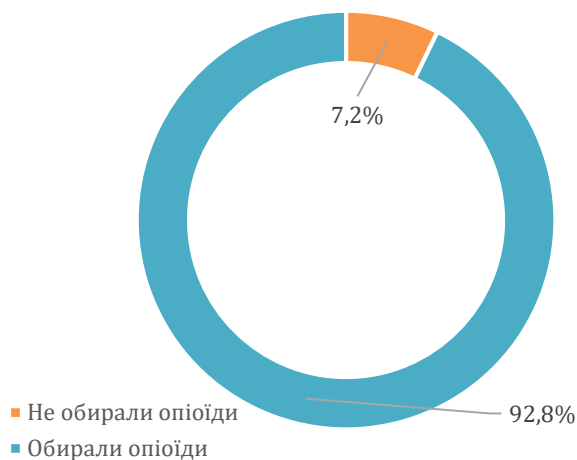
<sup>4</sup> Тут і далі дрібнішим текстом наведено цитату мовою оригіналу



Речовина	Досвід вживання (взагалі)		Речовина вибору		Досвід ін'єкційного вживання	
	N	%	N	%	N	%
Марихуана	401	85.0%	131	27.8%	15	3.2%
Дезоморфін	80	16.9%	6	1.3%	32	6.8%
Медичні опіоїди КРІМ метадона і бупренорфину	323	68.4%	83	17.6%	119	25.2%
Героїн	220	46.6%	66	14.0%	128	27.1%
Екстракт опію в рідкому стані	379	80.3%	267	56.6%	326	69.1%
"Вуличний метадон"	333	70.6%	165	35.0%	237	50.2%
Метадон медичний (пігулки) - БЕЗ ПРИЗНАЧЕННЯ	287	60.8%	119	25.2%	154	32.6%
Бупренорфін	180	38.1%	44	9.3%	71	15.0%
Кокаїн	82	17.4%	4	0.8%	9	1.9%
Амфетамін у вигляді порошка	247	52.3%	37	7.8%	78	16.5%
Метамфетамін у формі порошка, кристалічний	168	35.6%	19	4.0%	54	11.4%
Метамфетамін в формі розчину	243	51.5%	41	8.7%	133	28.2%
Меткатинон, Катинон	68	14.4%	4	0.8%	24	5.1%
"Солі для ванн"	112	23.7%	12	2.5%	45	9.5%
Екстазі, МДМА	115	24.4%	9	1.9%	4	0.8%
Аптечні препарати	146	30.9%	9	1.9%	50	10.6%
Антигістамінні препарати	254	53.8%	48	10.2%	127	26.9%
Бензодіазепіни, транквілізатори	172	36.4%	10	2.1%	49	10.4%
Снодійні	224	47.5%	36	7.6%	61	12.9%
Кілька речовин в одному шприці	227	48.1%	43	9.1%	120	25.4%



Чи була речовина вибору опіоїдом, %



Респондентів в опіоїдах приваблював ефект розслаблення, спокою:

*«Проблеми відходили на другий план. Отже, я нічого не можу сказати, просто мені це надавало силу, впевненість у собі»*

*«Проблемы уходили на второй план. Так вот, я ничего не могу сказать, просто мне так придавало силу, уверенность в себе»*

*«...В принципі так, в загальному — розслаблено, спокійно себе чувствую. І от якесь удовлетвореніє після приходу, після цього ось. Як-то комфортно себе чувствую»*

*«Одразу настрої піднімався, відразу хотілося щось робити, спілкуватися. По-перше, усе ніби знеболювалося. Нічого не болить. Усе добре. Проблеми одразу кудись зникали, відходили на другий план. Знаєте, спочатку це було як свято якесь — уколотися й піти містом гуляти, загалом, з друзями в кафе посидіти»*

*«Сразу настроение поднималось, сразу хотелось что-то делать, общаться. Во-первых, оно и обезболивалось всё. Ничего тебя не болит. Всё хорошо. Сразу вот проблемы куда-то уходили на другой план. Знаете, сначала как праздник какой-то — уколотся и пойти по городу погулять, в общем, с друзьями в кафе посидеть»*



## Досвід перебування у місцях позбавлення волі

Досвід перебування у місцях позбавлення волі, %



Кількість строків	N	%
Один	85	41.3
Два	46	22.3
Три	31	15.0
Чотири	18	8.7
П'ять	14	6.8
Шість	4	1.9
Сім	1	.5
Вісім	2	1.0
Дев'ять	2	1.0
Десять	1	0.5
Дванадцять	1	0.5
Тринадцять	1	0.5

Чи припинили вживання в місцях позбавлення волі	N	%
Не припиняли вживання	84	40.8
Припинили вживання	122	59.2

У межах дослідження було приділено увагу вивченню досвіду пацієнтів програм ЗПТ у приватних ЗОЗ відбування покарання. Як показали результати, 44% респондентів мали досвід перебування в місцях позбавлення волі, при цьому середня кількість відбутого покарання становила 2,5 строків. Значна частина респондентів (40.8%) не припиняли вживання під час ув'язнення. Респонденти якісного етапу описували випадки зупинки вживання у місцях позбавлення волі з наступним поверненням до нього після звільнення:

*«Крадіжка. Мене посадили. Один строк. Потім я вийшов, знову почав вживати — знову посадили, потім знову вийшов — знову посадили. Коротше, так було тричі. Тобто я кидав у в'язниці, але коли виходив, знову починав. Бо знову ж, якщо я виходив, у житті знову треба було в якесь русло встати. Жодної реабілітації після цього не було, після відсидки, тобто я маю на увазі, щоб соціально якимось вбудуватися в життя. І знову живав наркотики, щоб знову ж себе почувати добре, розкуто. І це постійно був такий ланцюжок»*

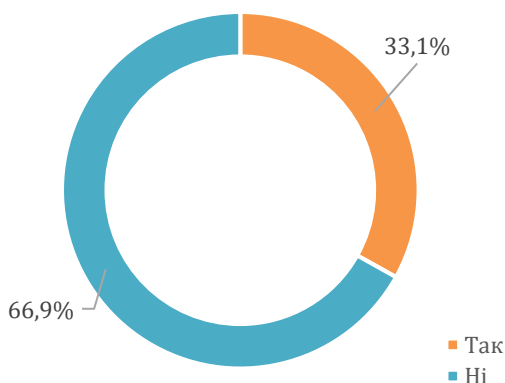
*«Воровство. Мене посадили. Один строк. Потом я вышел, опять начал употреблять — опять посадили, потом опять вышел — опять посадили. Короче, вот так три раза было. То есть я бросал в тюрьме, но когда я выходил из тюрьмы, я опять начинал, потому что опять же, если я выходил, в жизни опять надо было в русло какое-то встать. Никакой реабилитации после этого не было, после отсидки, то есть я имею ввиду, чтобы социально как-то встроиться в жизнь. И опять употреблял наркотики для того, чтобы опять же себя чувствовать хорошо, раскованно. И оно постоянно вот такая цепочка шла»*



## Попередній досвід лікування

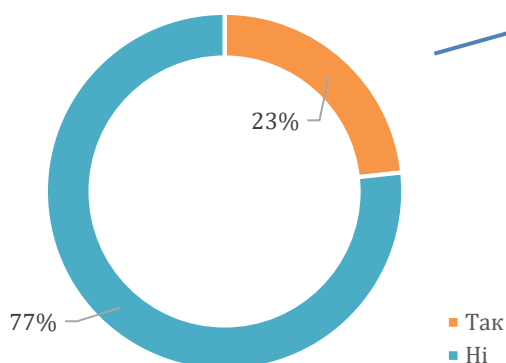
Найчастішим мотивом звернення по допомогу незалежно від типу інтервенції було бажання припинити вживання нелегальних наркотиків.

Чи зверталися до реабілітаційного центру?, %



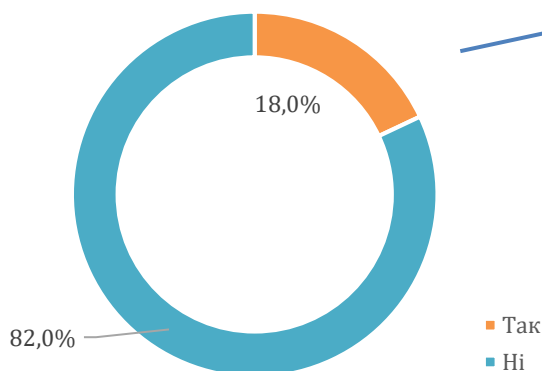
Причина звернення до реабілітаційного центру	N	%
Примусили родичі (або інші люди)	19	13.9
Стало важко діставати наркотики	4	2.9
Хотів зменшити дозу	3	2.2
Хотів покращити здоров'я	9	6.6
Хотів припинити вживання нелегальних наркотиків	<b>86</b>	<b>62.8</b>
Хотів трохи перепочити від «двіжу»	8	5.8
Хотів уникнути покарання	8	5.8

Чи зверталися по детоксикацію до державної клініки?, %



Причина звернення по детокс. до державної клініки	N	%
Примусили родичі (або інші люди)	23	23.2
Стало важко діставати наркотики	3	3.0
Хотів зменшити дозу	4	4.0
Хотів покращити здоров'я	4	4.0
Хотів припинити вживання нелегальних наркотиків	<b>55</b>	<b>55.6</b>
Хотів трохи перепочити від «двіжу»	4	4.0
Хотів уникнути покарання	6	6.1

Чи зверталися по детоксикацію до приватної клініки?, %



Причина звернення по детокс. до приватної клініки	N	%
Примусили родичі (або інші люди)	7	9.3
Стало важко діставати наркотики	3	4.0
Хотів зменшити дозу	2	2.7
Хотів покращити здоров'я	11	14.7
Хотів припинити вживання нелегальних наркотиків	<b>46</b>	<b>61.3</b>
Хотів трохи перепочити від «двіжу»	6	8.0



У реабілітаційному центрі респонденти лікувалися переважно від 1 до 5 разів (86.9%). В середньому було 3,5 епізоди лікування.

#### Скільки разів лікувалися у реабілітаційному центрі, %



Детоксикація у державному ЗОЗ переважно представлена 1-5 епізодами лікування (81.4%). В середньому у респондентів було 4 епізоди такого лікування.

#### Скільки разів проходили детоксикацію у державному ЗОЗ, %



Детоксикація у приватному ЗОЗ зазвичай була представлена 1-5 епізодами лікування (97.6%). В середньому у респондентів було 2.4 епізоди такого лікування.

#### Скільки разів проходили детоксикацію у приватному ЗОЗ, %



Учасники якісного етапу згадували й про спроби «самолікування»:

*«Я ніде не лікувався. У мене були такі періоди, що я сам, своїми силами... Це були такі недовгі періоди, на місяць, півтора — це найбільше. І потім знову повертався [до вживання]»*



*«У мене були спроби самотійно відмовитись. Пару разів було, скажімо так, успішно. Знову починав. Були спроби, але провальні»*

Описувалися й більш «радикальні» спроби полишити вживання самотійно:

*«...один знайомий... самотійним способом, “давай ми тебе, коротше, прив’яжемо, щоб ти перекумарився, коротше, в погребі”. Типу віруючі — це наподоби такого було. Це не платилося, на добровільній основі. Я думаю, “ну, поспробую, може, получится”. Ніфіга, ні, [не допомогло]»*

Подібні способи залишити вживання іноді називалися словосполученням «реабілітаційні центри»:

*«[У “реабілітаційному центрі”] так: паспорт забирають — лопату видають. Отакий реабілітаційний центр. ... по вуках їздять, шукають безплатних працівників. Це свого роду секта. Це теж, ви ж розумієте, що всі оці релігії — це все опіум для народу, це теж усе створено, щоб заробляти гроші з давніх-давен, це шахраї найперші. І от вони тебе затягують... Я там пробував майже півроку. А потім зрозумів, що цей [засновник “реаб. центру”] просто наживається на таких, як я, він нас здає в оренду. ... бере за це нормальні гроші, машини собі купує, з дружиною бізнеси відкриває, дім собі будує»*

*«[В “реабілітаційному центрі”] так: паспорт забирают — лопату видают. Вот такой реабилитационный центр. ... по ушам ездят, ищут бесплатных работников. Это своего рода секта. Это тоже, вы же понимаете, что все вот эти религии, все это опиум для народа, тоже все это создано для того, чтобы зарабатывать деньги испокон веков, это мошенники самые первые. И вот они тебя затягивают... Я там пробыл почти полгода. А потом я понял, что этот [засновник “реаб. центру”] просто наживается на таких, как я, он нас сдает в аренду. ... он берет за это деньги нормальные, он там себе машины покупает, с женой бизнесы открывает, дом себе строит»*

Респонденти вдавалися і до спроб «кодування»:

*«Це 94-й рік, 95-й... Це в нас в місті він приїжджав, кодував від наркозалежності і дівчат від ожиріння»*

Проте, деякі респонденти зверталися й до ЗПТ перед тим, як почати свій останній епізод лікування:

*«Я в такому подібному [медичному закладі] в одному був, але його закрили, і от я після них на цей перейшов»*

*«Ні, не вперше [звертався], але це було 4–5 разів, коли я вживав, і я йшов на замісну терапію»*

*«Нет, не первый раз, но это было 4–5 раз, когда я употреблял, на заместительную терапию я шел»*

*«Я була на кількох програмах»*

*«Я была на нескольких программах»*



Крім програми ЗПТ, респонденти могли звертатися до програми «12 кроків», яку теж можна вважати інтервенцією з доведеною ефективністю:

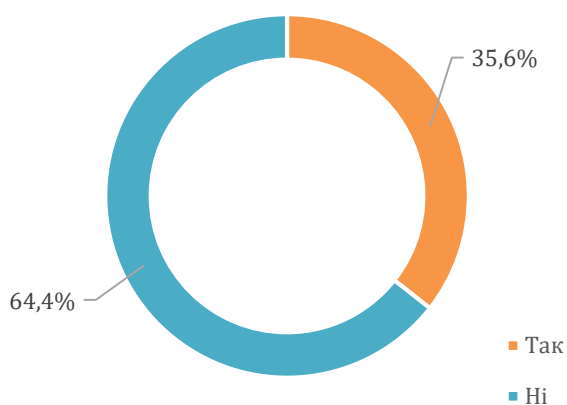
*«...Потім ще в нас одне відділення від наркодиспансеру, і там я був частим гостем, бо лягаю на місяць, може, два. Там є програма... 12-шагова оця... навіть починав там перший, другий, третій шаг. Вже з відділення виписують і треба продовжити ходити на оцю реабілітацію. І все, в мене все, втерявся»*



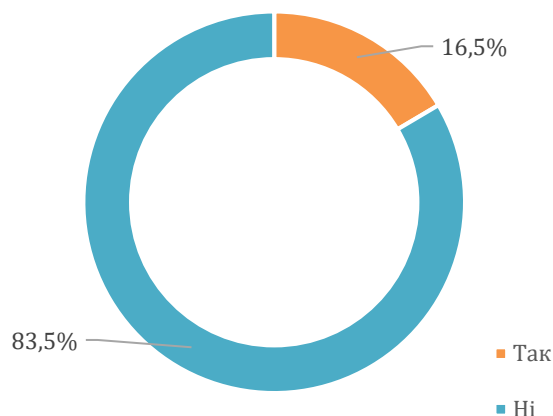
## Попередній досвід звернення до ЗПТ

Для третини респондентів (35.6%) поточний епізод лікування у приватних клініках ЗПТ не був першим. **Третина респондентів (32%) взагалі не знали про існування державних програм ЗПТ на момент коли виникла потреба в лікуванні.** Лише 16.5% мали досвід звернення до державних клінік до поточного лікування. Це означає, що для значної кількості людей (83.5%) приватні клініки стали першим вибором.

