



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



EIPHP
EUROPEAN INSTITUTE
OF PUBLIC HEALTH
POLICY



ЗВІТ

ЗАМІСНА ПІДТРИМУЮЧА ТЕРАПІЯ (ЗПТ): ОЦІНКА БАР'ЄРІВ ДОСТУПУ ДО ЗПТ ТА ОЦІНКА МОДЕЛЕЙ НАДАННЯ ПОСЛУГ В КОНТЕКСТІ ЇХ ЕФЕКТИВНОСТІ

Підготовлено Європейським Інститутом Політики Громадського Здоров'я у рамках угоди з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

КИЇВ 2022



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



ЄІПГЗ
ЄВРОПЕЙСЬКИЙ
ІНСТИТУТ ПОЛІТИКИ
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Замісна підтримуюча терапія (ЗПТ): Оцінка бар'єрів доступу до ЗПТ та оцінка моделей надання послуг в контексті їх ефективності

Звіт про виконання та результати дослідження

Версія 30.06.2022

Підготовлено Європейським Інститутом Політики Громадського Здоров'я у рамках угоди з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

Київ 2022

Зміст

Перелік рисунків та таблиць	4
Перелік скорочень.....	6
Висловлення подяки.....	7
Авторський колектив	8
Дослідницька команда	8
Вступ.....	9
Організація дослідження.....	9
Географія дослідження	9
Етапи дослідження.....	9
Терміни виконання	9
Мета та завдання дослідження	9
Мета дослідження	9
Завдання дослідження	10
Методи дослідження.....	11
Кабінетне дослідження.....	11
Проведення структурованого опитування	11
Досліджувана популяція.....	11
Набір учасників	12
Інструменти.....	15
Пілотування інструменту.....	16
Опитування респондентів (кількісний компонент).....	16
Самозвіт респондента	17
Збір клінічних даних	17
Обробка та аналіз кількісних даних	17
Проведення глибинних інтерв'ю.....	18
Вибірка.....	18
Інструменти дослідження.....	18
Підхід до збору даних	18
Аналіз якісних даних	19
Захист учасників дослідження	19
Результати кількісної частини дослідження.....	20
Соціально-демографічні характеристики.....	20
Вживання психоактивних речовин та алкоголю.....	24
Досвід взаємодії з правоохоронними органами.....	29
Тестування та лікування ВІЛ-інфекції.....	32
Досвід лікування залежностей	33
Досвід лікування у програмі ЗПТ	34
Бар'єри до участі у ЗПТ	45
Довіра лікарю та задоволеність лікуванням ЗПТ	54
Якість життя.....	56
Ін'єкційна поведінка.....	57
Сексуальна поведінка.....	58
Результати якісної частини дослідження	62
Прогрес у розширенні програми ЗПТ	62
Організаційні бар'єри	63
Стигма.....	64

Індивідуальні бар'єри.....	64
Можливості розширення доступу до ЗПТ	65
Пропозиції щодо оптимізації програми ЗПТ	66
Загальні висновки	67
Споживання психоактивних речовин.....	67
Досвід лікування ЗПТ.....	67
Бар'єри доступу до ЗПТ	68
Вплив ЗПТ на здоров'я.....	70
Рекомендації.....	70
Бар'єри ЗПТ.....	70
Оптимізація ЗПТ на національному рівні.....	71
Додатки	73

Перелік рисунків та таблиць

Рис. 1.	Вікова структура	20
Рис. 2.	Розподіл за статтю	20
Рис. 3.	Сімейний статус	21
Рис. 4.	Освіта	21
Рис. 5.	Житлові умови	22
Рис. 6.	Впевненість у стабільності житлових умов на наступний місяць	22
Рис. 7.	Трудова зайнятість	23
Рис. 8.	Джерело доходу	24
Рис. 9.	Дохід за минулий місяць	24
Рис. 10.	Частота вживання алкогольних напоїв за останні 12 місяців	25
Рис. 11.	Середня кількість порцій алкогольних напоїв, яку учасники споживали за один раз (серед тих, хто вживав алкоголь за останній рік)	25
Рис. 12.	Частота вживання 6 і більше порцій алкогольних напоїв за один раз (серед тих, хто вживав алкоголь протягом останнього рік)	25
Рис. 13.	Неін'єкційне вживання психоактивних речовин протягом останнього місяця	27
Рис. 14.	Ін'єкційне вживання наркотичних речовин протягом останнього місяця	28
Рис. 15.	Психоактивні речовини, яким надається перевага	28
Рис. 16.	Розподіл відповідей респондентів на питання: «Наскільки вживання ПАР протягом останніх 30 днів заважало вам досягнути бажаного?»	29
Рис. 17.	Розподіл ствердних відповідей учасників-чоловіків на наступні питання: «Чи коли-небудь...»	30
Рис. 18.	Розподіл ствердних відповідей учасниць на наступні питання: «Чи коли-небудь...»	31
Рис. 19.	Каскад лікування ВІЛ-інфекції серед учасників, які повідомили про свій позитивний статус, на підставі даних опитування 32	
Рис. 20.	Каскад лікування ВІЛ-інфекції на підставі клінічних даних (група ЗПТ)	32
Рис. 21.	Досвід лікування залежностей протягом життя	33
Рис. 22.	Тривалість участі у програмі ЗПТ (поточний епізод)	35
Рис. 23.	Препарати ЗПТ	35
Рис. 24.	Дозування препаратів ЗПТ	35
Рис. 25.	Способи отримання препаратів ЗПТ	36
Рис. 26.	Причини, що заважають отримувати препарати для самостійного прийому (пацієнти ЗПТ, які наразі приймають препарат під наглядом медперсоналу)	36
Рис. 27.	Основна причина, яка заважає отримувати препарати для самостійного прийому (пацієнти ЗПТ, які наразі приймають препарат під наглядом медперсоналу)	37
Рис. 28.	Правила, яких необхідно дотримуватись під час участі у програмі ЗПТ	38
Рис. 29.	Правило програми, яке найбільш негативно впливає на повсякденне життя пацієнтів ЗПТ	39
Рис. 30.	Причина перерви у лікуванні ЗПТ (група ЗПТ)	40
Рис. 31.	Розподіл відповідей на питання: «Знає, що я відвіую програму ЗПТ...» (група ЗПТ)	40
Рис. 32.	Вживання нелегальних наркотиків під час отримування ЗПТ	41
Рис. 33.	Частота вживання наркотиків на додачу до препаратів ЗПТ протягом останніх 6 місяців	41
Рис. 34.	Частота ін'єкційного вживання наркотиків на додачу до препаратів ЗПТ протягом останніх 6 місяців	42
Рис. 35.	Причина вживання наркотиків під час отримання ЗПТ	42
Рис. 36.	Додаткові медичні послуги у клініках ЗПТ	43
Рис. 37.	Отримання додаткових медичних послуг	44
Рис. 38.	Вплив додаткових медичних послуг в програмі ЗПТ	44
Рис. 39.	Вплив лікування ЗПТ на якість життя та вживання ПАР	45
Табл. 1.	Причини неможливості чи небажання розпочати ЗПТ у державній програмі (група ЛВІО, N=479)	46
Табл. 2.	Причини, що заважали раніше розпочати ЗПТ у державній програмі (група ЗПТ, N=601)	48
Рис. 40.	Умови, що ускладнюють вступ на ЗПТ	51
Рис. 41.	Найскладніша умова для вступу на ЗПТ	51
Рис. 42.	Причина припинення ЗПТ у державній програмі	52
Рис. 43.	Причини, що призводили до припинення участі у державній програмі ЗПТ за власним бажанням	52
Рис. 44.	Згода з твердженнями про ЗПТ	54
Рис. 45.	Згода з твердженнями про довіру до лікаря	54
Рис. 46.	Розподіл відповідей учасників на наступні твердження: «Я задоволений»	56

Рис. 47.	Вік початку ін'єкційного вживання наркотиків	57
Рис. 48.	Частота використання для ін'єкції голки або шприца, якими хтось уже користувався	57
Рис. 49.	Розповсюдженість ризикованих ін'єкційних практик за останній місяць та передозувань за 6 місяців	58
Рис. 50.	Кількість сексуальних партнерів за останні 30 днів	58
Рис. 51.	Використання презервативів з постійними партнерами за останні 30 днів.....	60
Рис. 52.	Кількість випадкових сексуальних партнерів за останні 30 днів	60
Рис. 53.	Використання презервативів з випадковими партнерами за останні 30 днів	61

Перелік скорочень

ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ЛВНІ	люди, які вживають наркотики ін'єкційно
ЛВІО	люди, які вживають ін'єкційні опіоїди
МП	медичний персонал
медпрацівник	медичний працівник
ПАР	психоактивні речовини
ПР	психічні розлади
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder Assessment
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
RDS	respondent driven sampling (вбірка, спрямована респондентами)

Висловлення подяки

Автори цього звіту висловлюють подяку групі національних та регіональних експертів, дослідникам, збирачам даних та усім залученим, чия робота, інформація, критичні зауваження, думки і рекомендації зробили істотний внесок у підготовку цього дослідження та звіту і дозволили реалізувати дослідження і вивчити фактори, які впливають на доступ та утримання в ЗПТ.

Кількісний компонент:

Тароянц Анастасія
Берьозкіна Наталія
Власова Юлія
Димарецький Олег
Дубич Ірина
Ісюк Ірина
Козак Ігор
Кузнецов Анатолій
Назаренко Катерина
Нікітін Євген
Нугманова Роза
Пархоменко Велта
Пархоменко Сергій
Плещинський Станіслав
Плут Ірина
Рощина Олена
Сарнацька Аліна
Скульжук Олена
Тороканець Юлія
Ходос Марія
Чехов Дмитро
Чистякова Ксенія
Шевченко Людмила

Якісний компонент:

Завірюха Ірина
Макаренко Олена

Авторський колектив

Костянтин Думчев, науковий директор, Український інститут політики громадського здоров'я

Мирослава Філіппович, науковий співробітник, Європейський інститут політики громадського здоров'я

Анастасія Даньшина, незалежний консультант

Тетяна Кірьязова, старший науковий співробітник, Європейський інститут політики громадського здоров'я

Контактна особа

Костянтин Думчев, старший науковий співробітник, Український Інститут Політики Громадського Здоров'я, тел: +38067-580-5605, email: dumchev@uiphr.org.ua

Дослідницька команда

Костянтин Думчев – головний дослідник

Мирослава Філіпович – координатор, спів-дослідник

Олександр Зезюлін – спів-дослідник

Тетяна Кірьязова – спів-дослідник

Сергій Дворяк – спів-дослідник

Анастасія Даньшина – біостатистик

Анастасія Тароянц – менеджер даних

Вступ

Дане дослідження було розроблено та проведено Європейським інститутом політики громадського здоров'я (ЄППЗ) на замовлення ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Цей звіт описує методи, хід реалізації та результати дослідження з гібридним дизайном (використання якісних та кількісних методів) серед респондентів – пацієнтів програми ЗПТ та людей, що вживають ін'єкційні опіоїди (ЛВІО), а також експертів у сфері громадського здоров'я за напрямом роботи ЗПТ. Цільовою аудиторією цього дослідницького проєкту є фахівці у сфері громадського здоров'я, а його прямими бенефіціарами є пацієнти ЗПТ та ЛВІО.

Організація дослідження

Дослідницька команда ЄППЗ співпрацювала з численними вітчизняними партнерами на національному та регіональному рівнях, а також із профільними недержавними організаціями, що впроваджують програми надання послуг для клієнтів ЛВІО на регіональному та місцевому рівнях. Організації-партнери співпрацювали з дослідницькою командою та забезпечували доступ до цільової групи у регіонах дослідження.

Географія дослідження

Задля виконання завдань кількісного компоненту дослідження було проведено крос-секційний збір даних із залученням 1300 респондентів в таких обласних центрах України: Дніпро, Запоріжжя, Київ, Луцьк, Рівне, Харків. В ході реалізації якісного компоненту для проведення глибинних інтерв'ю були запрошені національні та регіональні експерти з областей проведення дослідження.

Етапи дослідження

Дослідження проводилося шляхом послідовного виконання спочатку підготовчого етапу, а потім польового та аналітичного етапів дослідження.

Терміни виконання

Загалом реалізація проєкту тривала з 07 червня 2021 року по 29 березня 2022 року; польовий етап тривав з 31 серпня 2021 року по 14 січня 2022 року.

Мета та завдання дослідження

Мета дослідження

Проведення цього комбінованого дослідницького проєкту визначалось такою **метою**:

1. Визначення ключових бар'єрів доступу до програми замісної підтримувальної терапії в Україні для людей, які вживають наркотики ін'єкційно.

Завдання дослідження

Базова ціль була досягнута шляхом виконання наступних завдань:

1. описати моделі організації ЗПТ в країнах, які мають велике охоплення послугами ЗПТ, з акцентом на особливості організації лікування, завдяки яким вдалося досягти високих показників охоплення;
2. проаналізувати наявні дослідження щодо бар'єрів доступу до ЗПТ серед пацієнтів у світі та в Україні;
3. визначити основні бар'єри доступу до ЗПТ для пацієнтів в Україні;
4. розробити рекомендації щодо подолання бар'єрів з метою розширення ЗПТ в Україні.