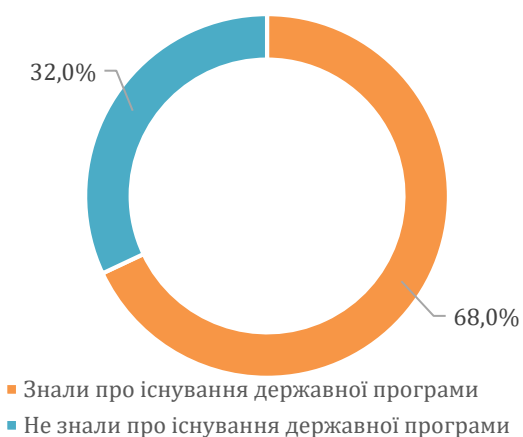
Чи мали попередній досвід звернення до **приватних** клінік (не враховуючи поточне лікування), %



Чи мали попередній досвід звернення до **державних** клінік (не враховуючи поточне лікування), %



Чи знали про існування **державних** програм ЗПТ на момент потреби почати лікування, % серед тих, хто не має досвіду лікування у державних ЗОЗ



Таким чином, обізнаність щодо існування таких програм у державних ЗОЗ може бути одним з основних бар'єрів між пацієнтом та державною програмою ЗПТ.



Серед пацієнтів, що мали досвід лікування у іншій приватній клініці про існування програми ЗПТ у приватних закладах більшість (50%) респондентів дізналися від людей, які мали досвід перебування на такій програмі. 38.1% дізналися про таку програму від друга або члена сім'ї.

Звідки дізналися про приватну програму ЗПТ	N	%
Від людей, які мали досвід перебування в приватній програмі	84	50.0
Від друга або члена сім'ї	64	38.1
Від лікаря/медичного працівника	11	6.5
Через соціального працівника	7	4.2
Дізнався про існування таких програм через Інтернет	6	3.6
Від працівників організацій, що займаються видачею голок та шприців	5	3.0
В реабілітаційному центрі	5	3.0
Важко відповісти	4	2.4
З вуличної реклами	1	0.6
З брошур/інформаційних матеріалів	1	0.6

Основною причиною попереднього звернення до приватних ЗОЗ було бажання припинити вживання нелегальних наркотиків (45.2%). Крім того, вагомою причиною була неможливість дістати наркотики (18.5%) та бажання перепочити від «двіжу».

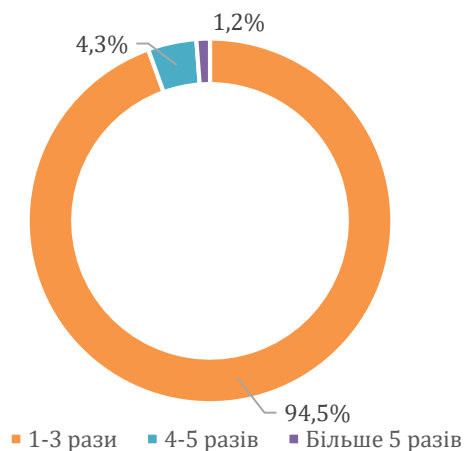
#### Причини звернення до приватного ЗОЗ, %



Найчастіше в респондентів було 1-3 епізоди лікування у приватних ЗОЗ (не враховуючи поточний епізод лікування (94.4% респондентів). Лише відносно невелика частина респондентів лікували більше 4 разів (4.3% 4-5 разів та 1.2% більше 5 разів).

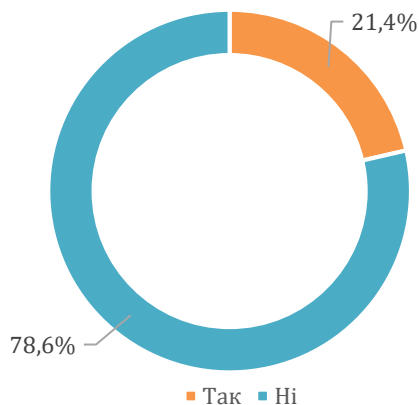


### Скільки було епізодів лікування у приватних ЗОЗ, %



Серед респондентів, що мали попередній досвід лікування в приватних клініках в 36 (21.4%) людей були неуспішні спроби поступити на програму ЗПТ до приватного ЗОЗ.

### Чи були неуспішні спроби поступити до приватного ЗОЗ, %



Основними каналами отримання інформації про державну програму ЗПТ (для респондентів, що знали про існування державної програми, але не відвідували її) стали сім'я/оточення та люди, які вже стоять на програмі. Таким чином, інші канали інформації (такі як вулична реклама, інформування з боку лікарів тощо) виглядають менш ефективними.



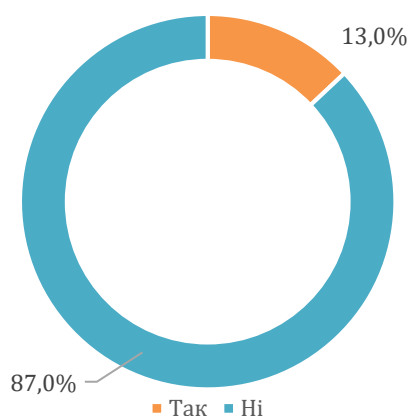
<b>Звідки дізналися про існування державної програми ЗПТ? (ті, хто не мав досвіду лікування у державних ЗОЗ)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Від друга або члена сім'ї	131	39.5
Від людей, які мали досвід перебування в державній програмі	115	34.6
Від організацій, що займаються видачею голок та шприців	27	8.1
Від лікаря/медичного працівника	14	4.2
З інших джерел (будь ласка, вкажіть)	14	4.2
Важко відповісти	13	3.9
Через соціального працівника	12	3.6
В реабілітаційному центрі	3	0.9
Дізнався про існування таких програм через Інтернет	2	0.6
З вуличної реклами	1	0.3

Серед тих, хто мав досвід перебування на державній програмі ЗПТ, основним каналом інформації про програму були люди, які мали досвід перебування на державній програмі (52.9%) та друзі/члени сім'ї (24.5%).

<b>Звідки дізналися про існування державної програми ЗПТ (ті, хто мав досвід лікування у державному ЗОЗ)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Від людей, які мали досвід перебування в державній програмі	54	52.9
Від друга або члена сім'ї	25	24.5
Через соціального працівника	8	7.8
Від лікаря/медичного працівника	7	6.9
З інших джерел (будь ласка, вкажіть)	5	4.9
Від працівників організацій, що займаються видачею голок та шприців	2	2.0
В реабілітаційному центрі	1	1.0

В 43 людей були неуспішні спроби потрапити до державної програми.

#### **Чи були неуспішні спроби поступити до державного ЗОЗ**



Основною перешкодою на шляху до ЗПТ в державному ЗОЗ стала наявність черг (55.8% серед тих, хто мав неуспішні спроби поступити до державного ЗОЗ) та відсутність вільних місць (41.9%).



Причина неуспішного досвіду поступлення до державного ЗОЗ	N	%
Була черга	24	55.8
Не було вільних місць	18	41.9
Не зміг оформити документи (крім мед.довідок)	6	14.0
Не сподобалися умови/персонал	6	14.0
Передумав	5	11.6
Не зміг пройти медичні обстеження	4	9.3
Не зміг оформити діагноз	3	7.0
Потрапив(ла) до іншого ЗОЗ	2	4.7
Вже не пам'ятаю	2	4.7
Потрапив(ла) до місць позбавлення волі	1	2.3

Серед тих, хто мав досвід лікування у державному ЗОЗ, 89.3% проходили 1-2 епізоди такого лікування. В середньому таких епізодів лікування було 1.6.

Скільки разів лікувалися в державній клініці	N	%
1-2	75	89.3
3-4	4	4.8
5-6	1	1.2
7+	3	3.6

Таким чином, додатковим бар'єром до вступу до державної програми може стати її неспроможність задовольнити попит.

Проте, учасники якісного етапу згадували й про інші причини невдалого звернення до програми в державні клініки. Так, основною причиною невдачі могло бути ставлення персоналу:

*«Ось на державній — так, я там вже навіть не могла знаходитися, бо там ставлення до нас було як до якоїсь худоби, нас ні в що не ставили. Там взагалі, на державній програмі, твориться жах. Наша головна робить усе, що хоче, розумієте? Вона тільки сказала — звільнили, сказала — вигнали. Беззаперечно, розумієте? Ось я з нею там посварилась, і вона чекала будь-якого моменту, щоб лише мені помститися. Ви можете уявити?»*

*«Вот на государственной — да, я не могла там уже даже находиться, потому что там отношение к нам как к скоту какому-то, нас там ни во что не ставили. Там вообще, на государственной программе, творится ужас. Там наша главная делает все, что хочет, понимаете? Она только сказала — уволили, сказала — вигнали. Беспрекословно, понимаете? Вот я с ней там поссорилась, и она поджидала любой момент, чтоб только мне отомстить. Вы можете себе представить?»*

*«І ось ходив [на державну програму ЗПТ]. ...У нас багато лікарів некомпетентні, вони не готові працювати з наркоманами. ...Ти приходиш, а там — “Що ти, падлюка, ще не здох?” Таке ставлення. Вони себе ставлять ніби зверхньо, мовляв, ти тут прийшов якийсь чорт. І через це вийшло, що посварився з лікарем, і на цьому, коротше, моя*



**програма закінчилась».**

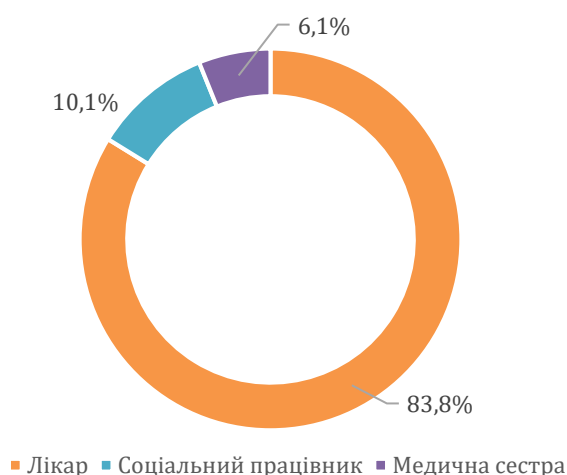
*«И вот ходил [на державну програму ЗПТ]. ...у нас врачи многие некомпетентные, они не готовы работать с наркоманами. ...Ты приходишь, а там — “Що ти, падлюка, ще не здох?” Такое отношение. Они себя ставят как бы свысока, что ты тут пришел какой-то черт там. И из-за этого получилось, что разругался с врачом, и на этом, короче, моя программа закончилась»*

Основною причиною звернення до державних ЗОЗ було бажання припинити вживання нелегальних наркотиків (55.6%) та важкість діставання наркотиків (14.1%).

Основна причина звернення до державного ЗОЗ	N	%
Хотів припинити вживання нелегальних наркотиків	55	55.6
Стало важко діставати наркотики	14	14.1
Інше (вказіть)	10	10.1
Хотів покращити здоров'я	9	9.1
Вже не пам'ятаю	3	3.0
Хотів зменшити дозу	3	3.0
Хотів трохи перепочити від «двіжу»	2	2.0
Хотів уникнути покарання	2	2.0
Примусили родичі (або інші люди)	1	1.0

Респонденти, які мали досвід ЗПТ в державних ЗОЗ отримували консультації переважно від лікарів, і лише 10.1% зазначили про спілкування з соціальним працівником. При цьому ставлення до пацієнтів з боку персоналу переважно описувалося як «доброзичливе» або нейтральне. Схожа ситуація спостерігається у тому, як пацієнти описували ініціативність мед.персоналу: більшість людей описували допомогу з боку персоналу як активну або нейтральну. Лише невелика частка людей оцінили допомогу та ставлення з боку персоналу як негативні.