Методи дослідження

Кабінетне дослідження

Під час підготовчого етапу було проведено кабінетне дослідження. У дослідженні бар'єрів основною метою огляду літератури був аналіз найпоширеніших бар'єрів для початку та утримання в програмі ЗПТ.

Під час кабінетного дослідження було проведено детальне вивчення наявної інформації в літературі з наукових питань, визначених у завданнях цього дослідження. Була детально вивчена інформація як у вітчизняних, так і у міжнародних літературних джерелах. Крім того, дослідники вивчили «сіру» (нерецenzовану) літературу, авторитетні джерела, такі як звіти про виконані схожі проекти національних та міжнародних організацій. Таким чином, був здійснений систематичний огляд наявної наукової літератури з питань бар'єрів до отримання ЗПТ.

Результати кабінетного дослідження надаються у додатку 3 до цього звіту.

Проведення структурованого опитування

Досліджувана популяція

Цільовою групою дослідження були особи, які вже перебувають на ЗПТ, а також люди, які мали покази до ЗПТ, але не отримували її на момент проведення дослідження, тобто ЛВІО. Включення ЛВІО мало за мету зібрати дані щодо досліджуваних параметрів серед людей, які з високою вірогідністю мають розлади психіки внаслідок вживання опіоїдів, але не отримують ЗПТ. У дослідженні бар'єрів доступу до ЗПТ залучення вказаних двох груп учасників дозволяє об'єктивно оцінити наявні бар'єри як у тих учасників, хто їх подолав, так і серед тих, хто не зміг подолати такі перешкоди або не стикався з ними.

Учасники дослідження з групи «пацієнти ЗПТ» мали відповідати наступним критеріям:

- споживання нелегальних (не за призначенням лікаря) опіоїдів в минулому;
- вік 18 років і старше;
- відповідає діагностичним критеріям розладів, обумовлених споживанням опіоїдів (запис із картки пацієнта ЗПТ);
- зареєстрований в офіційній національній програмі та отримує ЗПТ щонайменше впродовж останніх 3 місяців;
- живе і / або працює і / або навчається в місті, де проводиться дослідження;
- здатний надати усну інформовану згоду на участь у дослідженні;

- погоджується брати участь у всіх компонентах дослідження (скринінг, реєстрація, опитування).

Учасники дослідження групи «ЛВІО» мали відповідати наступним критеріям:

- споживання нелегальних опіоїдів на момент скринінгу (самодекларація про щонайменше один епізод вживання за останні 30 діб ТА сліди від ін'єкцій на відповідних анатомічних ділянках тіла);
- вік 18 років і старше;
- на момент скринінгу не зареєстрований в офіційній національній програмі ЗПТ;
- живе і / або працює і / або навчається в місті, де проводиться дослідження;
- здатний надати усну інформовану згоду на участь у дослідженні;
- погоджується брати участь у всіх компонентах дослідження (скринінг, реєстрація, опитування).

Набір учасників

Для набору учасників у дослідження було використано такі методи:

- проста випадкова вибірка, стратифікована за закладами, які надають послугу ЗПТ у погоджених населених пунктах – для учасників групи «пацієнти ЗПТ», та
- вибірка, що спрямовується респондентами (RDS) у погоджених населених пунктах – для групи «ЛВІО».

Рекрутинг учасників групи «пацієнти ЗПТ» відбувався таким чином: для відбору потенційних учасників дослідження координатор дослідження використовував список кодів Сайрекс пацієнтів державної програми ЗПТ, який був наданий медичним персоналом програми. Вказаний список був випадковим чином відсортований, і був сформований Журнал набору пацієнтів. Оскільки медичний персонал має офіційний доступ до персональної інформації пацієнтів, включно з їхньою контактною інформацією, подальший контакт дослідників із пацієнтами з Журналу відбувався саме за допомогою медпрацівників. Пацієнтам було запропоновано взяти участь у дослідженні та, у разі отримання попередньої згоди, видано візитку-направлення на сайт дослідження з вказанням адреси сайту, днів та годин роботи, порядкового номера пацієнта та його коду Сайрекс, а також часових рамок – 14 днів з дня вручення направлення; також була вказана сума винагороди за участь в опитуванні. У разі відмови потенційного учасника від участі у дослідженні або у разі неможливості отримати інформовану згоду через смерть пацієнта, його виїзд з міста тощо, до участі у дослідженні запрошувався наступний за списком потенційний учасник.

При зверненні на сайт дослідження потенційний учасник проходив верифікацію та перевірку кодів Сайрекс і візиток-направлень стосовно їхньої дійсності. За необхідності збирачі даних (інтерв'юери) проводили звірку інформації з медпрацівниками. Звірка кодів Сайрекс відбувалась шляхом формування нового коду Сайрекс на потенційного учасника на підставі відповідей пацієнта. У разі позитивного результату перевірки проводився повний скринінг відповідно до критеріїв відбору і виконувалась процедура отримання усної інформованої згоди учасника.

Розмір вибірки групи ЗПТ

Для проведення опитування та збору клінічних даних серед пацієнтів ЗПТ було набрано загальну вибірку відповідно до розрахунків, попередньо погоджених із Замовником у наступній пропорції (зважаючи відповідно кількості пацієнтів у місті):

Місто/Заклад	Кількість пацієнтів ЗПТ	Кількість у вибірці /з них у пре-тесті
Луцьк	145	36
Волинський медичний центр терапії залежностей	145	36
Дніпро	749	174
ДЦПМСД №9	50	10
ДЦПМСД №3	46	10
МКЛ № 21	70	13
ОМПЦЛЗ	583	141 (25)
Запоріжжя	314	76
Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги	314	76
Київ	929	236
Київська міська клінічна лікарня №5	150	50
Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія»	758	181 (25)
ЦПМСД №1	21	5
Рівне	208	46
ЦПМСД «Ювілейний»	37	7
Рівненський обласний центр громадського здоров'я	33	7
Рівненський обласний центр психічного здоров'я населення	138	32
Харків	406	83
Харківський обласний центр боротьби зі СНІДом	98	22
Харківський обласний наркологічний диспансер	308	61
Всього	2751	651 (50)

Рекрутинг учасників групи ЛВІО відбувався методом RDS у два етапи. На першому етапі співробітниками дослідження – інтерв'юерами в регіонах були відібрані первинні респонденти (т.з. «зерна») на основі заздалегідь визначених групою дослідників характеристик:

- один респондент жіночої статі;
- один респондент у віці 18-25 років;
- один респондент зі стажем вживання опіоїдних наркотиків ін'єкційним шляхом менше, ніж два роки.

У кожному місті було залучено 2-3 початкових «зерна». «Зерна», що взяли участь у всіх компонентах дослідження, самі ставали рекрутерами, тобто запрошували своїх знайомих, які відповідали критеріям групи ЛВІО, і таким чином здійснювали набір вторинних учасників дослідження. Запрошення відбувалось шляхом видачі купонів трьом своїм знайомим. Вторинні учасники, які виконали усі процедури дослідження, також отримували по 3 купони і розповсюджували їх серед інших ЛВІО – своїх знайомих. Таким чином, за методом RDS була створена вибірка, що складалась із двох типів учасників:

- початкові учасники опитування – «зерна» (учасники, які були рекрутовані співробітниками дослідницького проєкту);
- вторинні учасники опитування, які були рекрутовані «зернами» та іншими вторинними учасниками.

У разі переривання ланцюгів рекрутингу протоколом дослідження була передбачена можливість залучати додаткові «зерна» з аналогічними характеристиками. В цьому дослідженні жоден ланцюг не був перерваний, тому не було необхідності у залученні додаткових «зерен».

Підбір «зерен» ЛВІО здійснювався збирачами даних – інтерв'юерами в містах проведення дослідження. «Зерна» залучалися із сайтів консультування і тестування на ВІЛ і програм зменшення шкоди, а також через знайомих пацієнтів ЗПТ.

Розмір вибірки групи ЛВІО

Для проведення опитування серед ЛВІО було набрано загальну вибірку у співвідношенні 1:1 до вибірки пацієнтів ЗПТ.

Місто	Кількість у вибірці (з них у пре-тесті)
Луцьк	36
Дніпро	174 (25)
Запоріжжя	76
Київ	234 (25)
Рівне	46
Харків	84
Всього	650 (50)

Усі учасники (пацієнти ЗПТ та ЛВІО), які відповідали критеріям відбору та погодились взяти участь у дослідженні, після процедури усної інформованої згоди заповнювали опитувальник.

Інструменти

Опитувальник було складено зі стандартних валідизованих інструментів (у першу чергу рекомендованих у Стандартах медичної допомоги «Опіюїди»), а також із спеціально розроблених форм (СРФ) для збору даних, для розробки яких була використана інформація, отримана під час кабінетного дослідження:

- Оцінка депресії (PHQ-9);
- Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS);
- Опитувальник генералізованого тривожного розладу (GAD-7);
- Опитувальник ризику психотичного синдрому (PRIME);
- Опитувальник розладів настрою (MDQ);
- Вживання алкоголю (AUDIT-C);
- Шкала діагностики харчових розладів (EDDS);
- Досвід лікування ЗПТ (СРФ з додатковими питаннями про теперішню дозу та режим прийому);
- Задоволеність лікуванням ЗПТ (СРФ);
- Досвід лікування ВІЛ-інфекції (СРФ);
- Історія взаємодії з правоохоронними органами (СРФ);
- Довіра до лікаря (Anderson & Detrick, 1990);
- Оцінка якості життя (SF-12);
- Вживання психоактивних речовин (опитувальник з біоповедінкових досліджень серед ЛВНІ в Україні);
- Ризик інфікування ВІЛ (ін'єкційна та статева передача, опитувальник з біоповедінкових досліджень серед ЛВНІ в Україні);
- Опитувальник щодо бар'єрів до ЗПТ (СРФ з доповненнями відповідно до результатів кабінетного дослідження).

Складений опитувальник був єдиним для всієї вибірки респондентів, з можливістю пропуску окремих секцій у випадку нерелевантності, наприклад досвід ЗПТ, при його відсутності). Учасники самостійно

заповнювали опитувальник на платформі REDCap. За потреби учасники могли просити про технічну допомогу інтерв'юера.

Пілотування інструменту

На початку польового етапу було проведено пре-тест опитувальника. Зважаючи на те, що дані, зібрані у рамках пре-тесту, мали увійти (і увійшли) в основний масив даних, польовий етап було розпочато з двох найбільших сайтів з використанням узгодженої версії опитувальника. Вибірка для проведення пре-тесту складалась з:

- 25 пацієнтів ЗПТ в Києві;
- 25 пацієнтів ЗПТ в Дніпрі;
- 25 перших вторинних учасників RDS в Києві;
- 25 перших вторинних учасників RDS в Дніпрі.

Разом було отримано 100 анкет у режимі пре-тесту.

Під час проведення пре-тесту збирачі даних – інтерв'юери виконували додаткові інструкції щодо документування зауважень з приводу формулювань у запитаннях, можливості неоднозначного трактування запитань, помилок логіки, відсутності можливих варіантів відповіді тощо. Додатково після інтерв'ю учасникам були поставлені питання у відкритому форматі щодо їхніх вражень від опитувальника та рівня розуміння ними поставлених питань. Всі помилки та побажання щодо корекції формулювань, логіки тощо регулярно (не рідше ніж один раз на тиждень) передавались дослідникам для їх оперативної фіксації та внесення необхідних змін в опитувальник.

Після рекрутингу та опитування перших 98 респондентів було зроблено коротку (до 24 годин) паузу у подальшому зборі даних для обробки всіх зауважень, зворотного зв'язку від інтерв'юерів і респондентів та аналізу тривалості опитування. За результатами цього аналізу опитувальник було доопрацьовано, і після цього рекрутинг був розпочатий на всіх сайтах.

Опитування респондентів (кількісний компонент)

Опитування проводились очно в кожному місті проведення дослідження на т.з. «сайтах дослідження», які були організовані на базі неурядових організацій – по одному сайту дослідження у місті.

У кількісному компоненті даного дослідження були використані такі джерела даних:

- самозвіт респондента – заповнення опитувальника;
- клінічні дані з медичної карти пацієнта ЗПТ (стосується лише групи «пацієнт ЗПТ»).

Самозвіт респондента

Перше джерело даних – самозвіт респондента – було застосовано для обох груп респондентів кількісної частини. Опитування проводилось на території сайтів дослідження, у приміщенні, яке, на думку дослідницької групи, забезпечувало приватність і конфіденційність даних учасника дослідження. Збір даних здійснювався шляхом самозаповнення респондентом електронної анкети за технічної підтримки інтерв'юера. Електронну версію опитувальника було запрограмовано на захищений платформі REDCap. Для внесення даних в REDCap використовувались ноутбуки або планшети з онлайн-доступом до платформи REDCap.

Тривалість заповнення опитувальника відрізнялась в залежності від швидкості читання та сприйняття інформації респондентами і могла тривати до 90 хвилин. Учасники мали право відмовитись від участі у дослідженні у будь-який момент. В такому разі щодо кожного учасника, який під час проходження будь-якого з етапів відмовлявся від продовження участі у дослідженні, була зібрана коротка інформація про причини відмови. Ця інформація в подальшому вносилася в електронну базу даних цього дослідження на платформі REDCap.