**Хто консьультував (державні ЗОЗ)**

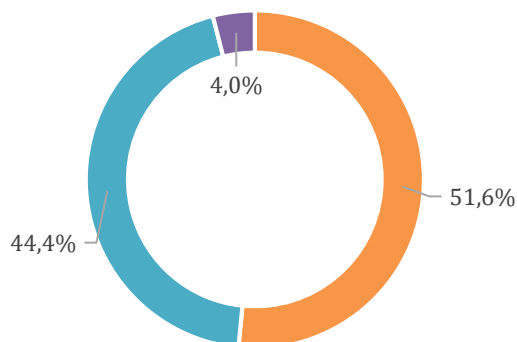


**Ставлення персоналу (державні ЗОЗ)**





### Допомога з боку персоналу (державні ЗОЗ)



- Просто надали інформацію але не допомагали
- Активно допомагали
- Зробили все ще складніше

Учасники кількісної складової дослідження майже не згадували про погане ставлення, на відміну від учасників якісного етапу:

*«Державна [лікарня] є державна [лікарня]. Якщо кажуть, що не платять гроші врачам і медсестрам, нема грошей, яке буде відношення до пацієнта?»*

*«...Саме ставлення лікарів [у приватних ЗОЗ], розумієте, зовсім інше»*

*«...Само отношение врачей [у приватных ЗОЗ], понимаете, ну совсем другое»*

*«[Ставлення у державних ЗОЗ] це взагалі, ну це якийсь цирк»*

*«[Ставлення у державних ЗОЗ] это вообще, ну это ж цирк какой-то»*

Серед респондентів 27.1% погодилися б або скоріше погодилися б на перехід до державної програми, якби їм це запропонували. Натомість 49.4% не погодилися б або скоріше не погодилися б перейти до державного ЗОЗ. 23.5% не визначилися (можливо погодилися б, можливо ні).

Чи погодилися б перейти на державну програму	N	%
Точно погодився б	52	11.0
Скоріше погодився б	76	16.1
Можливо погодився б, можливо ні	111	23.5
Скоріше не погодився б	84	17.8
Точно не погодився б	149	31.6



## Поточний приватний ЗОЗ

Як і у випадку державних ЗОЗ, що впроваджують ЗПТ, більшість респондентів дізналися про свою поточну програму в приватному ЗОЗ від друзів/сім'ї (47.7%) та від людей, що вже мали досвід перебування на державній програмі ЗПТ (26.5%).

Звідки дізналися про поточну програму (приватні ЗОЗ), %



Пацієнти в цілому отримували підтримку з боку близьких людей. Найбільше підтримки надходило від партнерів/ок (61.3%), друзів (54.0%) та батьків (47.9%). В той же час діти та інші родичи переважно не знали про рішення респондента поступити на програму ЗПТ.

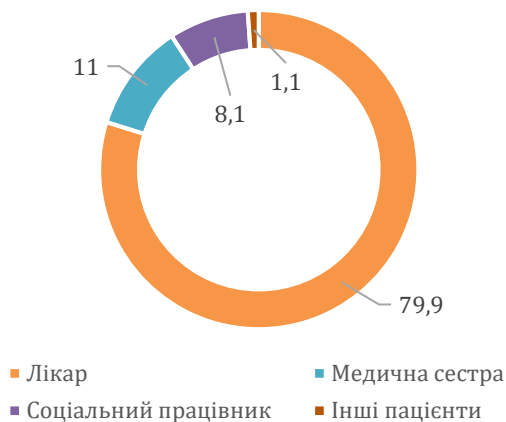
Підтримка з боку...	Так		Ні		Нейтрально		Не знали	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Батьки	194	47.9	44	10.9	41	10.1	126	31.1
Партнер/ка	204	61.3	35	10.5	26	7.8	68	20.4
Діти	44	17.2	27	10.5	16	6.3	169	66.0
Інші родичі	69	18.9	32	8.8	36	9.9	228	62.5
Друзі	242	54.0	27	6.0	108	24.1	71	15.8

Реакція родичів в цілому могла варіюватися:

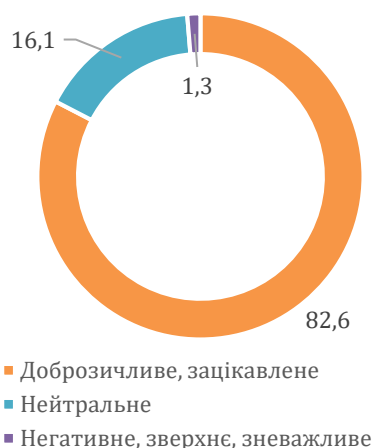
*«Мама підтримувала, батько — не дуже, батько так взагалі перестав. Сказав, що “в мене немає сина”. А мати підтримувала. Ходила, провідувала мене».*



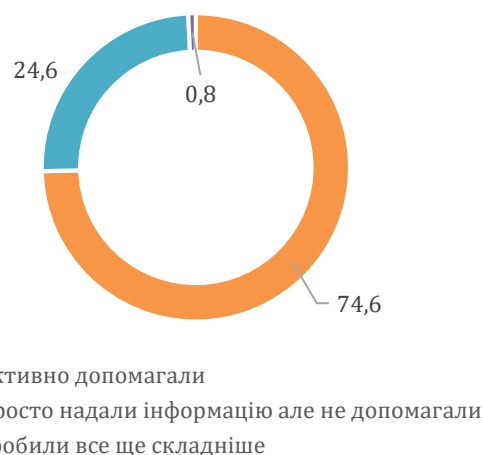
### Хто консультував (приватні ЗОЗ)



### Ставлення з боку персоналу (приватні ЗОЗ)



### Допомога від персоналу (приватні ЗОЗ)



Крім медичних та соціальних працівників надавати консультації могли й інші робітники приватних ЗОЗ, як от адміністратори:

*«Дівчинка-адміністратор [надавала інформацію]. У мене з нею були гарні стосунки, то вона мені пропонувала, даже допомагала, щоб стати на безкоштовну програму для лікування гепатитів»*

Інший респондент розповідав про свою взаємодію безпосередньо з лікарем:

*«Лікар був. З лікарем. І лікар контролював весь цей процес. Треба було здати аналіз сечі, що то я, бо є такі, які приносять чужу. Да. Отут так контролюється, щоб все було як треба... Коли приходиш, лікар тебе питає, який ти наркотик вживав. Потім аналізи, все це здаєш, він дивиться, питає, як вживаєш. Є ж там різні наркотики і по-різному. Я кажу, що я колов. "Можеш показати місця, куди колешся, де, як?" Таке от»*

Ставлення з боку персоналу описувалося як позитивне:

*«Чесно, от у ту клініку, куди я ходжу, то слава Богу, там усі лікарі, ніхто на тебе не кричить, всі намагаються знайти певний підхід. Якщо ти прийшов раніше, пізніше*



*прийшов — якимось стараються вирішити це питання, ніхто не грубіянить. Якщо навіть, буває, якихось 10–20 гривень не вистачає, наступного разу занесу, вони кажуть “Не проблема”»*

*«Честно, вот в ту клинику, в которую я хожу, то слава богу, то есть врачи все, никто на тебя не кричит, все пытаются найти определенный подход. Если ты раньше пришел, позже пришел, как-то стараются решить весь этот вопрос, никто тебе не грубиянит. Если даже, бывает, каких-то 10–20 гривен не хватает, в следующий раз занесу, они говорят “Не вопрос”»*

*«Якщо брати з десяти [балів]... поставлю дев'ять, навіть дев'ять з плюсом. Бо ти прийшов мокрий — “Дайте, будь ласка, серветку”. Тобі дають серветку. “Можете дати води, будь ласка, попити?” Ось вам вода, пийте. Також у медсестри чи лікаря був день народження, на стіл виставляли, я бачив печиво, цукерки. Ось таке. Молодці, тут молодці»*

*«Если брать из десяти [балів]... пускай девять, даже девять с плюсом. Потому что ты пришел мокрый — «Дайте, пожалуйста, салфетку». На тебе салфетку. «Можете дать воды, пожалуйста, попить?» Нате вам воды попить. Также там у медсестр или у врача был день рождения, на стол выставляли, я видел печенье, конфеты. Такое вот. Молодцы, тут молодцы»*

*«Тут нормально. Тут люди якимось адекватні такі, і щоразу вони цікавляться у тебе, лікар, як твоє самопочуття, як ти себе почуваєш. Ось якимось зовсім інакше, ніж ось ці державні»*

*«Здесь нормально. Здесь люди как-то адекватные такие, и как-то каждый раз они интересуются у тебя, врач, как твоё самочувствие, как ты себя чувствуешь. Вот как-то совсем по-другому, чем вот эти государственные»*

При цьому подекуди можна було почути й думки про те, що не всі приватні ЗОЗ однаково гарно ставляться до пацієнтів. Так, деякі з респондентів розповідали про негативний досвід взаємодії з приватним ЗОЗ:

*«... я бував, заходив із хлопцями, які там брали. Просто забув, як воно точно називається. Це на Харківському шосе. Не пам'ятаю. Загалом, якщо тобі не вистачає якихось десяти гривень, “Іди звідси, у мене ще черга”. Я кажу: “Будь ласка, я донесу 20 гривень”. “Ти що, мене не зрозумів? Я зараз усю чергу прожену, через тебе всі тут стоятимуть. Що тобі не ясно? 20 гривень, усе. Іди шукай, потім прийдеш”. І, коротше, там таких моментів вистачає. Сваряться, матюкаються, взагалі без проблем»*

*«... я бывал, заходил с ребятами, которые брали там. Я просто забыл, как конкретно оно называется. На Харьковском шоссе находится это. Я не помню. В общем, у тебя денег не хватает десятки, «пошел вон отсюда, у меня еще очередь». Я говорю: «Пожалуйста, 20 рублей донесу». «Ты шо, меня не понял? Я щас тут всю очередь выгоню, из-за тебя щас будут все тут стоять. Что тебе не ясно? 20 рублей, все. Иди ищи, потом придешь». И, короче, вот таких хватает там моментов. В общем, ругаются, матерятся, вообще без проблем»*

*«Воно тільки пригнічує. Ти ходиш у ту клініку, приходиш, кидаєш гроші, тобі теж кидають на стіл ті ліки — усе, вільний. Тобто це ж не лікування, це ж узагалі абищо: тобі офіційно просто видають наркотики, щоб ти, так би мовити, знищував себе, і все. А в інших клініках... У моїй клініці просто лояльно до всього ставляться»*



*«Оно угнетает только. Ты ходишь в ту клинику, ты пришел, деньги кинул, тебе тоже кинули на стол те лекарства — все, свободен. То есть это же не лечение, это же вообще шо попало, тебе официально просто выдают наркотики, чтобы ты, как бы, убивался, и все. А в других клиниках... В моей клинике просто лояльно ко всему относятся»*

Інший респондент розповідав про стигматизуюче ставлення:

*«До споживачів наркотиків ставляться як до наркоманів. Більшість цього обслуговувального персоналу. Ніхто нікому не йде назустріч»*

*«К наркопотребителям относятся как к наркоманам. Большая часть этого обслуживающего персонала. Никто никому не идёт навстречу»*

Жоден респондент не стверджував, що обов'язковими були всі обстеження. Проте, 15.9% респондентів повідомили, що пройшли усі з перелічених обстежень. В більшості респондентів (80.5%) проходження обстежень зайняло до 3 днів. Те саме стосується й оформлення документів: 89.2% респондентів повідомили, що оформлення документів зайняло до 3 днів.

Пройшли перевірку на...	N	%
ВІЛ	312	66.1
Гепатити	252	53.4
Туберкульоз	229	48.5
Сифіліс	82	17.4
Пройшли ВСІ перевірки	75	15.9

Обов'язковим був тест на...	N	%
ВІЛ	240	50.8
Туберкульоз	171	36.2
Гепатити	167	35.4
Сифіліс	34	7.2
Всі були обов'язкові	0	0

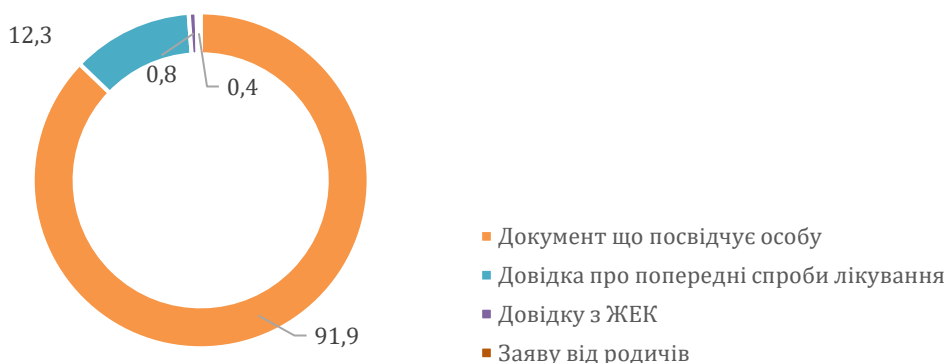
Скільки часу пішло на обстеження	N	%
До 3 днів	380	80.5
3-7 днів	75	15.9
Від 1 до 4 тижнів	14	3.0
Від 1 до 3 місяців	2	0.4
Від 3 місяців до року	1	0.2

Часу пішло на оформлення документів	N	%
До 3 днів	421	89.2
3-7 днів	39	8.3
Від 1 до 4 тижнів	11	2.3
Від 1 до 3 місяців	1	0.2

Переважній кількості респондентів необхідно було оформити документ, що посвідчує особу, 91.9% респондентів. Меншій кількості необхідно було оформити довідку про попередні спроби лікування (12.3%), незначній кількості респондентів необхідно було отримати довідку з ЖЕК (0.8%) або заяву від родичів (0.4%).



### Які документи треба було оформити



Крім тестів на захворювання, респонденти могли проходити й інші перевірки, як от огляд слідів від уколів на тілі, аналіз сечі на речовини або запитання про попередній досвід лікування:

*«Вони подивились, що в мене, як там, аналізи здав, що дійсно я вживаю, ще показував, що в мене є проколи»*

*«Я кажу, що я колов [опіюди]. [Лікар питає:] “Можеш показати місця, куди колешся, де, як?”»*

*«Так, дуже довго [тривало обстеження]. Очень подробно, в подробностях, який наркотик употреблял, есть ли аллергия»*

*«...запитували [про попередній досвід лікування]. І показав тест, і в мене ще відкріп з минулого разу був, я ж на державній був, і в мене була виписка з лікарні»*

Оформлення документів також відбувалося належним чином:

*«Тобі ж не так, що прийшов — і все, я хочу... Ні, все — як вимагає закон, заява, все. І мені бумажку вони так же саме з печаттю головного їхнього лікаря, що дійсно стою на програмі»*

*«Там купа паперів просто, а от заяви точно були. А які — я вам зараз точно не скажу. Там був цілий пакет документів, які ти маєш підписати»*

*«Там куча бумажек просто, а вот заявления точно были. А какие — я вам сейчас в точности не скажу. Там целый пакет был документов, которые ты должен подписать»*

*«Там, загалом, була людина, яка оформляла папери. Я не знаю, мала вона медичну [освіту] чи ні, але саме вона все заповнювала. А далі ти вже розмовляв із лікарем — він тебе оглядав: “У пах колешся? А, не колешся”. Аналізи вже здавали через лікаря. Спочатку заповнювали папери, а потім усе перевіряв лікар»*

*«Там в принципе был человек, который оформлял бумаги. Я не знаю, было у него врачебное какое-то, не было врачебное, а кто заполнял. А дальше ты еще разговаривал с врачом, он тебя проверял: «В пах*



*колешься? А, не колешься». Сдавали анализы уже через врача. Сначала заполнял бумаги, а потом уже врач все проверял»*

*«Так, там у туалет на місці йдеш — вони дають тобі стаканчик, ти туди пісяєш, і вони відразу при тобі — чик! — туди тест занурюють і показують лікарю та тобі. І все. Оце вони роблять щомісяця. І буває, іноді кажуть: ага, хлопці, треба зробити тест на гепатит або ще на щось, чи на ВІЛ. Так само періодично роблять якісь — на ВІЛ, на гепатит. Я чув, що оновлюють флюшку, наприклад. Я так розумію, що, мабуть, як рік проходить — знову флюорографію обов'язково. Я просто ще року не ходжу, тому не знаю. Періодично якісь перевірки роблять — ВІЛ тощо»*

*«Да, там в туалет на месте ты идешь, они тебе дают стаканчик, ты писаешь туда, и они сразу же при тебе — чик! — туда тест макают и показывают врачу и тебе. Там всё. Вот это каждый месяц они делают. И бывает, иногда они тебе говорят, что ага, ребята, надо сделать тест на гепатит или ещё на какую-то, или на ВИЧ. Тоже периодически делают какие-то — на ВИЧ, на гепатит. Я слышал, что обновляют флюшку, допустим. Я так понимаю, что, наверное, как год проходит, опять флюорографии по-любому. Я же просто еще год не хожу, я не знаю. Периодически какие-то делают, проверяют, ВИЧ»*

Інформування про особливості та правила програми теж відбувалося, пацієнтам пропонувалося ознайомитись з документами:

*«Пам'ятки, я читав, під пам'яткою підписувався»*

*«Звісно, він мені пам'ятку давав. Я читав про печінкові, про гепатит, повністю пам'ятку»*

*«Так, і усно, і брошури читав — там загалом багато різної літератури є»*

*«Да, и устно, и брошюры читал, в основном там литературы много всякой есть»*

*«З документів подавав паспорт, якщо не помиляюсь, ідентифікаційний код і підписував деякі папери. Якщо чесно, зміст не пам'ятаю. Зміст — в плані про нерозповсюдження препарату, і ти ознайомлений з правилами, скажімо так, прийому і поводження з препаратами»*

Один респондент розповів, що лікарі заявляли про те, що нібито будуть перевіряти, чи не стоїть респондент на іншій програмі, а лише потім відбулися додаткові аналізи:

*«[Питають:] "зараз, на цей момент, ніде не стоїш? Бо ми все це будемо перевіряти". Я кажу: "Ні, я ніде не перебуваю на обліку". Усе, вони там зробили якийсь тест, який показав, що так, я залежний, вживаю. Потім — документи, ось твій паспорт, ідентифікаційний код, і вони мені сказали, щоб я приніс флюорографію. Здається, робили якийсь тест — чи на ВІЛ, чи на туберкульоз, або і те, і те. Загалом, якісь тести вони мені там зробили, усе зібрали, усе нормально — показало, що ВІЛ-негативний»*

*«Сейчас, на момент, нигде не стоишь? Потому что мы будем проверять это все». Я говорю: «Нет, я нигде не состою». Все, они там какой-то тест сделали, что он показал, что да, я зависимый, употребляю. Все, документы, вот твой паспорт, идентификационный код, и они мне сказали, чтобы я*



*принес флюорографию. По-моему, тест какой-то, или на ВИЧ, что-то делали, или на туберкулез, или то и то. В общем какие-то тесты они у меня там поделали, собрали, все нормально, у меня показалось, что отрицательный ВИЧ»*

Важливо зауважити, жоден респондент не згадав про проходження додаткових перевірок на депресію, тривожний розлад, алкогольну залежність тощо. Супутній скринінг є частиною прийнятого [Стандарту](#) надання медичної допомоги при залежності від опіоїдів.

Більшість респондентів (82.1%) приймають метадон в якості препарату ЗПТ. При цьому 69.2% респондентів отримують препарат на руки. Судячи з відповідей учасників якісного етапу, приватні ЗОЗ починають видавати препарат «на руки» доволі швидко, через декілька днів після початку лікування або в перший день звернення. В Україні наразі діє «Порядок проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів» (затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України 27 березня 2012 року № 200). Цей порядок [визначає](#) в тому числі й період, після якого препарат може бути виданий на руки. Цей період складає щонайменше 3 місяці. Видача препарату на руки швидше за 3 місяці не відповідає законодавству.

Учасники дослідження зазначали, що отримати препарат для самостійного прийому можна доволі швидко:

*«3 дні ходив [перед тим, як почали видавати на руки]»*

*«Ага, два чи три дня [ходив особисто] і далі вже [видали препарат на руки]»*

*«Перші три дні потрібно приходити і пити при лікарі. А потім уже все»*

*«Первые три дня надо приходит и пить при враче. А потом уже все»*

*«Вже для самостійного прийому [отримую]. На руки [препарат] видавали приблизно через місяць. Тобто місяць був під наглядом, а потім уже видавали на руки».*

*«Уже для самостийного приема [отримую]. На руки [препарат] выдавался где-то через месяц. То есть месяц был под наглядом, а потом уже выдавался на руки».*

*«Зараз згадаю. Та, мабуть, це... Блін, навіть не пам'ятаю. Дві неділі, це точно»*

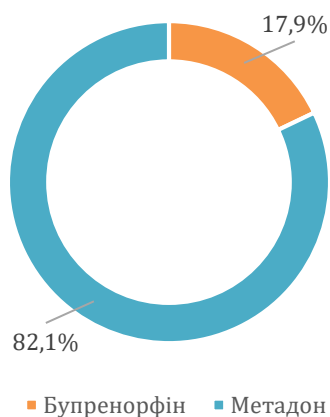
Інший респондент почав отримувати препарат “на руки” одразу після початку програми:

*«...якось одразу на три дні. А потім я брав на тиждень і на десять днів — без проблем»*

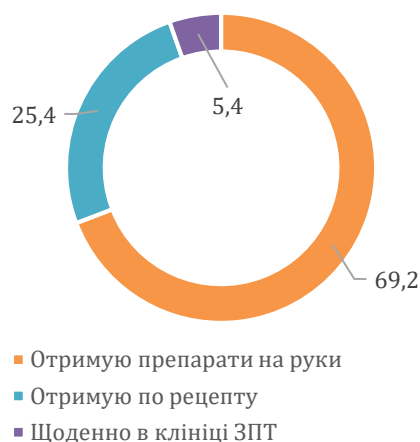
*«...как-то вот сразу на три дня. И потом я брал на неделю и на десять дней без проблем»*



Препарат ЗПТ



Форма видачі препарату



Видача препаратів на руки/за рецептом призначалася переважно протягом 3 місяців (41.2%). При цьому 40.5% респондентам такий режим видачі препарату призначався одразу, в перший візит. Лише 18.2% респондентам видача препарату на руки/за рецептом призначалася у встановлений законодавством період (3 місяці або більше), з яких 13.3% отримували таке призначення протягом 3-6 місяців, а 4.9% більше ніж через 6 місяців.

Через скільки почалася видача препаратів на руки/за рецептом	N	%
Одразу	173	40.5
До 3 місяців	176	41.2
3-6 місяців	57	13.3
Більше 6 місяців	21	4.9

Деяким респондентам пропонувалося обрати, який препарат ЗПТ вони хочуть використовувати:

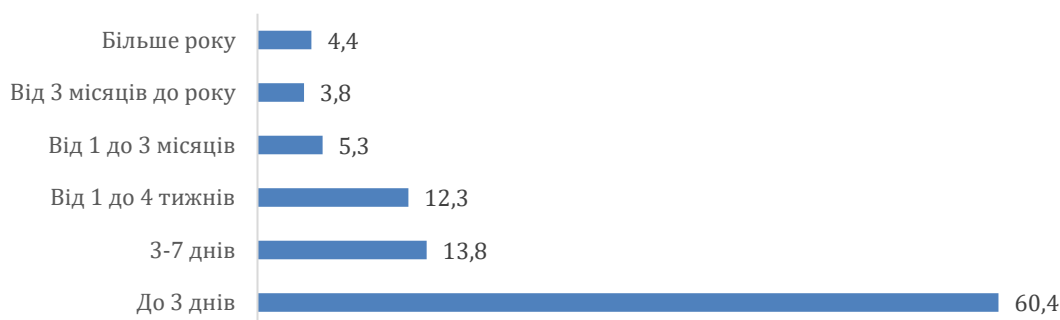
*«Чесно, я перший раз спробував оцей же «Бупренорфін» і «Метадон». «Метадон» мені не сподобався, і тому я коли оформлявся, то вже чітко казав, що мені оце, іншого не потрібно»*

*«[Мені кажуть:] «ти «Метадон» приймаєш, є можливість «Бупренорфін» приймати, там інше дозування і трішки по-іншому». От «Бупренорфін» я пам'ятаю дуже добре. Я кажу: «Дякую вам, що не забули про мене, я міняти нічого не буду, давайте оце по накатаному, мені нормально»»*

Між рішенням піти на ЗПТ та початком лікування в найчастіше проходило до 3 дні (60.4%). 13.8% респондентів змогли потрапити на програму за 3-7 днів, а 12.3% за 1-4 тижні. Більша кількість часу знадобилося відносно невеликій кількості респондентів.



### Днів до поступлення



### Поточний приватний ЗОЗ vs. державні ЗОЗ

Як про державні, так і про приватні програми ЗПТ респонденти дізнавалися переважно від близьких або від людей, що вже стоять на програмі. Проте, про державну програму дещо частіше дізнавалися від організацій, що реалізують заходи зменшення шкоди (як от роздача нових шприців): 8.1% дізналися про державну проти 3% дізналися про приватну. Програми зменшення шкоди можуть слугувати джерелом нових пацієнтів. Таким чином, підсилення співпраці між організаціями, що реалізують програми зменшення шкоди та державними ЗОЗ, що впроваджують ЗПТ може призвести до кращого «покриття» послугами.

Дізналися про програму від...	Державну програму, %	Поточну приватну, %	Різниця, %
Від друга або члена сім'ї	39.5	47.7	-8.2
Дізнався про існування таких програм через Інтернет	<b>0.6</b>	<b>3.6</b>	<b>-3.0</b>
З інших джерел	4.2	6.1	-1.9
Від лікаря/медичного працівника	4.2	5.3	-1.1
З брошур/інформаційних матеріалів	0.0	0.6	-0.6
Через соціального працівника	3.6	3.8	-0.2
З вуличної реклами	0.3	0.4	-0.1
В реабілітаційному центрі	0.9	0.6	0.3
Важко відповісти	3.9	2.3	1.6
<b>Від працівників організацій, що займаються видачою голівок та шприців</b>	<b>8.1</b>	<b>3.0</b>	<b>5.1</b>
Від людей, які мали досвід перебування в державній програмі	34.6	26.5	8.1



Як у державних, так і у приватних ЗОЗ лікарі залишаються головними надавачами консультацій.

Хто консультував	Державна, %	Поточна приватна, %	Різниця, %
Медична сестра	6.1	11	-4.9
Інші пацієнти	0.0	1.1	-1.1
Соціальний працівник	10.1	8.1	2.0
Лікар	83.8	79.9	3.9

Ставлення персоналу у приватних ЗОЗ значно частіше оцінювалося як позитивне, в той час як ставлення персоналу державних ЗОЗ частіше сприймалося як нейтральне. Як слідує з якісного етапу, ставлення персоналу також може бути серйозним бар'єром між пацієнтами та державними програмами ЗПТ.

Ставлення персоналу	Державна, %	Поточна приватна, %	Різниця, %
Доброзичливе, зацікавлене	57.6	82.6	-25.0
Негативне, зверхнє, зневажливе	3.0	1.3	1.7
Нейтральне	39.4	16.1	23.3

Аналогічно до попереднього пункту, в оцінці поточної приватної клініки респонденти частіше обирали варіант "активно допомагали" коли розповідали про ініціативність персоналу клініки.