Збір клінічних даних

Другим джерелом кількісних даних стала база клінічних даних на сайтах ЗПТ. Клінічні дані збирались із записів зареєстрованих пацієнтів ЗПТ – учасників дослідження. Щодо кожного пацієнта, який надав усну інформовану згоду та пройшов опитування, медичний консультант вносив дані з медичної документації в базу для збору клінічних даних СТМА. В закладах, які вже використовують для збору клінічних даних базу СТМА, дані було оновлено. В інших закладах, які не використовували раніше базу СТМА, її було встановлено для внесення інформації медичним персоналом. В обох варіантах збір клінічних даних був деперсоналізованим, тобто форми та інструменти не містили будь-якої ідентифікуючої інформації і були зв'язані з даними опитування лише за допомогою індивідуального коду учасника. Збір цих даних мав на меті здійснення оцінки окремих змінних – наприклад, рівень вживання ПАР, історію зміни дози, запити на її зміни, обстеження на супутні захворювання та інші показники ефективності та якості лікування.

Обробка та аналіз кількісних даних

Під час збору кількісних даних протягом 24 годин менеджер з даних здійснював перевірку якості та повноти даних. Для цього використовувався відповідний модуль REDCap і здійснювалась перевірка вручну кожного запису. Завдяки цьому більшість помилкових або пропущених значень змінних

виявлялись негайно на регіональному та центральному рівнях і були одразу усунуті. Після перевірки заповнені опитувальники були заблоковані від подальших змін.

В подальшому зібрані кількісні дані були очищені та перевірені за допомогою аналізу паттернів відсутніх даних, помилок логіки, помилок введення даних тощо за допомогою автоматизованих механізмів управління даними платформи REDCap. Перед завантаженням масиву для аналізу була виконана додаткова перевірка на наявність незаповнених опитувальників та дублюючих записів.

Напрямок аналізу та детальність статистичного аналізу даних були визначені аналітичним планом, який був погоджений із Замовником. Описовий та аналітичний пошук був спрямований на: 1) оцінку якості життя пацієнтів, вживання ними нелегальних наркотиків та ризиковану поведінку; 2) визначення основних бар'єрів доступу до ЗПТ серед пацієнтів ЗПТ та ЛВІО.

Проведення глибинних інтерв'ю

Вибірка

Для дослідження бар'єрів ЗПТ було проведено 23 глибинних інтерв'ю – з п'ятьма експертами національного рівня та 18 фахівцями регіонального рівня, в середньому по 3 інтерв'ю в кожному населеному пункті, що були обрані для участі у дослідженні. Вибірка учасників для якісного дослідження була цілеспрямованою. Участь в інтерв'ю була запропонована керівникам підрозділів ЗПТ закладів, які надають цю послугу, безпосереднім надавачам послуг з регіонів та експертам національного рівня – представникам установ, що формують та реалізують державну політику в сфері психічного здоров'я і ЗПТ, представникам фахових та інших організацій, що активно працюють в цій сфері, а також представникам спільнот та пацієнтів ЗПТ. Список кандидатур для глибинних інтерв'ю було погоджено із Замовником.

Інструменти дослідження

Інструменти для збору якісних даних були розроблені експертом ЄППЗ з проведення якісних досліджень з використанням даних кабінетного дослідження, яке було проведене на підготовчому етапі, а також результатів аналізу кількісних даних.

Для дослідження бар'єрів до ЗПТ керівництво було зосереджено на з'ясуванні можливих перешкод для залучення та утримання клієнтів у програмі ЗПТ, а також перспектив її розширення в Україні.

Підхід до збору даних

Всі глибинні інтерв'ю були проведені фахівцями у сфері громадського здоров'я, які є співробітниками ЄППЗ з багаторічним досвідом проведення якісних інтерв'ю. Індивідуальні

інтерв'ю з учасниками проводились дистанційно з використанням сучасних технологій зв'язку. Команда дослідників забезпечувала приватність і конфіденційність збереження інформації, яка була надана учасниками інтерв'ю. За усною згодою учасника інтерв'ю було записано на аудіопристрій. Кожне інтерв'ю займало близько години часу. Після закінчення інтерв'ю запис був розшифрований кваліфікованим персоналом і зберігався у вигляді транскрипту (стенограми). Аудіозаписи були знищені після транскрибування і перевірки його якості. Замовнику було надано інформацію щодо тривалості, об'єму файлу і дати проведення кожного інтерв'ю. Транскрипти та аудіозаписи не були передані Замовнику з метою забезпечення конфіденційності інформації учасників дослідження. Замовнику буде надано звіт з аналізом даних дослідження.

Аналіз якісних даних

Контроль за збором якісних даних проводився регулярно протягом збору даних, щоби за потреби внести необхідні зміни в керівництво для проведення інтерв'ю та охопити теми обговорення шляхом уточнюючих питань. Якісні дані з глибинних інтерв'ю були транскрибовані з цифрових записів та нотаток у Microsoft Word. Після цього файли було введено в програму для якісного аналізу даних MAXQDA для подальшого кодування. Дослідники провели тематичний аналіз та створили систему кодів у відповідності до питань дослідження. Після цього транскрипти були закодовані двома окремими дослідниками, які здійснили порівняння вихідних кодів і подальше коригування системи кодів з метою контролю якості. Фрагменти тексту з кодами, які належали одному тематичному блоку, були об'єднані в категорії більш широких тем, що містили відповіді на поставлені дослідницькі запитання. За результатом аналізу якісних даних підготовлено відповідний звіт, який буде наданий Замовнику.

Захист учасників дослідження

Отримання дозволу Комісії з питань етики. Протокол та інструментарій дослідження були затверджені Комісією з питань етики Українського інституту політики громадського здоров'я (Київ, Україна). Крім того, усі дослідники та збирачі даних на момент проведення дослідження мали актуальні сертифікати про проходження навчання щодо захисту прав учасників дослідження та базових принципів дослідницької етики. Всі учасники дослідження перед опитуванням обов'язково надавали усну інформовану згоду. До участі у дослідженні НЕ допускалися особи, які на момент збору даних мали психотичні чи когнітивні порушення і не могли надати інформовану згоду.

Результати кількісної частини дослідження

Таблиця з повними результатами кількісної частини дослідження надається у Додатку 1.

Соціально-демографічні характеристики

Найчисельнішою віковою групою серед учасників дослідження була група ЗПТ і ЛВІО у віці 31-40 років – 43.9% та 47.7% , відповідно. Найменш чисельною була наймолодша вікова група (до 30 років) – 1.8% у групі ЗПТ та 11.5% у групі ЛВІО. Жінки склали 16.9% учасників групи ЗПТ і чверть (24.6%) групи ЛВІО.

Рис. 1. Вікова структура

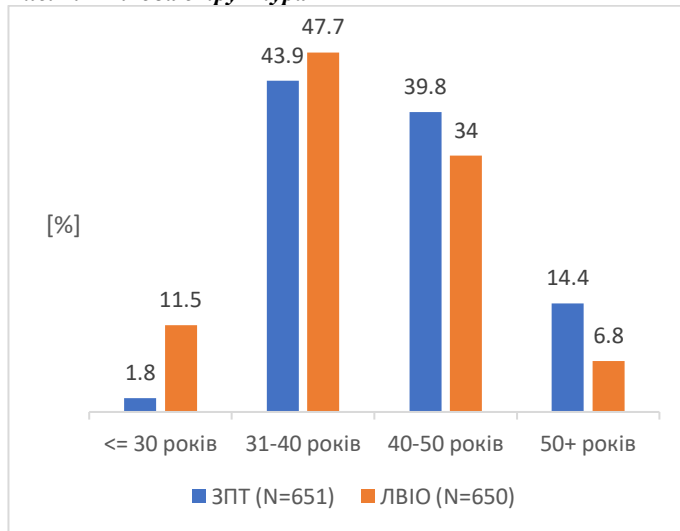
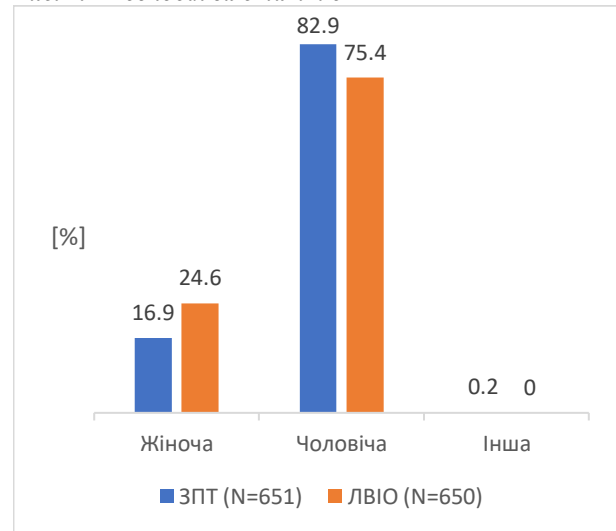


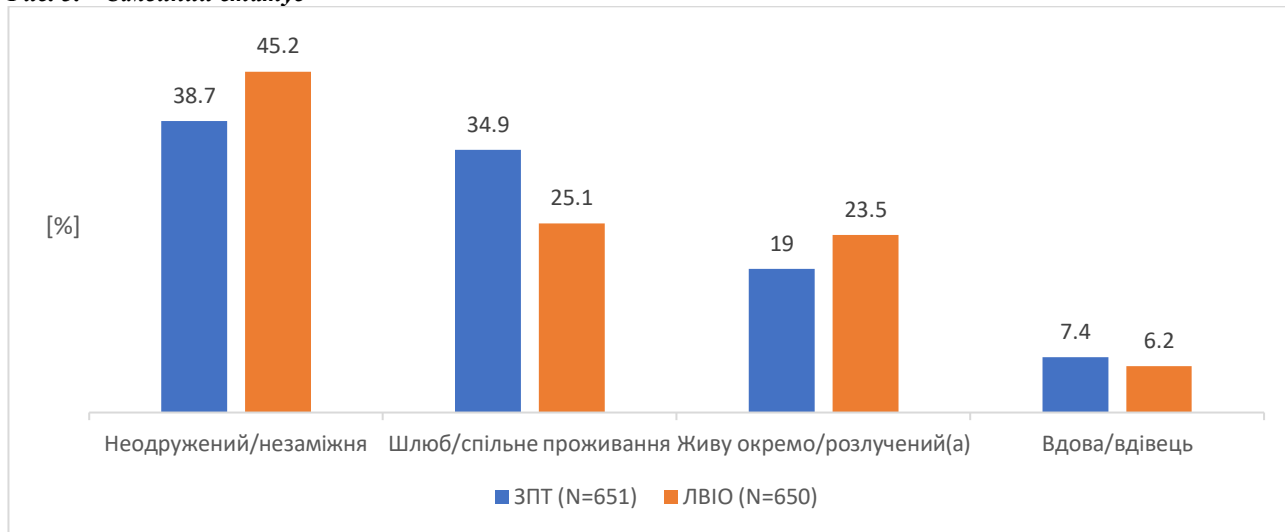
Рис. 2. Розподіл за статтю



За сімейним статусом серед учасників дослідження найчисельнішою була група неодружених/незаміжніх – 38.7% серед ЗПТ та 45.2% серед ЛВІО.

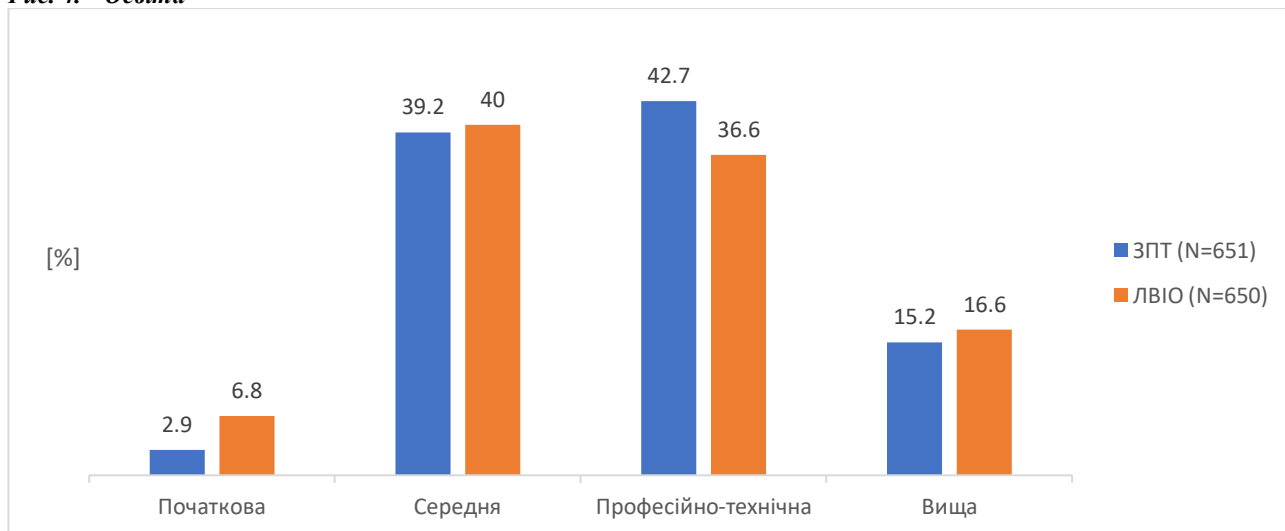
Майже половина опитаних (47.8% у групі ЗПТ та 44.9% у групі ЛВІО) вказали, що мають дитину, при цьому 55.9% учасників групи ЗПТ та 62.7% респондентів групи ЛВІО зазначили, що на сьогодні дитина залежить від них фінансово.

Рис. 3. Сімейний статус



Близько 40% (у групі ЗПТ та у групі ЛВІО) респондентів в обох групах мали середню освіту і стільки ж (у групі ЗПТ та у групі ЛВІО) мали професійно-технічну освіту. Водночас 15.2% учасників групи ЗПТ та 16.6% респондентів групи ЛВІО зазначили, що мають вищу освіту.

Рис. 4. Освіта



Переважає більшість учасників дослідження (97.8% у групі ЗПТ та 94% у групі ЛВІО) повідомили, що проживають у власному житлі, помешканні родини або друзів або в орендованому житлі). Лише 2% опитаних у групі ЗПТ та 4.1% у групі ЛВІО зазначили, що їм доводилося часто змінювати місце проживання, а 0.2% учасників групи ЗПТ і 1.8% ЛВІО зазначили, що є безпритульними. При цьому частка людей, які були цілком впевнені, що залишаться на своєму місці проживання наступного місяця, складала 81% і 69.5% у групі ЗПТ та ЛВІО, відповідно, а ті, хто був зовсім не впевнений в цьому, склали 2% групи ЗПТ і 5.1% групи ЛВІО.

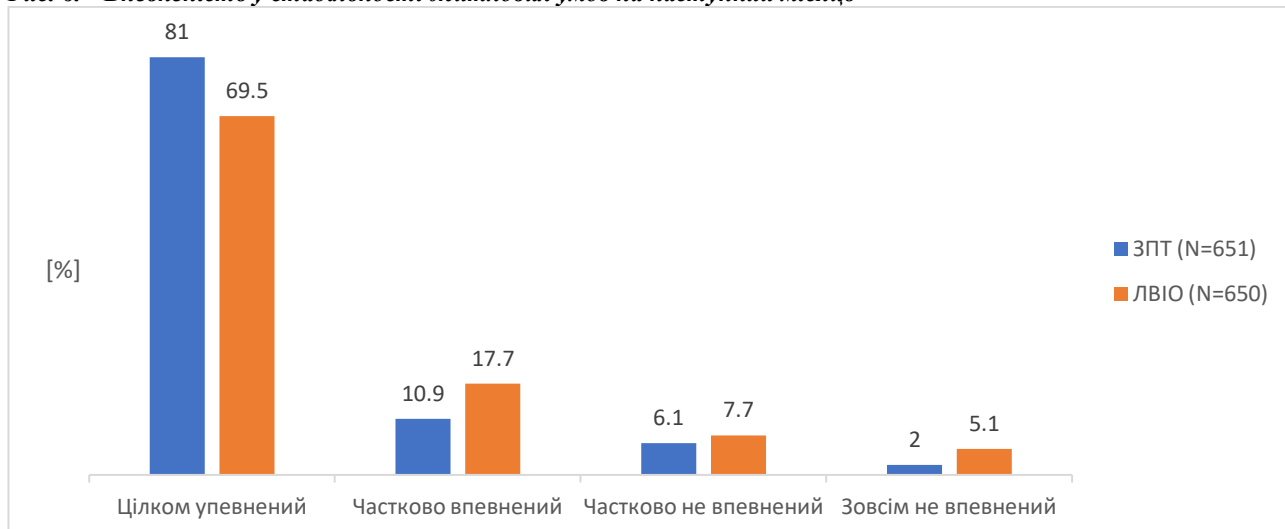
Рис. 5. Житлові умови



Про те, що вони хоча б раз у своєму житті не мали постійного місця проживання, повідомили 4.3% пацієнтів ЗПТ та 11.1% ЛВІО; з них п'ята частина респондентів групи ЗПТ (17.9%) та чверть групи ЛВІО (27.8%) вважали себе безпритульними менше ніж рік тому.

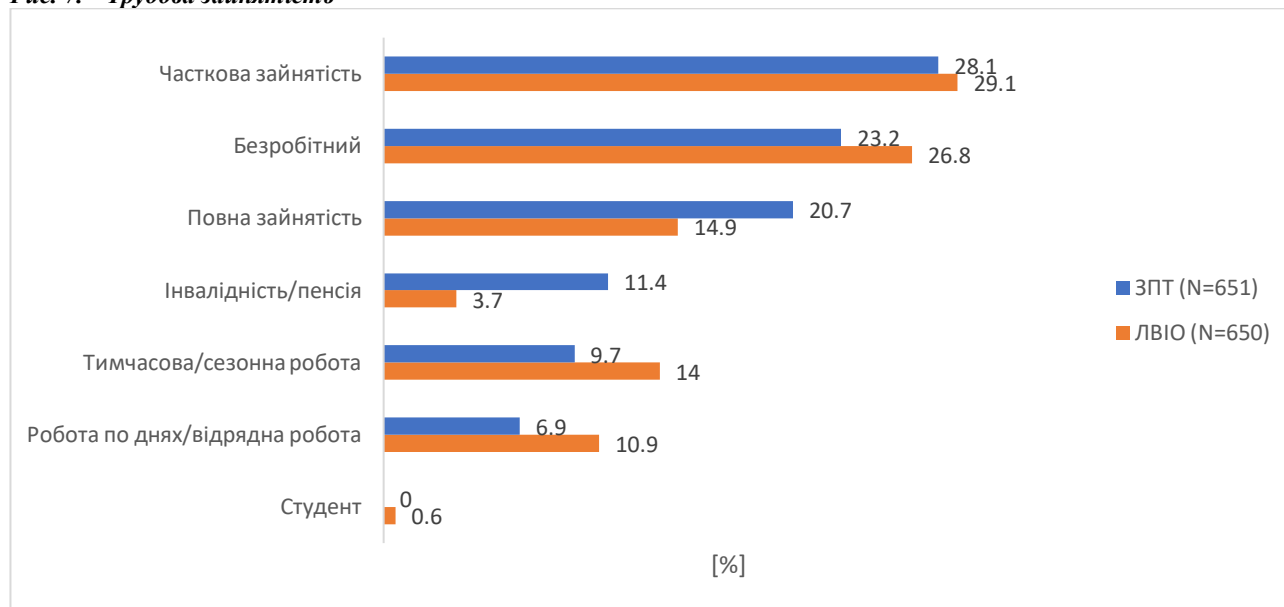
Вказали, що наразі проживають на самоті, 19.2% учасників групи ЗПТ та майже третина (28.3%) групи ЛВІО.

Рис. 6. Впевненість у стабільності житлових умов на наступний місяць



Більше ніж чверть учасників дослідження (28.1% у групі ЗПТ та 29.1% у групі ЛВІО) мали часткову зайнятість. Про повну зайнятість повідомив кожен п'ятий учасник групи ЗПТ (20.7%) та 14.9% респондентів у групі ЛВІО. Близько чверті всіх учасників (23.2% у групі ЗПТ та 26.8% у групі ЛВІО) були безробітними.

Рис. 7. Трудова зайнятість



Половина пацієнтів ЗПТ (51.5%) та 40.3% ЛВІО мали джерело доходу на момент опитування.

Учасники дослідження вказали такі додаткові джерела доходу (окрім заробітної плати): соціальні виплати (16.7% групи ЗПТ та 6.7% групи ЛВІО), нелегальні доходи (10.3% групи ЗПТ та 12.2% групи ЛВІО) та здача власного майна в оренду (6% групи ЗПТ та 5.8% групи ЛВІО). Більше ніж третина учасників в обох групах (і у групах ЗПТ і ЛВІО, відповідно) задекларували дохід за минулий місяць більший за 5 тис. грн, ще третина (і у групах ЗПТ і ЛВІО, відповідно) – більше ніж 10 тис. грн. Про відсутність доходу повідомили лише 0.4% респондентів-ЛВІО.

Рис. 8. Джерело доходу

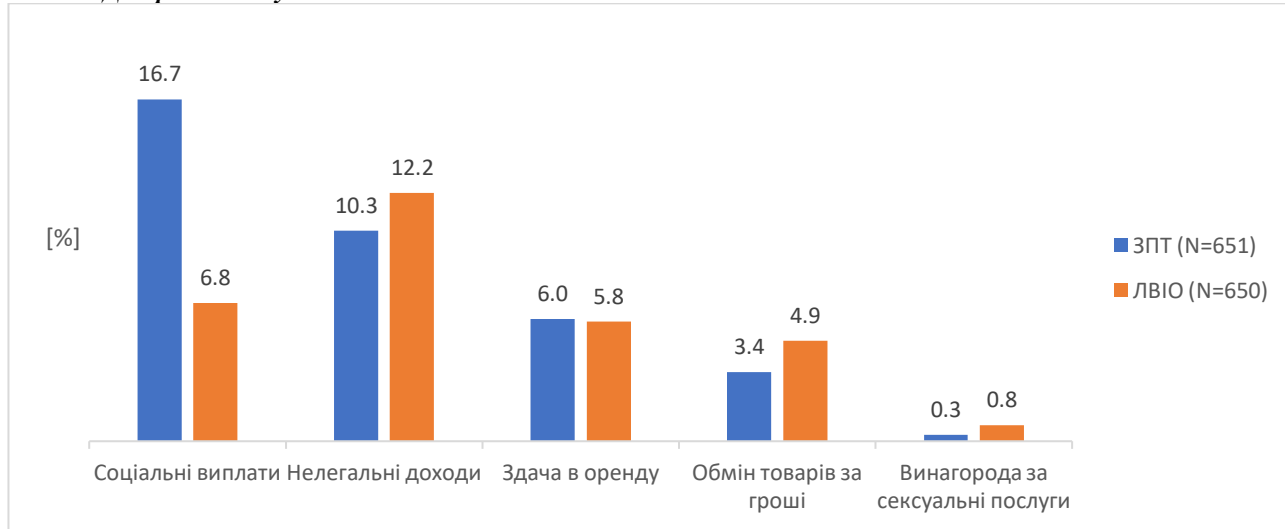
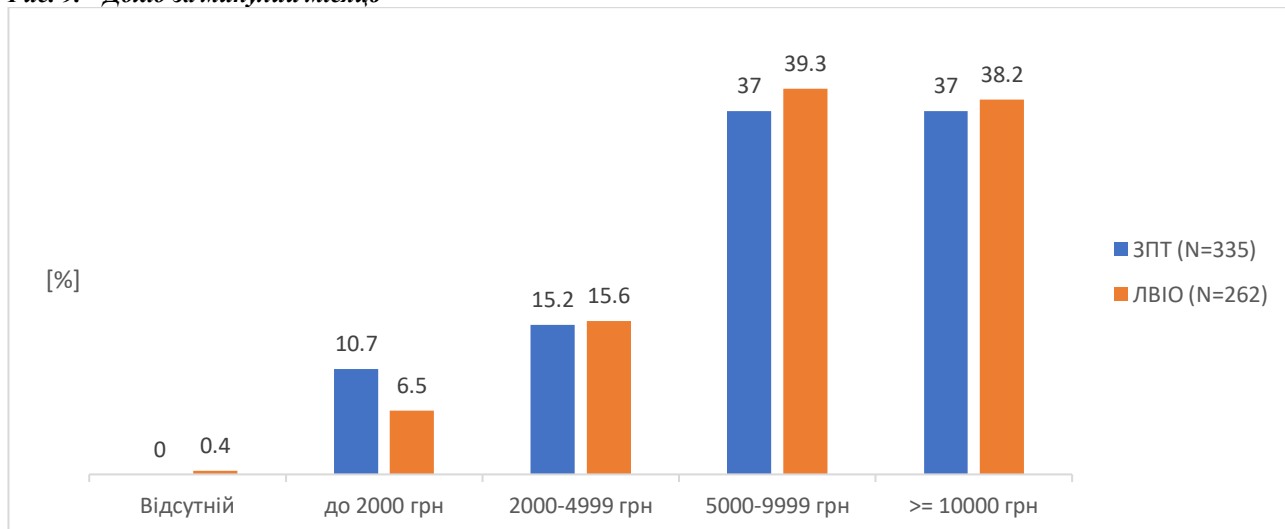


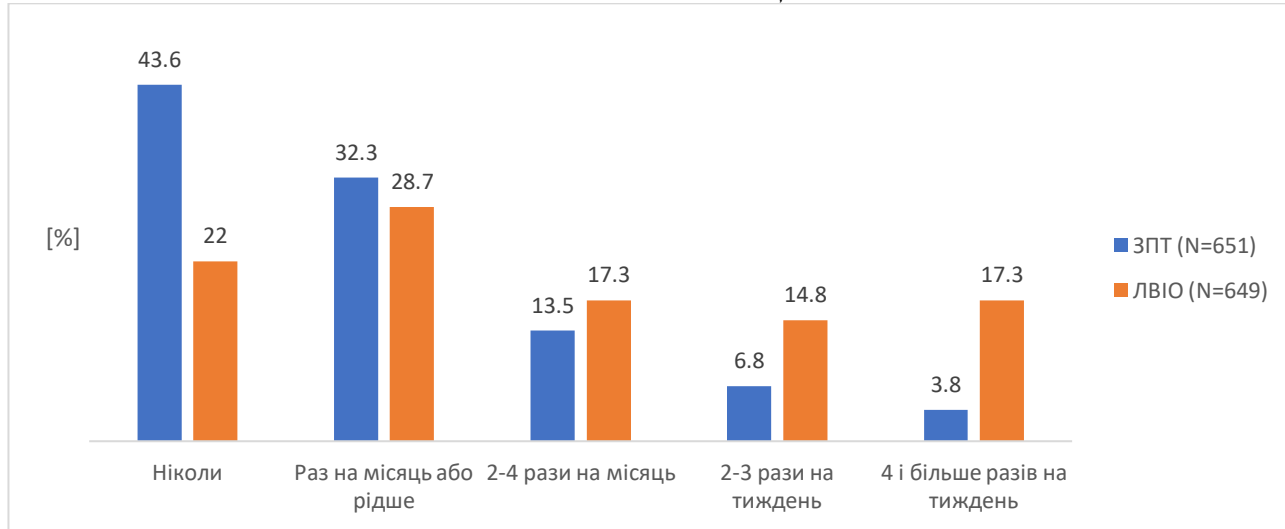
Рис. 9. Дохід за минулий місяць



Вживання психоактивних речовин та алкоголю

Учасники групи ЗПТ демонстрували нижчі показники вживання алкогольних напоїв у порівнянні з групою ЛВІО. Більшість (43.6%) пацієнтів ЗПТ за останній рік не вживала алкоголю взагалі, а ще третина (32.3%) вживала алкогольні напої раз на місяць або рідше. Лише 3.8% учасників групи ЗПТ вживали алкоголь 4 і більше разів на тиждень. Водночас у групі ЛВІО орієнтовно кожен п'ятий (22%) ніколи за останній рік не вживав алкогольних напоїв, а 28.7% вживали алкоголь раз на місяць або частіше. Порівняно з групою ЗПТ респонденти-ЛВІО у 4.5 разів частіше (17.3%) вживали алкоголь чотири і більше разів на тиждень.