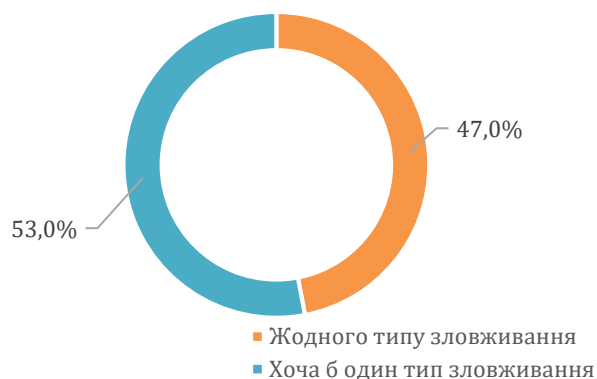
Допомога від персоналу	Державна, %	Поточна приватна, %	Різниця, %
Активно допомагали	44.4	74.6	-30.2
Зробили все ще складніше	4	0.8	3.2
Просто надали інформацію але не допомагали	51.5	24.6	26.9

### Прихильність до лікування та випадки зловживання

Близько половини респондентів (53%) хоча б один раз певним чином демонстрували неприхильність до лікування або зловживали препаратом під час свого поточного епізоду лікування в приватних клініках.

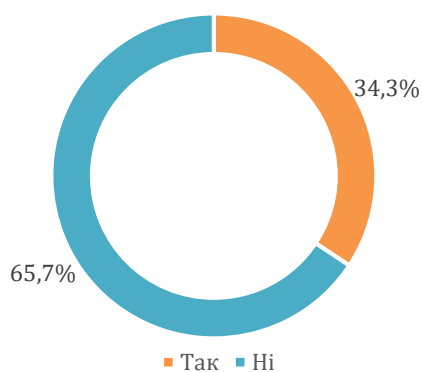
	Приймали більшу дозу		Пропускали прийом		Продавали препарат		Все разом	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Так	177	37.5	137	29.0	11	2.4	4	0.8
Ні	295	62.5	335	71.0	461	99.1	468	99.2

*Чи був хоч один різновид зловживання*



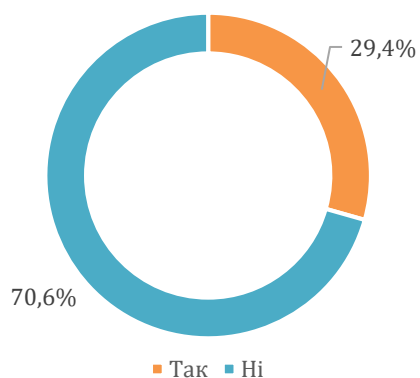
При цьому, близько третини респондентів вживали ін'єкційні (34.3%) або не ін'єкційні (29.4%) наркотичні речовини під час проходження лікування. Приблизно навпіл розділилися респонденти, що вживали нелегальні наркотичні речовини тим чи іншим чином (48.7%) та респонденти, що не вживали їх взагалі (51.3%).

*Чи вживали ін'єкційним шляхом*



Вживали ін'єкційно...	N	%
1 раз	72	33.0
2-3 рази	58	26.6
4-10 разів	57	26.1
11-20 разів	14	6.4
21-50 разів	8	3.7
Понад 50 разів	9	4.1

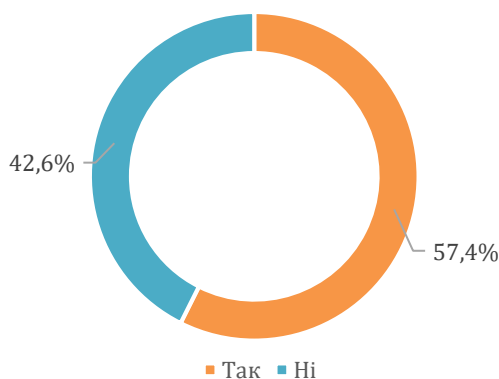
*Чи вживали НЕ ін'єкційним шляхом*



Вживали НЕ ін'єкційно...	N	%
1 раз	56	30.4
2-3 рази	31	16.8
4-10 разів	33	17.9
11-20 разів	18	9.8
21-50 разів	15	8.2
Понад 50 разів	31	16.8



### Чи вживали алкоголь



Вживали алкоголь...	N	%
1 раз	63	20.9
2-3 рази	51	16.9
4-10 разів	63	20.9
11-20 разів	34	11.3
21-50 разів	31	10.3
Понад 50 разів	60	19.9

Так, респонденти могли вживати нелегальні речовини паралельно з препаратом ЗПТ:

*«Скажу вам чесно, чому: тому що я тільки починав, я трохи підмішував з ширкою, періодично покалувався».*

*«Я ще брав вуличний [метадон]. Бо це ж як у алкашів, знаєш? Як алкашу. П'є? П'є, так, звісно, хочеться більшого... Так і наркоманові хочеться більшого... Наркоман, зрозумійте, — це людина, яка хоче кайфу. Якщо є можливість, звичайно, ще візьму вуличний метадон, так»*

*«Уличную [метадон] еще брал. Потому что это же как у алкашей, знаете? Как алкашу. Пьет? Пьет, да, конечно, хочется большего... Так и наркоману хочется большего... Наркоману, поймите, — это человек, который хочет кайфу. Если есть возможность, конечно, еще возьму уличный метадон, да»*

Або збільшували дозу:

*«Я навіть не знаю. Бувало таке: коли хворів, більше брав. Воно коли хворієш, треба більша доза»*

Також респонденти з певних причин могли пропускати прийом препарату:

*«Може, день, два буває таке... Коли дуже багато роботи»*

*«Бувало [пропускав], але це ще було на державній програмі, як оцей імпортований буває «Метадон». Ми тоді жили 70 кілометрів від міста на той момент ще з дівчиною. І бувало так, що потяг запізнівся, і пропускав»*

Подекуди респонденти могли згадувати про паралельне вживання лікарських засобів з рекреаційною метою:

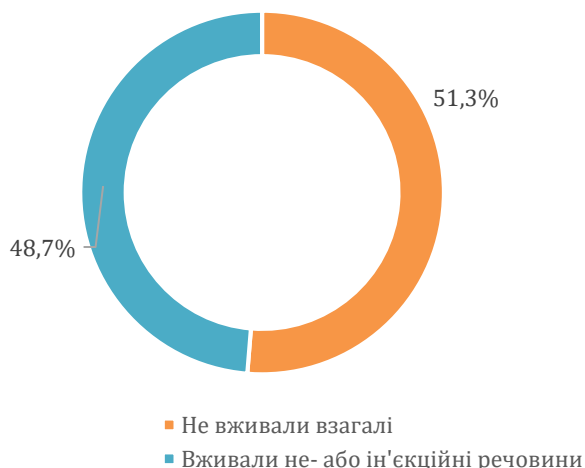
*«“Лирика”, так. Взагалі, знаєте, так робити не можна. Лікаря я не кажу про те, що ще п'ю “Лирику”... Вона подовжує тривалість дії препарату й підсилює сам його ефект»*

*«“Лирика”, да. Вообще, знаете, так делать нельзя. Врачу я не говорю о том, что я пью еще “Лирику”... Она усиливает длительность действия препарата и усиливает действие самого препарата»*



При цьому не можна сказати, що паралельне вживання зустрічається завжди. Так, трохи більше половини (51.3%) респондентів ніколи не вживали паралельно. Проте, частка людей, що таки вживали паралельно залишається дуже високою (48.7%)

Чи вживали під час лікування



Про незацікавленість у паралельному вживанні розповідали й респонденти якісного етапу:

*«Ні, він [“вуличний” метадон] мене не цікавить. Ви зараз відро мені поставте — він мені по барабану»,*

*«Зараз я намагаюся сприймати це все як ліки і не більше. Просто щоб почуватися добре»*

*«Я сейчас стараюсь это все принимать как лекарство, и не больше. Просто чтобы чувствовать себя хорошо»*

Одна людина розповіла, що бере препарат не на 10 днів, а на менший період для того, щоб краще контролювати своє бажання зловживати:

*«Я, навпаки, беру менше, ніж можна: наприклад, якщо можна на 10, то я беру менше, ніж на 10. Мені так просто зручніше... щоб не зловживати всім цим, щоб тримати себе в руках. Бо спокуса є завжди в усіх, але ж треба розуміти, що це ні до чого доброго не приводить»*

*«Я беру, наоборот, меньше, чем можно: допустим, на 10, я беру меньше, чем на 10. Мне так удобно просто... чтобы не злоупотреблять этим всем, чтобы держаться в руках. Потому что соблазн всегда есть у всех, но надо же понимать, что это ни к чему хорошему не приводит»*

Основною причиною вживання нелегальних речовин під час ЗПТ стало бажання «зловити кайф» (57% людей, що вживали нелегальні речовини під час ЗПТ). Проте, значна частина споживала нелегальні речовини через те, що не вдалося отримати препарат або його доза була надто малою (21.3%). 25,4% респондентів зазначили, що не вважають дозу препарату достатньою.



### Причина вживання, %



Окремо стоять випадки вживання «вуличних» речовин на початку повномасштабного вторгнення, коли препарату могло не вистачати:

*«На другому наркотику [перечекав нестачу препарату] — опіум»*

*«Так, був без терапії [на початку повномасштабного вторгнення]. Звертався я до вуличних [речовин]»*

*«Да, был без терапии [на початку повномасштабного вторгнення]. Обращался я к уличным [речовинам]»*

Чи підходить доза препарату ЗПТ	N	%
Ні	120	25.4
Так	352	74.6

Поточне дозування Метадону зазвичай знаходиться в проміжку між 81 та 100 мг (49.1% респондентів). Близько третини (38.9%) респондентів приймають дозу вищу за 100 мг.

Поточна доза препарату (метадон)	N	%
20-50 мг	15	3.9
51-80 мг	31	8.1
81-100 мг	188	49.1
Більше 100 мг	149	38.9

При цьому бажане дозування Метадону переважно знаходилося у проміжку 101-150 міліграмів (45.1% респондентів)

Бажане дозування препарату (метадон)	N	%
50-100 мг	82	35.2
101-150 мг	105	45.1
151-200 мг	35	15.0
200+ мг	4	1.7



Поточне дозування респондентів, що приймають бупренорфін переважно знаходиться в проміжку між 9 та 14 мг

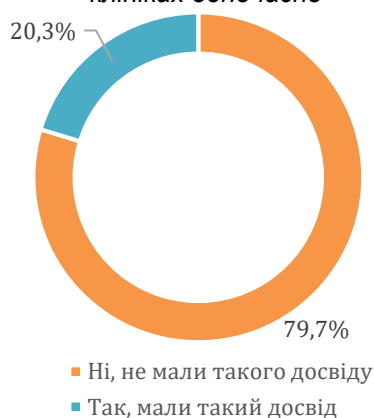
Поточне дозування препарату (бупренорфін)	N	%
4-8 мг	24	29.3
9-14 мг	32	39.0
15-20 мг	18	22.0
Більше 20 мг	8	9.8

Бажане дозування бупренорфін зазвичай знаходилося в межах 9-14 мг (35%) та 15-20 мг (35%). Лише дві людини (5%) хотіли б отримувати дозування вище за 20 мг.

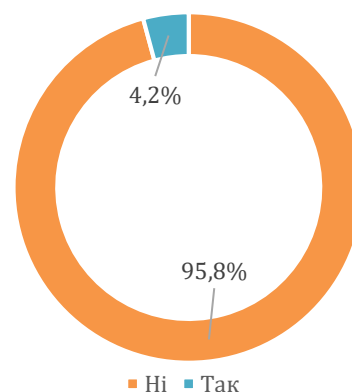
Бажане дозування препарату (бупренорфін)	N	%
4-8 мг	10	25.0
9-14 мг	14	35.0
15-20 мг	14	35.0
Більше 20 мг	2	5.0

Одним з основних викликів програми ЗПТ в Україні є паралельне отримання препаратів з метою зловживання (особисте вживання або продаж препарату). Так, **20.3% людей мали досвід одночасного отримання препарату в декількох клініках.**

Мали досвід отримання препарату в декількох клініках одночасно



Досі отримують паралельно



Респонденти якісного етапу також згадували про випадки отримання препарату в кількох клініках одночасно:

*«У мене є товариш, він стояв на п'яти клініках, і якось його викрили — у нього не було з собою тієї довідки, коротше, і зараз у нього кримінальна справа через те, що він був у різних клініках. Виявляється, ти не маєш права ходити в інші клініки. Ми про це навіть і не знали»*



*«У меня есть товарищ, он стоял на пяти больничках, и его как-то вычислили, у него не было с собой этой бумажки, короче, и у него сейчас уголовное дело идет за то, что он в разных больничках был. Оказывается, ты не имеешь права ходить на другую больничку. Мы об этом даже и знать не знали»*

Контроль за вживанням міг відрізнятися дуже сильно. Деякі респонденти розповідали, що жодних перевірок не проводиться:

*«Тестування сечі, залишки — ніколи не дзвонили, не питали. Узагалі ніколи. Я знаю, що таке роблять у безкоштовних закладах. У платних у мене такого точно не було, і я про таке навіть не чула»*

*«Тестування сечі, залишки — никогда не звонили, не спрашивали. Вообще никогда. Я знаю, что такое делают на бесплатных сайтах. На платных у меня не было точно, и я о таком не слышала даже еще»*

*«У цьому, розумієш, і була вся перевага платних сайтів ЗПТ. Ти платиш гроші — і тобі віддають препарат, за який ти заплатила. Ти нікому нічого не повинна пояснювати, вони не будуть заглядати тобі в рот. Це особиста справа, як ти його далі вживаєш»*

*«В этом, понимаете, и была вся прелесть платных сайтов ЗПТ. Ты платишь деньги — и тебе отдают препарат, за который ты заплатила деньги. Ты никому не должна ничего объяснять, они тебе не будут заглядывать в рот. Это личное дело, как ты его употребляешь дальше»*

Проте інші учасники розповідали про контроль за залишками препарату, регулярні аналізи:

*«Раз на місяць ти повинен привезти залишки, показати. От, наприклад, ти береш на 10 днів, і серед цих 10 днів маєш приїхати й показати: ага, ти, скажімо, 4 дні вживав — от у тебе залишилося на 6 днів. Ти приїжджаєш і маєш показати препарат на ці 6 днів, що він у тебе є, і при них випиваєш свою денну дозу. Тобто коли ти їдеш до них, того дня ти вдома сам не вживаєш — ти приїжджаєш, показуєш свої залишки й при них приймаєш свою дозу»*

*«Раз в месяц ты должен привезти зальшки, показать. Вот, допустим, ты берешь на 10 дней, и ты среди этих 10 дней должен приехать и показать: ага, ты, допустим, 4 дня проупотреблял, вот у тебя остается 6 дней, ты приезжаешь, ты должен показать на эти 6 дней препарат, что он у тебя есть, и при них выпить свою денную вот эту норму. То есть ты когда едешь к ним, в этот день ты не употребляешь сам дома, а ты едешь к ним, показываешь свои зальшки и при них выпиваешь свою вот эту дозу»*

*«...по-перше, щомісяця беруть у тебе аналізи, щоб показувало, чи ти вживаєш препарат, чи ні. Щомісяця вони в будь-якому разі роблять тобі тест»*

*«...во-первых, что каждый месяц они у тебя берут анализы, чтобы показывало, ты употребляешь препарат или нет. Каждый месяц они по-любому делают тебе тест»*



## Задоволеність послугами у приватних ЗОЗ

В цілому пацієнти приватних клінік найчастіше (мода) оцінили свою задоволеність різними аспектами лікування на 5 балів з 5. Середні й медіанні значення підтверджують високу оцінку.