Рис. 10. Частота вживання алкогольних напоїв за останні 12 місяців



Подібна тенденція спостерігалася і стосовно кількості стандартних порцій алкогольних напоїв, що вживаються за один раз (одна стандартна порція містить 25 мл чистого спирту, що дорівнює 45 мл горілки, 150 мл вина або 330 мл пива). Учасники групи ЗПТ вживали менше алкоголю у порівнянні з ЛВІО. Майже дві третини (62.9%) респондентів групи ЗПТ вживали 1-2 порції алкоголю за один раз, тоді як у групі ЛВІО цей показник склав 39.4%. Водночас чверть учасників групи ЗПТ (25%) та третина ЛВІО (32.6%) вживали 3 або 4 порції алкоголю за один раз. Більш того, 2.5% респондентів з групи ЗПТ і 7.4% ЛВІО щоденно вживали шість і більше порцій алкоголю, але більшість (56%) пацієнтів ЗПТ і третина (35%) ЛВІО зауважили, що ніколи не вживали таку кількість алкоголю.

Рис. 11. Середня кількість порцій алкогольних напоїв, яку учасники споживали за один раз (серед тих, хто вживав алкоголь за останній рік)

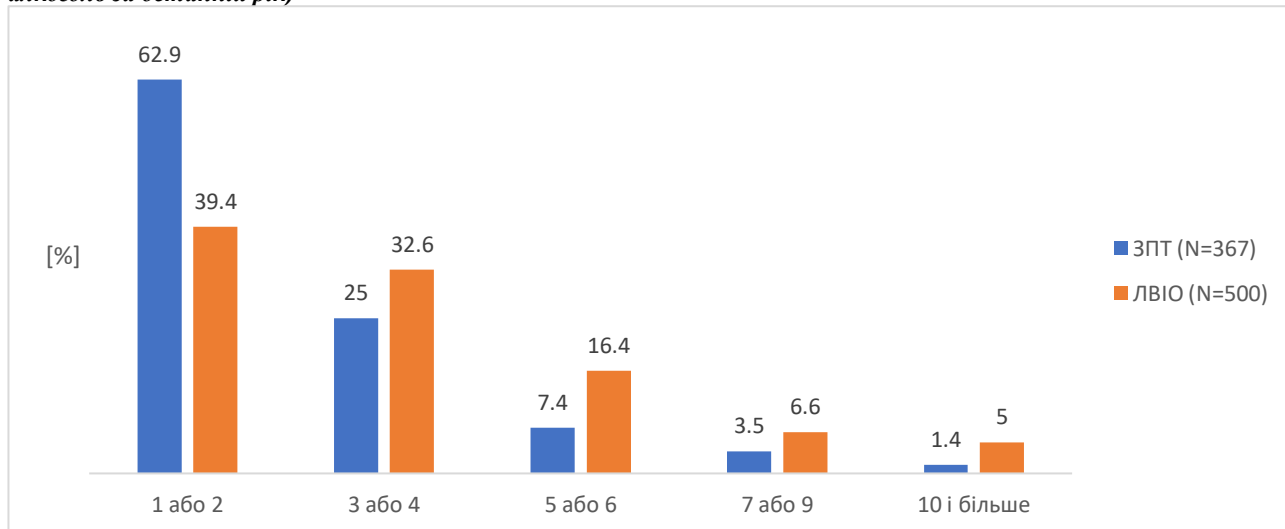
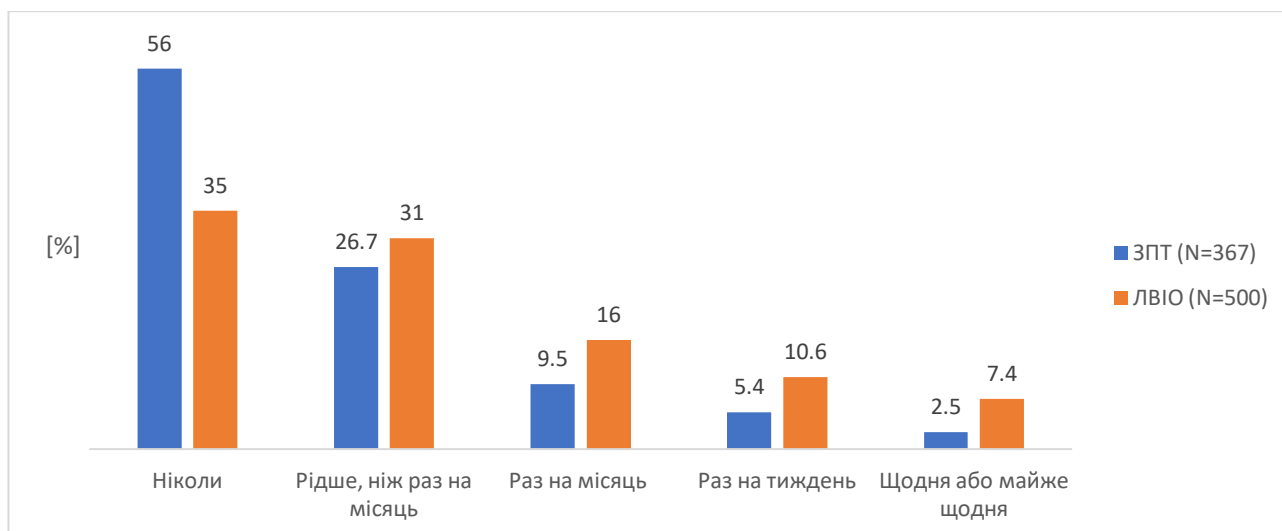


Рис. 12. Частота вживання 6 і більше порцій алкогольних напоїв за один раз (серед тих, хто вживав алкоголь протягом останнього року)



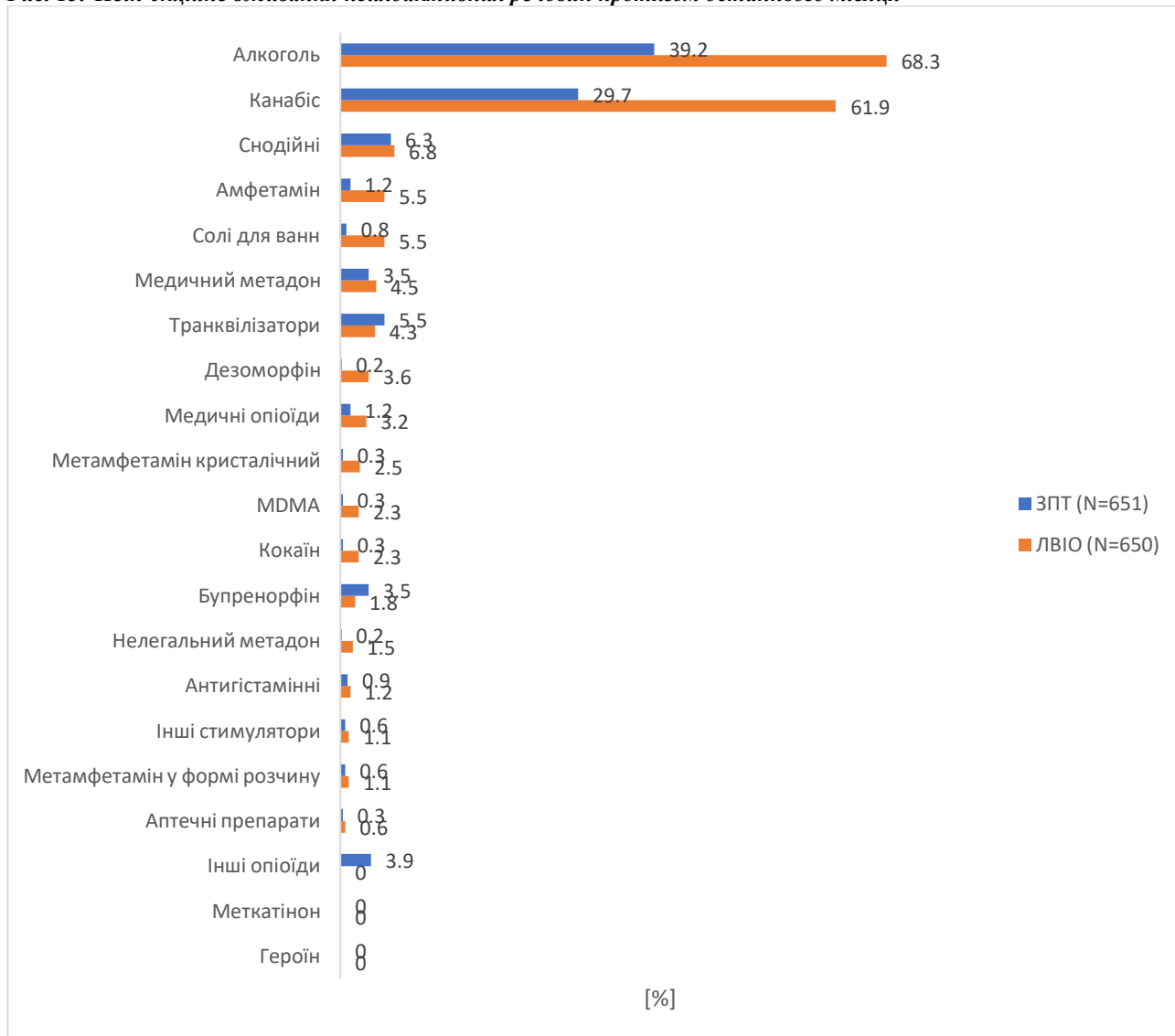
Щодо досвіду вживання наркотичних речовин протягом останніх 30 днів, слід відмітити частіше вживання всіх типів наркотиків учасниками з групи ЛВІО порівняно з пацієнтами ЗПТ.

Найпопулярнішою психоактивною речовиною серед учасників групи ЗПТ був алкоголь, вживання якого зазначили 39.2% респондентів. Друге місце посів канабіс – його вживали 29.7% пацієнтів ЗПТ. Крім того, до першої п'ятірки найчастіше вживаних речовин (сумарно ін'єкційним та неін'єкційним способом) увійшли антигістамінні (23.5%) та снодійні (22.6%) препарати, а також медичний метадон, вживаний не за призначенням лікаря (12.4%).

Деякий інший патерн вживання наркотиків показали учасники групи ЛВІО: серед них 81.8% опитаних вживали ін'єкційно нелегальний метадон¹ протягом останніх 30 днів; для групи ЗПТ цей показник був значно меншим – 9.7%. На другому місці опинився алкоголь, вживання якого зазначили 68.3% ЛВІО. Крім того, респонденти цієї групи вживали канабіс (61.9%), медичний метадон (42.9% сумарно ін'єкційним та неін'єкційним способом) та антигістамінні препарати (42.8% сумарно ін'єкційним та неін'єкційним способом).

¹ Тут і надалі під терміном «нелегальний метадон» мається на увазі речовина, яка синтезується у підпільних лабораторіях і надходить у нелегальний продаж у вигляді кристалів або порошку. Склад цієї речовини наразі не є достеменно відомим; ймовірно, окрім власне метадону, вона містить й інші речовини, у тому числі опіоїди.