Оцінка за шкалою 1-5	Зручність	Якість	Компетенція лікаря	Ставлення лікаря
Середнє	4.2	4.2	4.4	4.4
Медіана	4.0	4.0	5.0	5.0
Мода	5.0	5.0	5.0	5.0

Оцінка за шкалою 1-5	Компетенція мед.сестри	Ставлення мед.сестри	Загальна задоволеність	Чи рекомендували б
Середнє	4.4	4.4	4.4	4.4
Медіана	5.0	5.0	5.0	5.0
Мода	5.0	5.0	5.0	5.0

Респонденти обох частин дослідження в цілому гарно відгукалися про персонал приватних ЗОЗ:

*«У приватній [клініці] такі хороші стосунки, і поговорити можна, і ніколи лікар навіть поганого слова не скаже»*

*«На приватной такие хорошие отношения, и поговорить можно, и никогда доктор даже слова плохого не скажет»*

*«В принципі зі лікарями сайтів у мене стосунки непогані»*

*«В принципе с врачами сайтов у меня отношения неплохие»*

*«Відмінно, відмінно повністю, персонал дуже хороший»*

*«Отлично, отлично полностью, персонал очень хороший»*



Ціну на послуги вважають невиправданою та скоріше невиправданою 14,8% респондентів. Витрати на лікування можуть слугувати одним з основних чинників, що впливають на вибір між державними та приватними ЗОЗ. Проте, відносно невелика кількість людей негативно оцінили вартість послуг у приватних ЗОЗ.

Наскільки виправдана ціна лікування	N	%
Повністю виправдана	111	23.5
Скоріше виправдана	119	25.2
Нейтрально	172	36.4
Скоріше не виправдана	32	6.8
Зовсім не виправдана	38	8.1

	N	%
Повністю або скоріше виправдана	230	48.7

	N	%
Повністю або скоріше НЕ виправдана	70	14.9

Безкоштовність лікування у державних лікарнях при цьому фігурувала як одна з головних переваг державної програми:

*«Наприклад, от місяць я сидів удома — вже трохи була фінансова проблема. Тобто треба було щось придумати, думати, де взяти, у кого позичити. У державній безкоштовно пішов і отримав»*

*«Например, вот месяц я дома сидел — уже немножко финансовая была проблема. То есть надо было что-то придумать, думать, где взять, у кого занять. В державной бесплатно пошел и получил»*

В той же час навантаження на бюджет могло сприйматися як суттєве:

*«По-різному. На даний момент суттєво, бо з роботою сумно. А так, в принципі, залежно від фінансів, від роботи...»*

*«По-разному. На данный момент существенно, потому как с работой печально. А так, в принципе, в зависимости от финансов, от работы...»*

*«Звісно [суттєво]. Якщо ти живеш із дружиною, з дитиною, витягнути з сім'ї 3,5 тисячі — я думаю, є куди їх витратити, правда? На дитину, наприклад. За 3,5 тисячі дитині можна на зиму якусь курточку купити або одягнути, тиждень собі поїсти, припустимо.*

*Звісно, це відчутна сума. Це ж не 100 гривень, правда?»*

*«Конечно [суттєво]. Если ты живешь с женой, с ребенком, вытянуть из семьи 3,5 тысячи — я думаю, есть их куда потратить, правильно? На дитину, допустим. На 3,5 тысячи дитине можно на зиму какую-то курточку купить или одеть, неделю себе питаться, допустим. Конечно, это ощутимая сумма. Это же не 100 гривен, правильно?»*

Проте, фінансове навантаження не завжди сприймалося як суттєве. Були й респонденти, що розповідали про свою спроможність оплачувати послуги ЗПТ:

*«Відверто кажучи, якщо працюєш нормально, стабільно отримуєш гроші, то в принципі три тисячі — це зараз не так багато»*

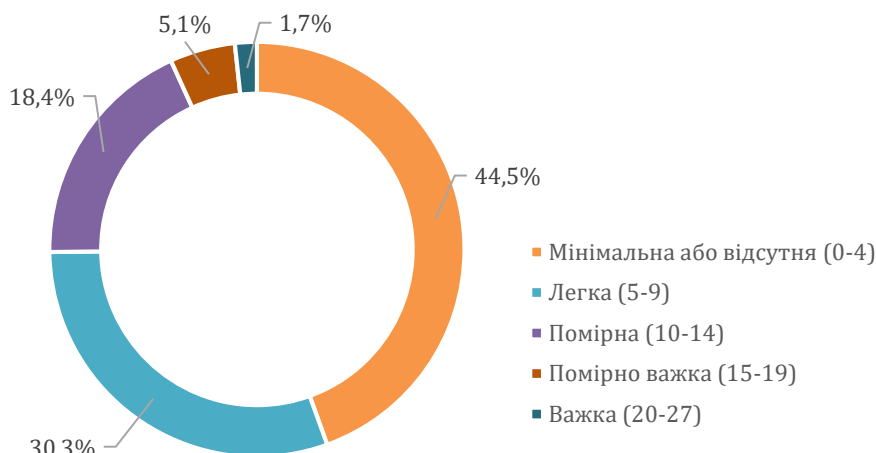
*«Откровенно говоря, если работаешь нормально, стабильно денежку получаешь, то в принципе три тысячи — это не так много сейчас»*



## Рівень депресії та тривожності, стигматизація

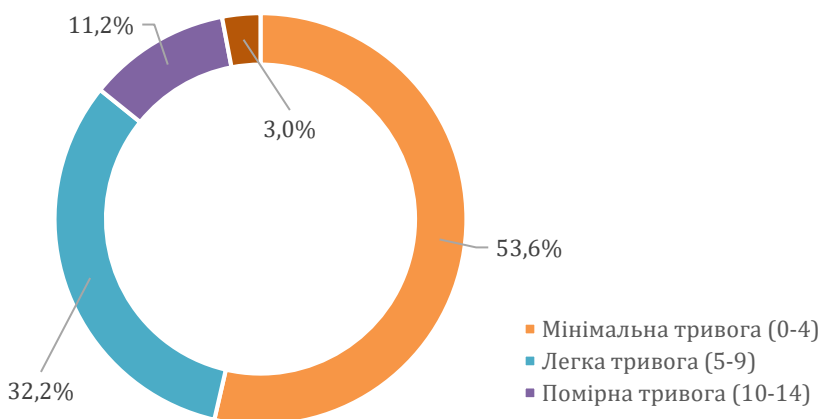
Значна частина респондентів (55,5%) демонстрували ознаки депресії за результатами застосування тесту PHQ9 (5 балів і більше). Середнє значення становить 6,4, тоді як медіанне значення – 5,0.

Рівень депресії за шкалою PHQ9, %



Разом з тим, 46.4% респондентів демонстрували ознаки тривожності за шкалою GAD7 (5 балів і більше). Середнє значення становить 4,9, тоді як медіанне значення – 4,0.

Рівень тривожності за шкалою GAD7, %



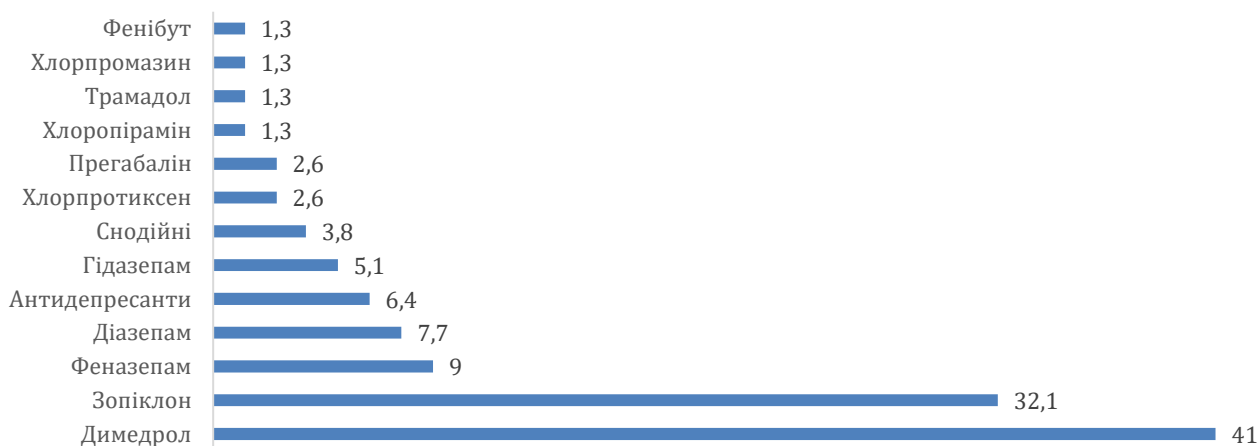
Деяким респондентам пропонувалося додатково приймати антидепресанти чи інші категорії ліків, що використовуються при лікуванні психічних розладів, як от депресія, безсоння чи тривожність.

Чи були додаткові призначення	N	%
Так	78	16.5
Ні	394	83.5



Найчастіше призначалися такі препарати як димедрол (41% серед тих, хто отримав додаткове призначення) та зопіклон (32.1%).

*Що призначали, %*



*«Це навіть було в цьому же році — антидепресанти давали»*

*«Звичайно, там дають, наприклад, ще “Димедрол”, “Соннат” можна взяти»*

*«Конечно, там дают, например, еще “Димедрол”, “Соннат” можно взять»*

*«Можеш сам “Димедрол” вживати. Припустимо, у державній такого немає. Там пропустив — і все, можуть вигнати тебе. Спіймали, що сам “Димедрол” пив, ти здаєш тести, я чув — вигнали. Все, так? Так. Тест здаєш на “Соннат” і “Димедрол” — вигнали тебе, так? Тобто там ніхто тебе не прописує, у нас там немає “Соннат” і “Димедрол”, як тут. Тобто там, скажімо так, дають тобі по-мінімуму, і не так, як ти хочеш, а залежно від того, яка є можливість»*

*«...можеш сам «Димедрол» употреблять. Допустим, в державной такого нету. Там пропустил — и все, могут выгнать тебя. Поймали тебя, что сам «Димедрол» пил, ты сдаешь тесты, я слышал, — выгнали. Все, да? Да. Тест сдаешь на «Соннат» и «Димедрол» — выгнали тебя, да? То есть там никто тебе не прописывает, там нет у нас «Соннат» и «Димедрол», как здесь. То есть там, скажем так, дают тебе по-минимальному, и не как ты хочешь, так скажем, а какая есть возможность у вас»*

*«...Вона мені порадила пити більше лужної води й каже: “тобі треба якось поспати”. А щоб поспати, мені, звісно, потрібно було вжити сам “Метадон” і “Димедрол” або ж “Соннат”, щоб просто от реально мене вирубило поспати...»*

*«...Она мне посоветовала побольше воды щелочной пить и говорит: «тебе надо как-то поспать». А чтобы поспать, это, естественно, мне нужно было сам «Метадон» употребить и «Димедрол» или же «Соннат», чтобы просто вот именно меня вырубило поспать...»*

*«Так, там у перші дні давали “Сібазон”»*

Варто зауважити, Димедрол, Соннат (зопіклон) та Сибазон (діазепам) мають потенціал для зловживання, адже ці лікарські засоби можуть бути використані з рекреаційною метою. Їхне



призначення в приватних ЗОЗ може вказувати на невідповідність процедур нормативним документам.