Рис. 13. Ін'єкційне вживання психоактивних речовин протягом останнього місяця

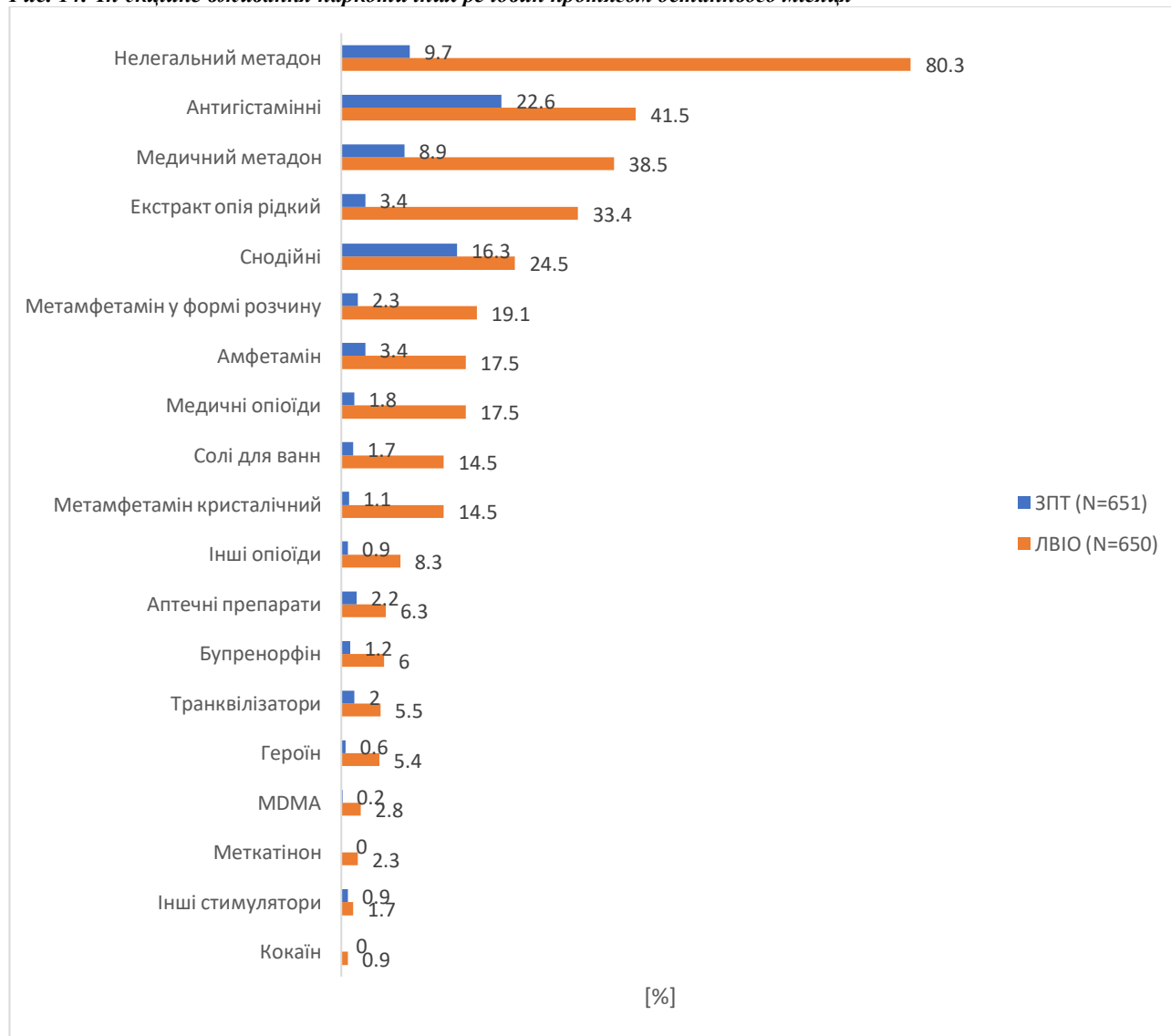


Досвід вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом протягом останнього місяця був більш характерним для учасників групи ЛВІО: показники вживання у цій групі переважали такі у групі ЗПТ для усіх типів наркотиків. Майже чверть (22.6%) пацієнтів ЗПТ зазначили, що вживали ін'єкційно вживання антигістамінні препарати. Крім того, респонденти з групи ЗПТ вказали, що практикують вживання снодійних лікарських засобів (16.3%) і нелегального (9.7%) та медичного (8.9%) метадону.

Водночас серед учасників з групи ЛВІО найбільш вживаним наркотичним засобом за вказаний період (протягом останнього місяця) виявився нелегальний метадон – його вживали 80.3% ЛВІО. Друге місце посіло введення антигістамінних, про що повідомили 41.5% респондентів-ЛВІО. Також до «топ-5» найбільш вживаних наркотиків увійшли медичний метадон (38.5%), екстракт опія («ширка», 33.4%), та снодійні засоби (24.5%).

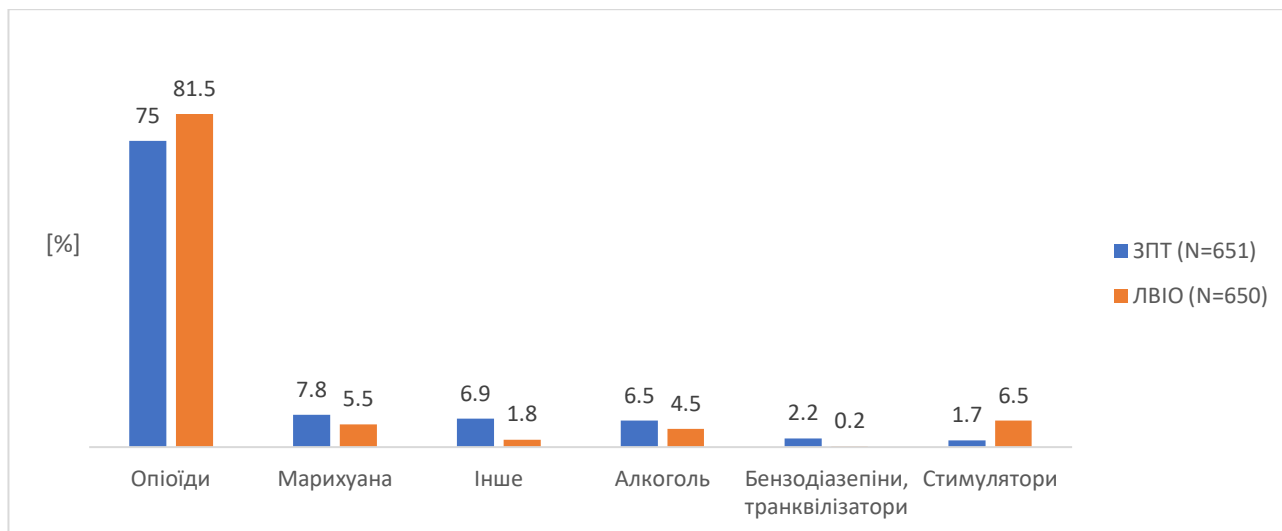
Про вживання кількох наркотичних речовин в одному шприці за останні 30 днів повідомили 20.3% опитаних з групи ЗПТ, та 44.5% з групи ЛВІО.

Рис. 14. Ін'єкційне вживання наркотичних речовин протягом останнього місяця



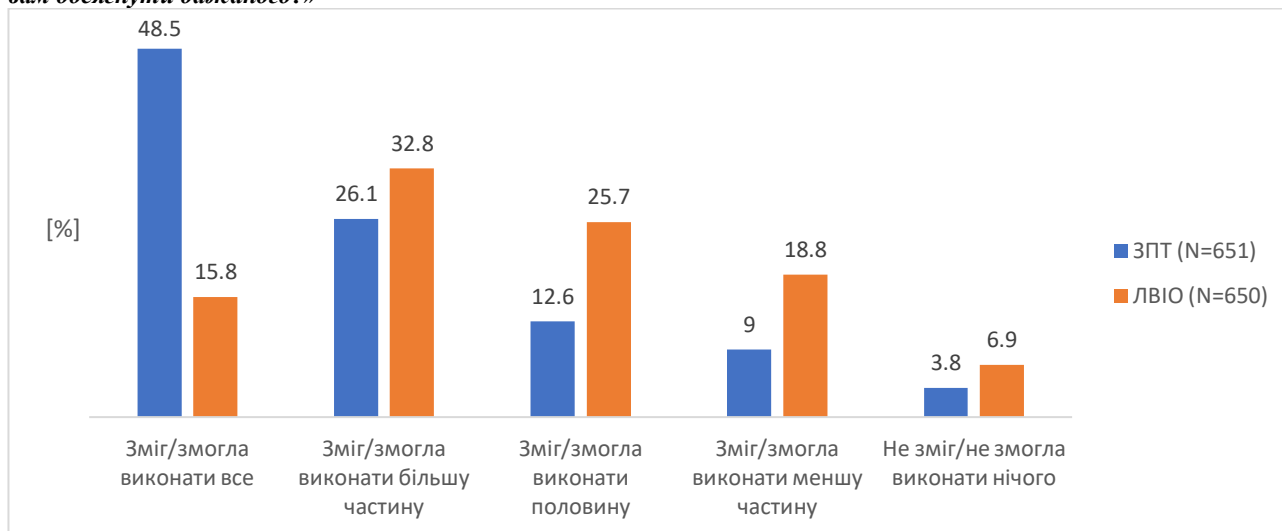
Респонденти обох груп вказали, що серед усіх груп препаратів вони надають найбільшу перевагу опіоїдам: про це повідомили три чверті учасників з групи ЗПТ (75%) та 81.5% опитаних з групи ЛВІО. Значно менша частина респондентів зазначила, що надають перевагу марихуані (7.8% і 5.5% відповідно для груп ЗПТ і ЛВІО) та алкоголю (6.5% та 4.5%, відповідно). Закривають четвірку найпопулярніших ПАР стимулятори, про надання переваги яким повідомили 1.7% пацієнтів ЗПТ та 6.5% ЛВІО.

Рис. 15. Психоактивні речовини, яким надається перевага



У відповідь на питання, наскільки вживання психоактивних речовин заважало респондентам досягти бажаного протягом останніх 30 днів, майже половина (48.5%) учасників з групи ЗПТ сказали, що змогли виконати усі поставлені задачі, у той час як у групі ЛВІО цей показник склав лише 15.8% . Вживання наркотиків критично заважало досягнути бажаного 3.8% опитаних з групи ЗПТ та 6.9% ЛВІО – цим респондентам не вдалося виконати нічого із запланованого.

Рис. 16. Розподіл відповідей респондентів на питання: «Наскільки вживання ПАР протягом останніх 30 днів заважало вам досягнути бажаного?»



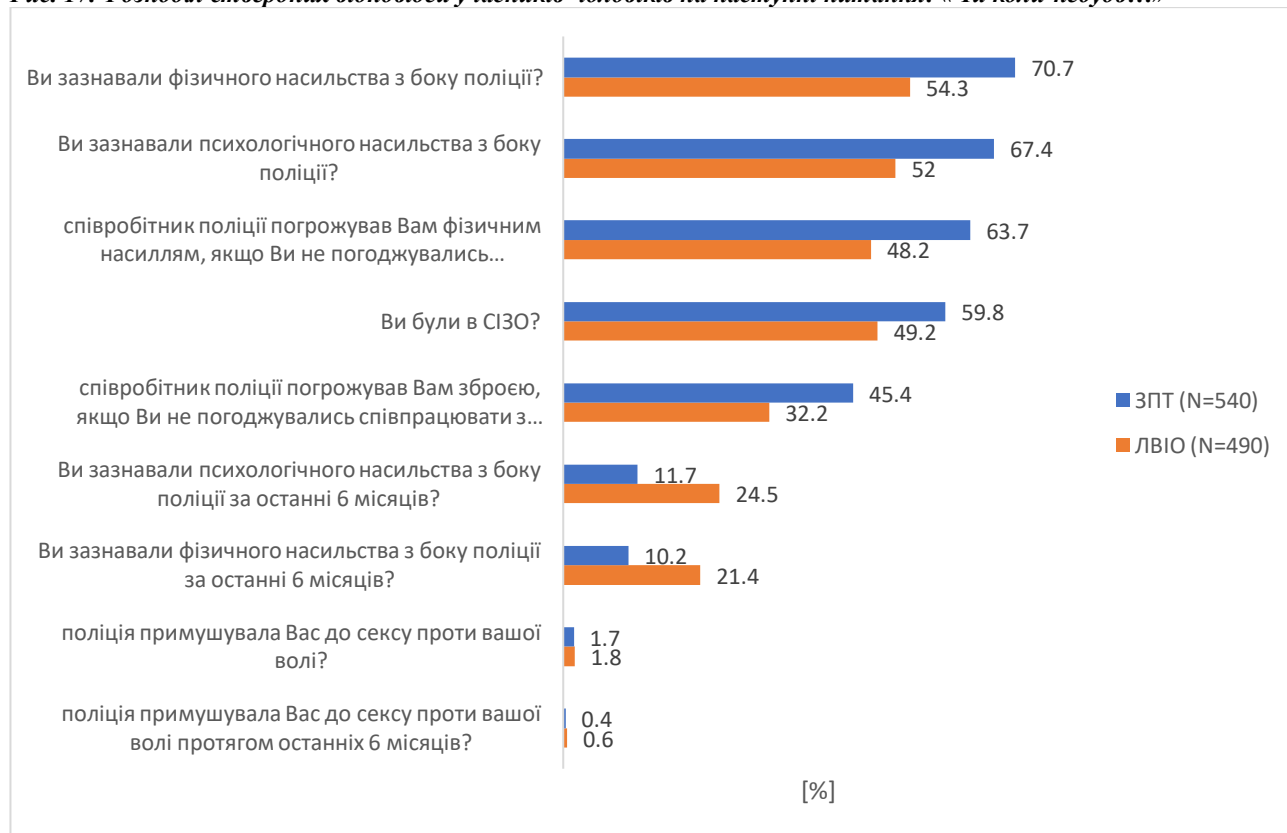
Досвід взаємодії з правоохоронними органами

Про наявність досвіду взаємодії з поліцією за останні півроку повідомила третина (36.1%) респондентів з групи ЗПТ і більше половини ЛВІО (55.4%). При цьому кожен п'ятий пацієнт ЗПТ (18.3%) та майже третина групи ЛВІО (28.3%) розповіли про вимагання хабаря з боку представника

правоохоронних органів. При затриманні представники поліції конфіскували шприци або голки у кожного десятого опитаного в групі ЗПТ (9.3%) та майже кожного п'ятого в групі ЛВІО (17.5%).

Серед представників чоловічої статі про фізичне насильство з боку правоохоронних органів, з яким вони стикалися хоча би раз у житті, повідомили 70.7% пацієнтів ЗПТ та 54.3% опитаних ЛВІО. На те, що коли-небудь зазнавали психологічного насильства з боку поліції, вказали 67.4% респондентів групи ЗПТ та половина (52%) учасників групи ЛВІО. Про досвід примусу до сексу з боку поліції повідомили 1.7% та 1.8% опитаних з груп ЗПТ та ЛВІО, відповідно. Водночас протягом останніх 6 місяців саме чоловіки-ЛВІО частіше стикалися з насильством: фізичним – 21.4% проти 10.2% у групі ЗПТ, психологічним – 24.5% проти 11.7% у групі ЗПТ та сексуальним – 0.6% проти 0.4% у групі ЗПТ. На наявність досвіду перебування у слідчому ізоляторі вказали близько 59.8% опитаних з групи ЗПТ та майже половина (49.2%) учасників-ЛВІО.

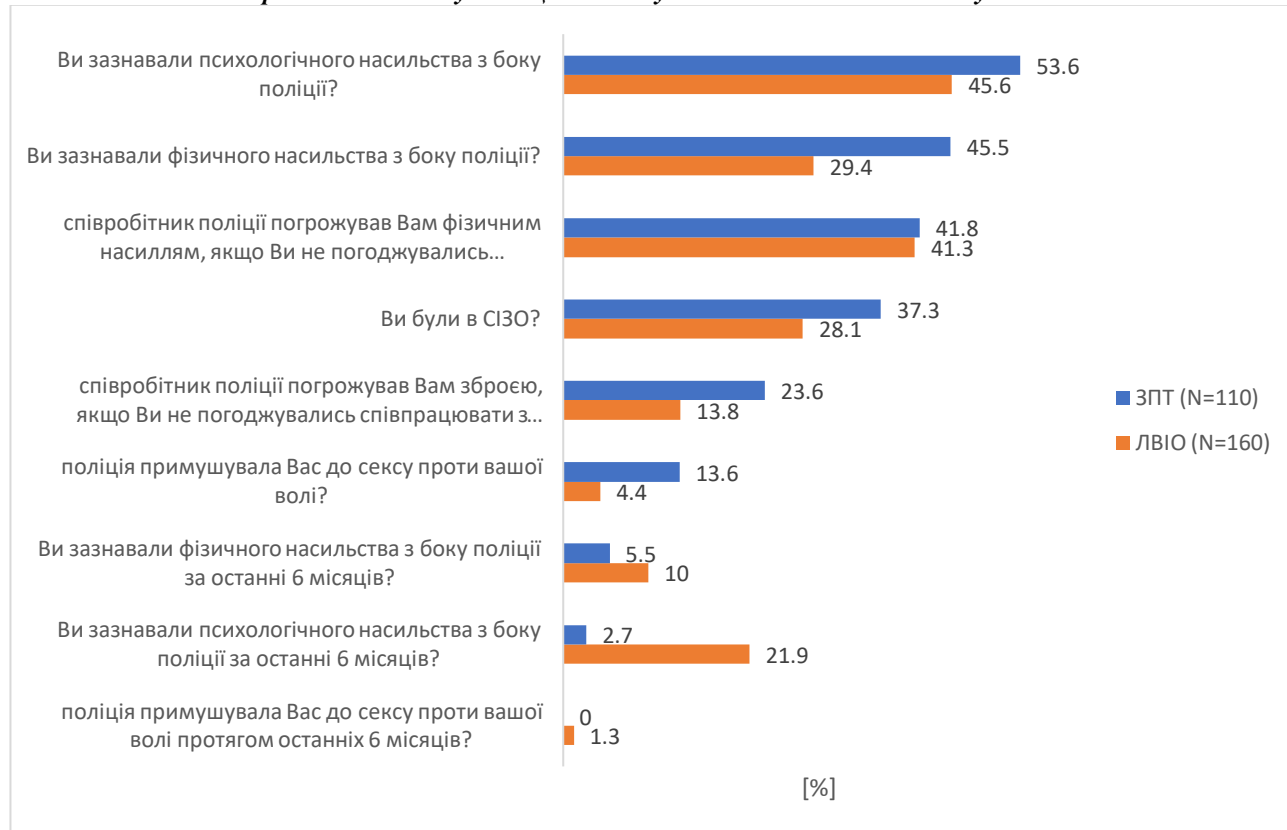
Рис. 17. Розподіл ствердних відповідей учасників-чоловіків на наступні питання: «Чи коли-небудь...»



Серед респондентів жіночої статі про досвід різних видів насильства з боку правоохоронних органів також частіше повідомляли учасниці групи ЗПТ; водночас саме жінки з групи ЛВІО стикалися з таким насильством частіше протягом останніх півроку. Фізичного насильства зазнавала майже половина (45.5%) учасниць з групи ЗПТ та майже третина (29.4 %) жінок-ЛВІО; за останні 6 місяців з таким насильством стикалися 5.5% жінок з групи ЗПТ та 10% учасниць-ЛВІО. Про досвід

психологічного насильства повідомили 53.6% респонденток з групи ЗПТ (2.7% стикалися з таким насильством протягом останніх півроку) та 45.6% групи ЛВІО (21.9% – протягом останніх 6 місяців). Про примус до сексу з боку працівників поліції, з яким вони стикалися будь-коли у житті, розповіли 13.6% пацієток ЗПТ (жодної за останні 6 місяців) та 4.4% учасниць з групи ЛВІО (з них 1.3% мали такий досвід протягом останніх 6 місяців). Про наявність досвіду перебування у СІЗО повідомили 37.3% респонденток у групі ЗПТ та 28.1% у групі ЛВІО.

Рис. 18. Розподіл ствердних відповідей учасниць на наступні питання: «Чи коли-небудь...»



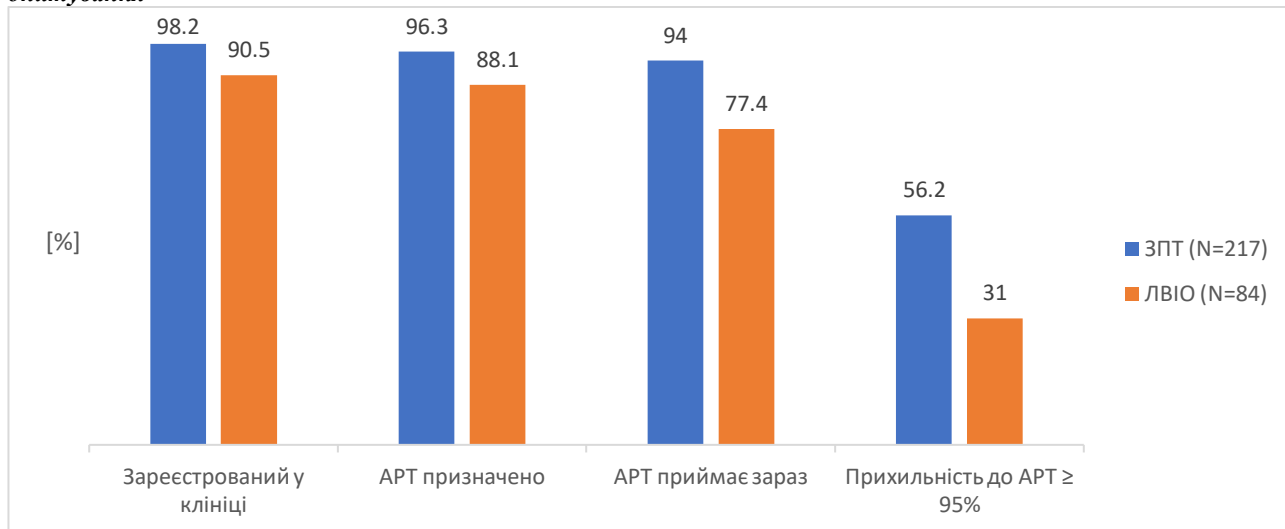
Три чверті опитаних в обох групах (по 76.7% пацієнтів ЗПТ і ЛВІО) зазначили, що мали досвід перебування в СІЗО від одного до трьох разів за життя. При цьому переважна більшість учасників (93.4% пацієнтів ЗПТ та три чверті ЛВІО (76.6%)) зазначили, що востаннє перебували в СІЗО більше двох років тому. Приблизно половина учасників в обох групах (53.2% у групі ЗПТ та 48.6% у групі ЛВІО) вказали, що під час останнього затримання перебували у СІЗО менше ніж півроку.

Про досвід ув'язнення у виправній колонії повідомили 42.1% пацієнтів ЗПТ та третина учасників-ЛВІО (30.5%). З них більшість (72.6% учасників з групи ЗПТ та 63.5% групи ЛВІО) відбували покарання один або два рази, та провели в колонії від 3 років (75.5% у групі ЗПТ та 74.2% у групі ЛВІО).

Тестування та лікування ВІЛ-інфекції

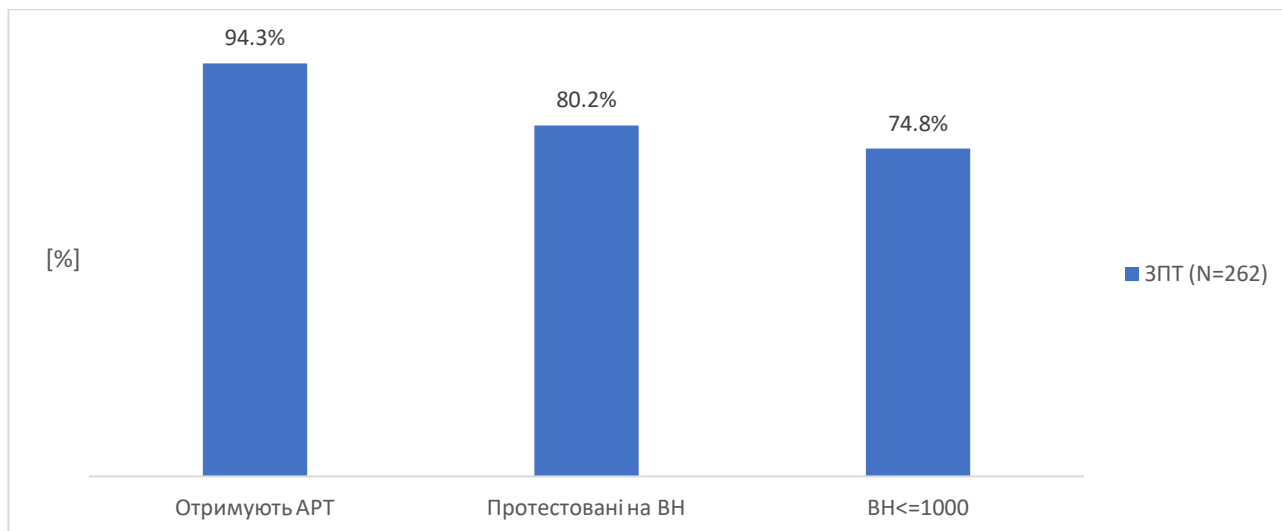
За даними опитування, показники каскаду лікування ВІЛ-інфекції мали такі значення: серед учасників, які знали та повідомили про свій позитивний ВІЛ-статус, абсолютна більшість (98.2% групи ЗПТ та 90.5% групи ЛВІО) зареєструвалися як пацієнти Центру СНІДу. З цих зареєстрованих пацієнтів 98.1% у групі ЗПТ та 97.4% ЛВІО повідомили, що їм було призначено антиретровірусну терапію (АРТ) (96.3% та 88.1% від усіх ВІЛ-інфікованих, відповідно); з них 97.6% та 92.9% (94% і 77.4% від усіх ВІЛ-інфікованих) у групах ЗПТ та ЛВІО, відповідно, зазначили, що приймають АРТ зараз. Водночас дві третини з тих, хто приймає АРТ, у групі ЗПТ (63.2%) та майже половина учасників з групи ЛВІО (44.6%) (56.2% та 31% від всіх ВІЛ-позитивних, відповідно) зауважили, що протягом останнього місяця приймали необхідні препарати АРТ згідно з рекомендаціями лікаря щонайменше у 95% випадків.