Так, один з респондентів описував рекреаційне вживання додаткових препаратів:

*«Так. Це природно, само собою. Коротше, найкращий приход або кайф від нього — це «Димедрол», у першу чергу «Метадон» і «Димедрол», а далі — на розсуд, оцей «Соннат». Тобто ти отримав цей кайф, а потім заснув разом із тим «Соннатом»...»*

*«Да. Это естественно, это само собой. Короче, лучший приход или кайф от него — это «Димедрол», в первую очередь «Метадон» и «Димедрол», и это уже на усмотрение «Соннат» вот этот. То есть ты кайф этот получил, потом уснул вместе с этим «Соннатом»...»*

Деякі респонденти розповідали про самостигматизацію:

*«Наркоман, виходить, превращается в охотника. Він дивиться, допустим, на своїх однокласників, зустрічає: «Привіт, Альона», — і він раз, дивиться на сєрьги: ого, скільки ж вони потягнуть? Тобто в животне превращается»*

*«Наркоман же не митець, наркоман — тварина»*

*«Наркоман же ж не художник, наркоман — животне»*

*«[Вживання] впливає на спосіб мислення загалом, на мій спосіб життя — стосунки з людьми зовсім іншими стають. Хто ж буде спілкуватися з наркоманом?»*

*«[Вживання] влияет на способ мышления вообще, образ жизни мой, отношения с людьми совсем другие становятся. Кто будет общаться с наркоманом?»*

*«Ну, наркоман є наркоман, що тут скажеш»*

*«Ну, наркоман есть наркоман, что тут сказать»*

*«...в нас у суспільстві є певне табу на наркозалежних»*



## Бар'єри, що заважають переходу на державну програму

Серед головних причин відмови від державної програми ЗПТ (серед тих, хто знав про державну програму ЗПТ на момент опитування та не хоче переходити на неї) можна виділити «довгі черги», «відсутність конфіденційності», «незручність місця розташування» тощо.

Причина відмови від державної програми, %



Респонденти якісного етапу згадували про такі недоліки державних програм:

- “Брак контролю”

*«Там при мені люди ходять, на ногах не стоять, п'яні — йому дають ці таблетки. Він пішов, десь їх навіть не випив, а вколов і помер. І так у багатьох закінчилося життя»*

*«Там при мне люди ходят, на ногах не стоят, пьяные — ему дают эти таблетки. Он пошел, где-то их даже не выпил, а уколол и умер. И так закончилась у многих жизнь»*

- “Недостатнє дозування”

*«У приватній, я чув, можна піднімати, там навіть можна піднімати багато, навіть до двох грамів можна піднімати. А в міській лікарні лише можна до 125 і все, піднімати максимум»*

*«В приватной, я слышал, можно поднимать, там даже можно и поднимать много, даже до двух грамм можно поднимать. А в городской больнице только можно до 125 и всё поднимать, самое большее»*

- “Брак конфіденційності”

*«Платна програма... там все конфіденційно»*

*«Платная программа... там все конфиденциально»*



*«Тому що державна знаходиться в наркодиспансері, там і поліція частенько, і не впевнені, що інформація не попадає до правоохоронних органів, скажімо так»*

*«[На державній програмі] дають лист, що ти наркоман, у всіх базах даних. Це вже таке клеймо в принципі. [На приватній програмі] — ні, це ж нібито все конфіденційно, а там ти в базі даних, тобто права отримати, зброю та подібне — ти цього вже не отримаєш»*

*«[На державній програмі] лист дають, що ти наркоман, во всех базах данных. Это уже такое клеймо в принципе. [На приватній програмі] — нет, это ж вроде бы все конфиденциально, а там ты в базе данных, то есть права получить, оружие и тому подобное — ты этого уже не получишь»*

*«Я говорю, як є. Одразу говорили, що от як ви... що було, то було. Сказали, що ніде воно не буде фігурувати, не переживай. Тобто якщо ти жениться соберешся, в ЗАГС, ми тобі не покажемо. Мені сподобалося»*

*«Ні, бо там потім надалі тобі взагалі дають довідку, що ти наркоман, у всіх базах даних. Це вже, по суті, тавро. А тут — ні, тут усе наче конфіденційно, а там ти в базі даних, тобто отримати водійські права, зброю чи щось подібне — ти цього вже не зможеш»*

*«...Нет, потому что там потом в дальнейшем тебе вообще лист дают, что ты наркоман, во всех базах данных. Это уже такое клеймо в принципе. Тут — нет, это ж вроде бы все конфиденциально, а там ты в базе данных, то есть права получить, оружие и тому подобное — ты этого уже не получишь»*

*«Ні, я не хочу на державну, бо про це ж одразу дізнається нарколог, розумієте, тебе ж у будь-якому разі ставлять на облік у нарколога. А якщо, наприклад, ти водиш машину чи щось таке — усе, для тебе там уже все закрито. Ну, і з роботою — ти не влаштуєшся, бо майже всюди треба проходити нарколога. Майже скрізь»*

*«Ну, на державную? Но это все равно... Нет, я не хочу на державную, потому что это и нарколог же сразу будет в курсе, понимаете, тебя же по-любому ставят до нарколога. А если, допустим, ты водишь машину или что-то — это же всё, для тебя закрыто там. Ну, и работа — ты на работу не устроишься, потому что на много где надо проходить нарколога. В основном везде»*

*«Ось таке, так. Не знаю, як це. І іноді задумуюся про те, щоб стати на ту державну, але знову ж таки друга проблема — що я й брат маємо автомобілі, і якщо стати на державну, то це буде, можна сказати, не дуже анонімно, тобто права мати не матиму. Я їх маю, але керування автомобілем буде під загрозою»*

*«Вот такое, да. Не знаю, как это. И иногда вот так задумываюсь о том, чтобы встать на эту державну, но опять же вторая проблема — что я, что брат имеем автомобили, и если встать в державну, то это будет, можно сказать, не сильно анонимно, то есть права не имею права иметь. Я имею их, но вождение автомобиля под угрозой будет»*



Варто зауважити, нормативні документи, що регламентують ЗПТ однакові як для приватних, так і для державних ЗОЗ. Таким чином, **побоювання щодо конфіденційності можна розглядати як нерозуміння пацієнтами правил ЗПТ в державних ЗОЗ.**

- “Незручний розклад роботи”

*«І плюс там таке, що навіть часу не буде, я не знаю, на роботу ходити. Тобто там з 7, припустимо, до 4 або скільки. Тобто ти мусиш обов'язково прийти. А якщо ти на роботі, то як ти туди ходитимеш? Ти два дні пропустив — тебе вигнали»*

*«И плюс там такое, что не будет время даже, я не знаю, на работу ходить. То есть там с 7, допустим, до 4 или сколько. То есть тебе нужно по-любому прийти. А если ты на работе находишься, то как ты будешь туда ходить? Ты два дня пропустил — тебя выгнали»*

*«Плюс, я ж кажу, що я сам собі господар, мені не потрібно бігти туди і от це все труситися, що я не встигну, щоб мене не вигнали»*

*«Плюс, я же говорю, что я сам себе хозяин, мне не нужно бежать туда и вот это вот труситься, что я не успею, чтобы меня не выгнали»*

*«Припустимо, як у мене було до війни: мені треба вранці відвезти дитину в школу, потім бігти на роботу, а я ще й люблю поспати і пізно лягаю — я розумію, що це мої проблеми, — але мені ще до всього цього треба було б вранці поїхати на програму ЗПТ і повернутися додому — ну ні, це жість»*

*«Допустим, как у меня было до войны: мне надо утром отвезти ребенка в школу, потом бежать на работу, а я еще и поспать люблю и поздно ложусь — я понимаю, что мои проблемы, — а мне еще до этого всего надо было бы утром съездить на программу на ЗПТ и вернуться домой — ну нет, ну это жість»*

- “Некомпетентність”

*«І самі лікарі кажуть: “А що ми можемо зробити? Вас на нас зараз скинули, як сніг на голову”. Вони самі там в шоці і кажуть: “Нам дали вас, а як лікувати вас, не сказали”»*

*«И сами врачи говорят: “А что мы можем сделать? Вас на нас сейчас скинули, как снег на голову». Они сами там в шоке и говорят: “Нам дали вас, а как лечить вас, не сказали”»*

- “Нестача інформації”

*«Чесно, я про ЗПТ дізнався в приватній клініці, я не знав, що в нас на державному рівні є така послуга»*

- “Ставлення персоналу”

*Роздягали мене — колюся чи ні. Але це таке приниження, розумієте, роздягати мене. А як вони з нами розмовляють, підвищують голос! Голос так підвищують, ви знаєте, кричать, взагалі ображають, але це жах»*

*«Раздевали меня — колюсь или нет. Но это такое унижение, понимаете, раздевать меня. А как они разговаривают с нами, повышают как голос! Голос настолько повышают, вы знаете, орут, вообще оскорбляют, но это ужас»*



*«[Знайомий] розповідає: там і виганяють, і лаються, і “що став? Давай, пий! Наступний!”. Тобто взагалі таке скотське ставлення, що ти вже не людина, а як відброс суспільства такий ось».*

*«[Знайомий] рассказывает: там и выгоняют, и матерятся, и “что стал? Давай, пей! Следующий!”. То есть вообще такое скотское отношение, что ты уже как не человек, а как отбросок общества такой вот»*

- “Відсутність потреби”

*«Мене в принципі і тут устраює»*

*«Мене все влаштовує. Чесно кажучи, якби не влаштовувало — я б щось міняв, щось інше шукав би. А так мені все нормально»*

*«Все влаштовывает у меня. Я, честно говоря, не влаштовывало бы — а я б менял что-то, что-то другое искал бы. А так мне все нормально»*

*«Ні, я не думав про державну програму, не думав про вступ. Мене все влаштовує з такою платною формою»*

*«Нет, я не думал про державную программу, я не думал о вступлении. Меня все устраивает с такой платностью»*

- “Велика кількість пацієнтів (черги)”

*«У державних програмах здебільшого ось така біда і є — іди почекай місяць-два. А що мені той місяць-два робити? Далі наркотики купувати»*

*«В государственных программах в основном вот такая беда и есть — иди подожди месяц-два. А что мне этот месяц-два делать? Дальше наркотики покупать»*

Коли респонденти казали про переваги державної програми, вони згадували про наступне:

- “Безкоштовність”

*«Напевно, в тому разі, коли взагалі немає роботи, немає нічого... І в такому разі стану тоді на безкоштовну цю програму»*

*«Чому я перейшов би [на державну програму]? Через фінансову [складову]»  
«Почему я перешел бы [на державную программу]? Из-за финансовой [складовой]»*

- “Безпечність”

*«Але є такі розмови, що зараз нібито ті, хто стоїть у державній клініці, тих повністю — посвідчення чи що ви пред'являєте — [ТЦК] не чіпають. А тих, хто в приватних, можуть. Я теж таких випадків не чув, але хтось говорив, що можуть тебе десь загребти і відправити воювати»*

*«Но есть такие разговоры, что сейчас якобы кто стоит в державной клинике, тех полностью — удостоверение или что вы предъявляете — [ТЦК] не трогают. А тех, кто в частных, могут. Я тоже таких случаев не слышал, но кто-то говорил о том, что могут тебя где-то загребти и отправит воевать»*



Таким чином, на основі відповідей респондентів можна виділити такі основні причини відмови від державної програми як черги, страх щодо порушень конфіденційності та незручність графіку/розташування. Приватні ЗОЗ, що впроваджують ЗПТ при цьому розглядаються як більш зручна та гнучка альтернатива. Розташування/графік роботи державних сайтів можуть заважати людям, що мають роботу та сім'ю. Це може створювати додаткові труднощі на шляху до ресоціалізації пацієнтів. При цьому наразі дані кажуть про те, що респонденти загалом не обізнані щодо реального рівня конфіденційності, який забезпечують державні ЗОЗ.

## Типовий маршрут пацієнта

### 1. Джерело інформації про програму ЗПТ

- Більшість пацієнтів дізнаються про програму від друзів, родини або знайомих, які вже проходять лікування.
- Деякі отримують інформацію в реабілітаційних центрах чи від медичних працівників.

### 2. Рішення про звернення

- Основні мотиви – бажання припинити вживання нелегальних речовин, покращити здоров'я.
- Родичі чи знайомі допомагають або наполягають на початку лікування.

### 3. Вибір приватної клініки

- Пацієнти звертаються саме до приватних ЗОЗ через зручність, відсутність черг і більш доброзичливе ставлення персоналу. Також серед причин може бути негативний досвід у державних закладах (черги, відсутність вільних місць, некоректне ставлення персоналу). Важливу роль у виборі саме приватних ЗОЗ відіграє уявлення та "міф" щодо більших ризиків розголошення персональних даних пацієнтів при лікуванні у ЗОЗ комунальної форми власності.

### 4. Процес оформлення

- Збір документів і проходження медичних обстежень триває у більшості випадків до 3 днів.

### 5. Початок лікування

- Більшість пацієнтів приймають метадон.



- Після короткого «періоду спостереження» (декілька днів) абл одразу після звернення до закладу – препарат видають на руки для його самостійного прийому, що є порушенням чинного законодавства.
- Пацієнти обирають між метадоном та бупренорфіном, з огляду на власний досвід і самопочуття.

## 6. Паралельне вживання та проблеми

- Деякі пацієнти продовжують вживати нелегальні речовини (48.7%), пропускають прийом препаратів (29%).
- Причини: бажання «зловити кайф» (57%), недостатня доза (21.3%) або, за даними якісного етапу, відсутність препарату на початку повномасштабного вторгнення.

## 7. Підтримка та адаптація

- Пацієнти отримують підтримку від родичів, друзів і самого персоналу клініки.
- Переважна більшість пацієнтів високо оцінюють ставлення персоналу (доброзичливе і турботливе).
- Є позитивні відгуки про зацікавленість і турботу з боку персоналу у приватних клініках.

## 8. Вартість та задоволеність

- Деякі пацієнти вважають вартість лікування суттєвою, але більшість погоджуються з тим, що ціна виправдана.
- Загалом задоволеність послугами дуже висока (середній бал 4.4–4.5 з 5).

## 9. Бар'єри переходу до державної програми

- Головний бар'єр – обмеженість місць, черги, недостатня обізнаність і недовіра до державних закладів.
- Деякі також зіштовхуються з адміністративними труднощами або негативним ставленням персоналу.



## Паралельне вживання

В рамках дослідження було виявлено, що рівень PHQ9 («депресивність») має слабку, але статистично значущу кореляцію з паралельним вживанням незаконних ПАР (як ін'єкційним, так і неін'єкційним шляхом). Проте, ми не можемо точно віднайти каузальність зв'язку (дізнатися що є причиною, а що наслідком). Для додаткової перевірки наявності зв'язку було проведено незалежний t-тест. Було виявлено значущу різницю рівня PHQ9 між людьми, що мали паралельне вживання та людьми, які не вживали нелегальні речовини паралельно з ЗПТ. Різниця середніх значень дорівнює 1.43 (при довірчому інтервалі 95%, різниця знаходиться в межах 0.51 та 2.35). Тобто люди, які практикували паралельне вживання в середньому мають рівень PHQ9 вищий на 1.43 у порівнянні з людьми, що не мали досвіду паралельного вживання. Відстежити каузальність зв'язку важко, проте можна припустити, що ці дві змінні взаємозалежні. Більш «депресивні» люди більше схильні до паралельного вживання, а паралельне вживання в свою чергу призводить до подальшого підвищення рівню депресивності. При цьому, статистично значущого зв'язку між паралельним вживанням та значенням шкали GAD7 не виявлено.

Кореляція Пірсона	Паралельне вживання	N
Рівень PHQ9	.139** <sup>5</sup>	472

Крім цього, паралельне вживання має статистично значущий зв'язок середньої сили зі досвідом вживання дози, більшої за призначену. Так, підвищення дози та паралельне вживання частіше зустрічаються разом. Додатково проведений аналіз хі-квадрат підтвердив наявність зв'язку між змінними.

Кореляція Пірсона	Паралельне вживання	N
Приймали більшу дозу	.331**	472

Додатково слід відмітити, що паралельне вживання має слабкий, але статистично значущий зворотній зв'язок з віком. Таким чином, чим старша людина, тим менша ймовірність, що вона буде вживати нелегальні речовини паралельно з ЗПТ. Іншими словами, молоді респонденти більше схильні до паралельного вживання. Незалежний t-тест підтверджує дані. Середня різниця в віці між групами тих, хто вживав паралельно та тих, хто не вживав становить 1.9 років (при 95% довірчому інтервалі -3.14 – -0.66 років). Імовірно, старші люди мають більший стаж вживання препарату ЗПТ, тому їхня мотивація до лікування більш стала та сформована ніж у пацієнтів молодшого віку.

Кореляція Пірсона	Паралельне вживання	N
Вік	-.138**	471

<sup>5</sup> \*\* рівень значущості  $p < 0.01$  (тут і далі)



Рівень PHQ9 в свою чергу має сильний зв'язок з рівнем GAD7, тобто високі тривожність та депресивність у респондентів часто зустрічаються одночасно. Такий зв'язок є передбачуваним, адже обидві шкали вимірюють схожі емоційні стани.

Кореляція Пірсона	Рівень GAD7	N
Рівень PHQ9	0.662**	472



## Висновки

Дослідження підтверджує, що приватні ЗОЗ, які надають послуги ЗПТ, відіграють дедалі більшу роль у лікуванні опіоїдної залежності в Україні. З 2022 до 2024 року кількість таких закладів [зросла](#) майже вдвічі (з 18 до 35), а кількість пацієнтів — утричі (з 2782 до 8277). Стрімке зростання приватних послуг створює додаткові ризики щодо якості медичної допомоги та контролю за обігом препаратів, що особливо помітно в контексті виявлених випадків зловживання й паралельного вживання.

В середньому респонденти починали вживання ПАР загалом у 18.6 років, а ін'єкційне вживання починається у 21.2 роки. При цьому між початком вживання загалом та початком ін'єкційного вживання в середньому проходило 2.7 років.

В 92.8% випадків речовиною вибору були опіоїди. Найчастішою речовиною вибору був екстракт опію в рідкому стані («ширка») (56.6%), «вуличний метадон» обирали 35% респондентів, а метадон медичний 25.2%. Як слідує з результатів якісного етапу, респондентів в опіоїдах приваблював ефект розслаблення та ейфорії.

Між рішенням розпочати ЗПТ та фактичним вступом на програму у більшості респондентів проходило до 3 днів (60.4%). Ще 13.8% потрапили на програму протягом 3–7 днів, а 12.3% — упродовж 1–4 тижнів. Більша кількість часу знадобилося лише відносно невеликій частині респондентів.

Досвід перебування у місцях позбавлення волі мав майже кожен другий учасник: 44% респондентів проходили через ув'язнення, причому середня кількість строків становила 2.5. Водночас 40.8% зазначили, що продовжували вживання ПАР під час перебування у місцях позбавлення волі. Учасники якісного етапу описували випадки, коли вживання в місцях позбавлення волі припинялося, проте продовжувалося після звільнення.

Щодо звернення до програм ЗПТ, то для деяких респондентів поточний епізод лікування не був першим — 35.6% уже мали попередній досвід звернення до інших приватних ЗОЗ, а 16.5% до державних ЗОЗ. Третина респондентів (32%) взагалі не знали про існування державних програм, на момент, коли виникла потреба почати лікування. Серед тих, хто був обізнаний, інформацію найчастіше отримували від друзів/членів сім'ї (39.5%) та від людей, які вже брали участь у програмі (34.6%). Серед респондентів 27.1% погодилися б або швидше погодилися б перейти на державну програму, якби отримали таку пропозицію. Водночас 49.4% не погодилися б або швидше не погодилися б на перехід до державного ЗОЗ. Ще 23.5% не визначилися та відповіли, що «можливо погодилися б, можливо ні». Основними бар'єрами для вступу до державних закладів були черги (55.8%) та відсутність вільних місць (41.9%). Учасники якісного етапу називали безкоштовність основною перевагою державної програми ЗПТ.

Поточні приватні клініки пацієнти здебільшого знаходили через особисте оточення: 47.7% дізналися від друзів/членів сім'ї, ще 26.5% — від людей, які вже були на програмі.



Консультації переважно надавали лікарі (79.9%), рідше — медичні сестри (11%) чи соціальні працівники (8.1%).

Більшість респондентів позитивно оцінюють досвід лікування у приватних ЗОЗ: 82.6% відзначають доброзичливе ставлення персоналу, 74.6% — активну допомогу. Серед переваг приватного сектору — швидке оформлення документів (у 89.2% випадків до 3 днів) і оперативна видача препаратів «на руки», що при цьому є порушенням чинного законодавства. 41,2% респондентів повідомили, що почали отримувати препарат ЗПТ «на руки» для його самостійного прийому. Режим видачі препаратів на руки/за рецептом найчастіше встановлювався за період до 3 місяців (41.2%). 40,5% респондентів повідомили, що з першого дня отримання ЗПТ препарати їм було видано «на руки» для подальшого самостійного прийому. Лише 18.2% опитаних почали отримувати препарати для їх самостійного прийому після трьох місяців лікування (13.3%), а 4.9% після 6 місяців перебування в програмі ЗПТ.

Водночас, понад половина учасників (53%) продемонстрували ознаки неприхильності до лікування або зловживали препаратом: 37.5% приймали більшу дозу, ніж було призначено, 29% пропускали прийоми, 2.4% продавали препарат. Також 48.7% респондентів повідомили про паралельне вживання наркотичних речовин під час лікування. Найчастіше причиною паралельного вживання було «бажання зловити кайф» (57%) або «недостатність дози препарату» (21.3%). Учасники якісного етапу згадували, що на початку повномасштабного вторгнення спостерігалася нестача препарату, через що їм «доводилося» повертатися до нелегальних речовин. 25.4% респондентів зазначили, що їхнє поточне дозування препарату є, на їхню думку, недостатнім. 20.3% респондентів мали досвід отримання препарату ЗПТ у декількох ЗОЗ одночасно, а 4.2% і досі отримують препарат у декількох ЗОЗ паралельно. Деякі респонденти розповідали про призначення додаткових препаратів, таких як димедрол, зопіклон, діазепам. Такі препарати мають потенціал зловживання, а деякі респонденти якісного етапу описували зловживання цима або іншими (наприклад, прегабаліном) препаратами. При цьому частина респондентів якісного етапу описували відповідальне ставлення до лікування і принципово не зловживала препаратом, навіть попри те, що його швидко видають «на руки».

Респонденти в цілому задоволені сервісом, який вони отримують у приватних ЗОЗ. В середньому учасники дослідження оцінювали різні аспекти роботи ЗОЗ на 4.2-4.4 балів з 5. 48.7% респондентів вважають ціну, яку вони платять за послуги повністю або частково виправданою. Лише 14.8% респондентів вважали ціну невиправданою. Однак не всі респонденти так задоволені сервісом. Деякі учасники якісного етапу розповідали, що ставлення у приватних ЗОЗ «формалізоване» та «незацікавливе», орієнтоване лише на прибуток. Позитивні оцінки приватних ЗОЗ з боку пацієнтів свідчать про їхню вищу клієнтоорієнтованість у порівнянні з державними установами. Проте високий рівень задоволеності сервісом не завжди корелює з медичною якістю послуг. Зокрема, практики швидкої видачі препаратів «на руки», призначення препаратів із потенціалом зловживання або паралельне отримання препаратів у кількох клініках одночасно можуть бути індикаторами недостатнього клінічного контролю й комерціалізації процесу лікування.



Серед основних бар'єрів, що заважають переходу на державну програму замісної підтримувальної терапії, найчастіше називалися організаційні труднощі та питання довіри до державних установ. Найпоширенішою причиною відмови були «довгі черги або складна процедура отримання препаратів» (27%). Значна частка опитаних також зазначала відсутність приватності та конфіденційності в державних установах (20,2%) і недовіру до державних структур (20,2%). Серед інших важливих чинників респонденти виділяли незручне місце розташування клінік (19,8%) та обмежений вибір препаратів (13,3%). Крім того, частина учасників дослідження вказувала на необхідність дотримання суворих правил і процедур (14,4%), а також на труднощі, пов'язані з отриманням препаратів виключно в закладі охорони здоров'я (14,1%).

Сприйняття особливостей реалізації програм ЗПТ у державних ЗОЗ значною мірою відображає уявлення та інтерпретації респондентів щодо функціонування цих закладів. Зокрема, така причина, як «відсутність приватності» (20,2%), свідчить про занепокоєння учасників дослідження питаннями конфіденційності. Водночас чинне законодавство передбачає однакові вимоги до захисту медичної таємниці як у державних, так і в приватних закладах охорони здоров'я.

Інші зазначені причини, зокрема «вимоги дотримання суворих правил і процедур» (14,4%), «отримання препарату тільки в лікарні» (14,1%), «недостатня доза препарату ЗПТ» (13,3%), «відсутність індивідуального підходу до лікування» (7,6%), «складна процедура вступу на програму» (6,1%), «низька якість програмного препарату» (4,2%), «брак кваліфікованого персоналу» (3,8%) та «обмежений доступ до соціально-психологічної підтримки» (2,3%) також можуть відображати суб'єктивний досвід і очікування пацієнтів щодо роботи державних ЗОЗ.

Відповідно до чинних нормативних вимог, основні правила реалізації програм ЗПТ є уніфікованими для державних і приватних закладів. Зокрема, отримання препарату безпосередньо в закладі охорони здоров'я передбачене на початковому етапі лікування (протягом перших 3–6 місяців), після чого за дотримання визначених умов можливе отримання препарату «на руки».

Таким чином, частина побоювань щодо конфіденційності та інших аспектів може бути пов'язана з рівнем поінформованості пацієнтів про правила впровадження ЗПТ і загальним сприйняттям державної системи охорони здоров'я. Отримані результати відображають передусім досвід, уявлення та інтерпретації респондентів щодо функціонування програм ЗПТ у державних закладах.

Респонденти якісного етапу висловлювали занепокоєння щодо ставлення з боку медичного персоналу у державних клініках. Так, деякі учасники описували свій негативний досвід спілкування з персоналом державних ЗОЗ, що може бути одним з основних бар'єрів.

55.5% респондентів демонстрували ознаки депресії (5 балів і більше за шкалою PHQ9), 46.4% демонстрували ознаки тривожності (5 балів і вище за шкалою GAD7). Середній бал



PHQ9 склав 6.4 балів, а GAD7 4.9 балів. Респонденти якісного етапу не згадували про скринінг супутніх захворювань, таких як депресія. У той час як міжнародні стандарти рекомендують мультидисциплінарний підхід, наявні дані свідчать про фрагментованість допомоги, що може посилювати ризики для пацієнтів.

Паралельне вживання має слабкий, але статистично значущий зв'язок з балом за PHQ9 та віком. Серед людей, що мали досвід паралельного вживання бал за PHQ9 в середньому на 1.43 вищий ніж в тих, хто не вживав паралельно. При цьому учасники, що мали досвід паралельного вживання в середньому на 1.9 років молодші ніж ті, хто такого досвіду не мав. Наявність статистично значущого зв'язку між високим балом PHQ9 та паралельним вживанням вказує на важливу роль депресивних симптомів у формуванні ризикової поведінки. У поєднанні зі значною часткою респондентів із ознаками депресії (55,5%) та тривожності (46,4%) це демонструє недостатню увагу приватних ЗОЗ до психічного здоров'я пацієнтів. Відсутність скринінгу супутніх станів може призводити до підвищення ризику зловживання препаратами, самостійного «лікування» та частіших зривів.

Низький рівень поінформованості про державну ЗПТ (близько третини респондентів не знали про її існування) та негативний досвід взаємодії з державними закладами (черги, відсутність місць, зверхність персоналу) обмежують залучення до державних програм. Це створює виклики для реалізації політики сталого розвитку ЗПТ в Україні. Розширення приватного сектору може бути корисним у частині доступності, проте без належного регулювання існує ризик посилення неконтрольованого використання опіоїдів.