Рис. 19. Каскад лікування ВІЛ-інфекції серед учасників, які повідомили про свій позитивний статус, на підставі даних опитування



Показники каскаду лікування ВІЛ-інфекції також було оцінено за допомогою даних з медичної документації в клініках ЗПТ. Переважна більшість в групі ЗПТ (94.6%) мала запис про тестування на ВІЛ в медичній картці. ВІЛ-позитивними виявилися 42.5% з протестованих, або 40.2% усіх пацієнтів; з них 94.3% мали запис про отримання антиретровірусної терапії. Результати тесту на вірусне навантаження були наявні у 85% карток пацієнтів, які отримують АРТ, або у 80.2% з усіх ВІЛ-інфікованих. 93.3% з усіх протестованих, або 74.8% всіх ВІЛ-інфікованих учасників, мали значення вірусного навантаження менше ніж 1000 копій/мл, що свідчить про ефективну супресію ВІЛ.

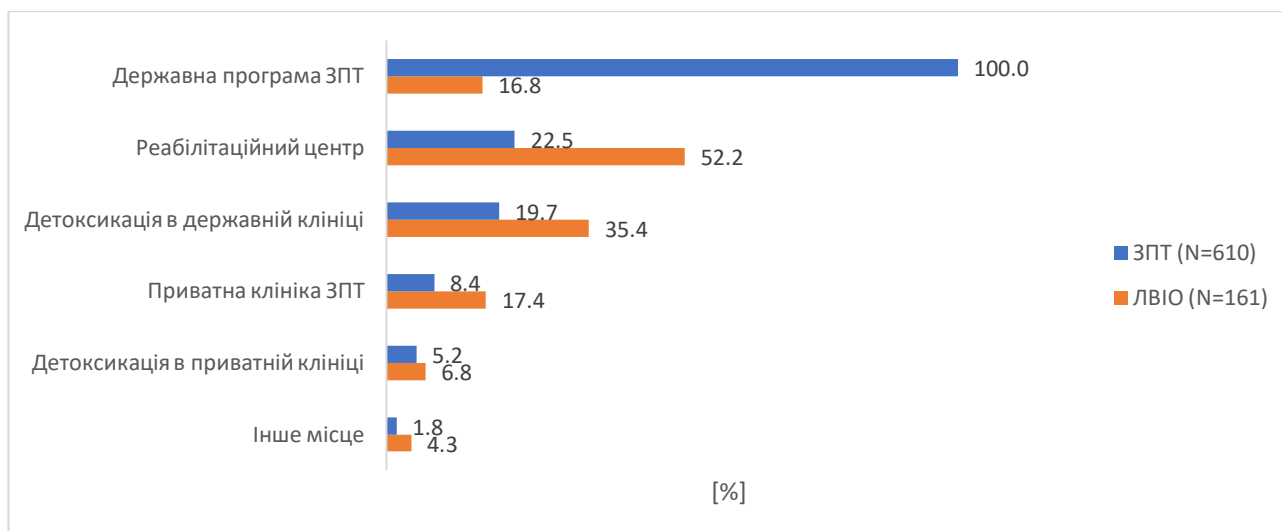
Рис. 20. Каскад лікування ВІЛ-інфекції на підставі клінічних даних (група ЗПТ)



Досвід лікування залежностей

За умовами відбору, всі учасники групи ЗПТ мали досвід лікування залежності. Чверть групи ЛВІО (24.8%) також мала досвід лікування залежності у різних закладах, таких як реабілітаційний центр, програми ЗПТ та детоксикація. Про наявність досвіду лікування наркотичної залежності у реабілітаційному центрі повідомили чверть (22.4%) опитаних з групи ЗПТ та половина (52.2%) групи ЛВІО. При цьому майже половина всіх учасників дослідження (47.4% пацієнтів ЗПТ та 47.6% ЛВІО) лікувалась у такому центрі лише один раз, а ще близько 40% (у групі ЗПТ і у групі ЛВІО) – 2-3 рази на життя. Участь у державній програмі ЗПТ брали всі учасники з групи ЗПТ та 16.8% групи ЛВІО; з них абсолютна більшість (87.9% у групі ЗПТ та 88.9% у групі ЛВІО) проходила таку програму одноразово. У приватній клініці препарати ЗПТ отримували 8.3% та 17.4% респондентів з груп ЗПТ та ЛВІО, відповідно; з них половина групи ЗПТ (52%) та три чверті групи ЛВІО (77.8%) вступали на програму більше одного разу. Кожен п'ятий учасник дослідження з групи ЗПТ (19.6%) та кожен третій (35.4%) учасник-ЛВІО отримували послуги з детоксикації у державній клініці, а у приватних закладах досвід отримання детоксикації мали 5.2% пацієнтів ЗПТ і 6.8% ЛВІО. Крім того, більшість респондентів зазначили, що отримували послуги з детоксикації більше одного разу: у державній клініці неодноразово проходили детоксикацію 69.7% учасників з групи ЗПТ та 71.9% з групи ЛВІО, а у приватній – 59.4% та 72.7% у групах ЗПТ і ЛВІО, відповідно.

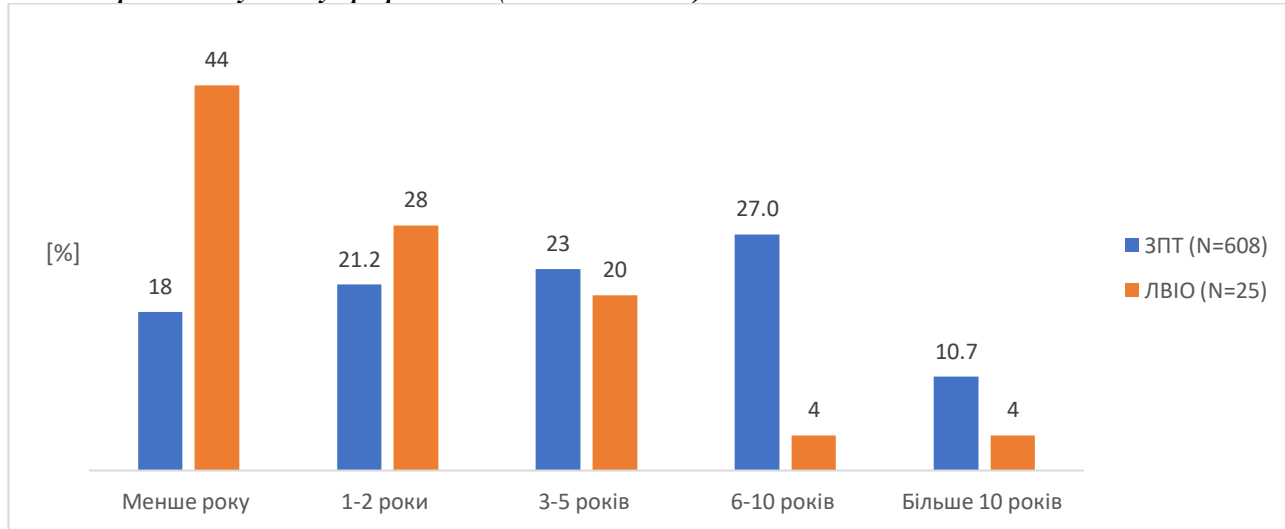
Рис. 21. Досвід лікування залежностей протягом життя



Досвід лікування у програмі ЗПТ

Про перебування у програмі ЗПТ на момент опитування повідомили всі учасники групи ЗПТ та 15.5% опитаних у групі ЛВІО. Більше ніж чверть (27%) групи ЗПТ розпочала свою участь у програмі ЗПТ 6-10 років тому, а кожен десятий учасник (10.7%) – більше ніж 10 років тому. Серед учасників групи ЛВІО, які на момент опитування отримували лікування у програмі ЗПТ, більшість (44%) розпочала отримувати ЗПТ менше ніж рік тому, а частка респондентів, які почали ЗПТ більше ніж шість або 10 років тому, складала по 4%.

Рис. 22. Тривалість участі у програмі ЗПТ (поточний епізод)



На момент дослідження переважна більшість учасників (83.6% у групі ЗПТ та 96% у групі ЛВІО, які отримували ЗПТ у приватних програмах) в якості препарату ЗПТ приймали метадон. Більшість опитаних у групі ЗПТ (64.2%) приймала метадон у дозуванні 61-120 мг, у той час як половина ЛВІО – пацієнтів приватних програм отримували більше 120 мг на добу. Бупренорфін як основний препарат ЗПТ приймали 16.4% учасників з групи ЗПТ та 4% з групи ЛВІО. Респонденти у групі ЗПТ приймали бупренорфін переважно у дозуванні більше 12 мг (39%), а усі опитані у групі ЛВІО приймали до 8 мг препарату.

Рис. 23. Препарати ЗПТ

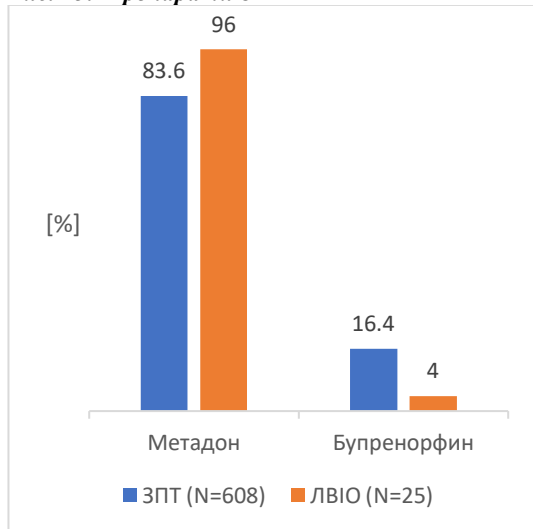
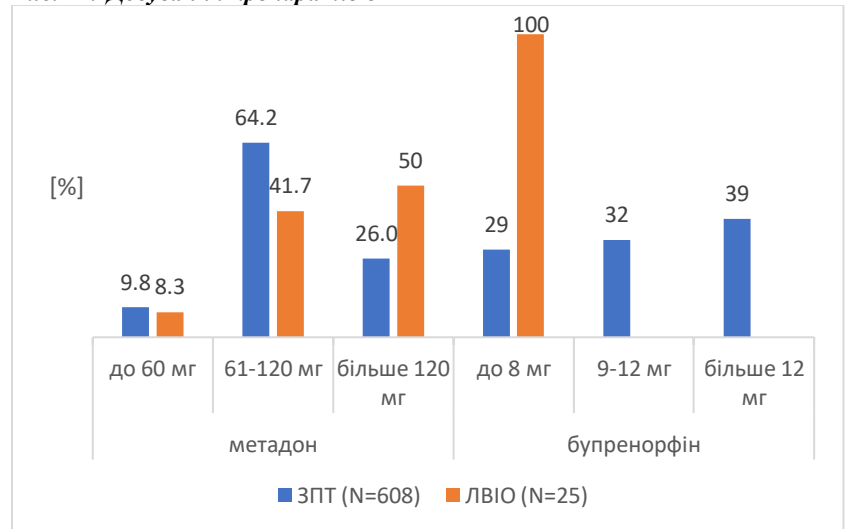
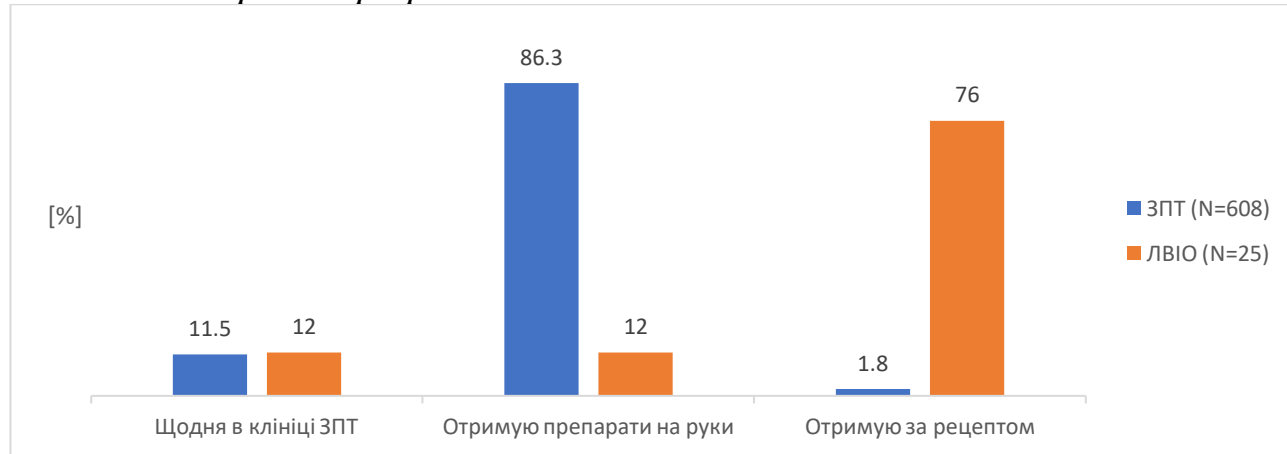


Рис. 24. Дозування препаратів ЗПТ



Переважає більшість учасників з групи ЗПТ (86.3%) отримували препарат на руки, у той час як учасники групи ЛВІО (76%) переважно отримували препарати ЗПТ за рецептом. Орієнтовно кожен десятий (11.5% у групі ЗПТ та 12% у групі ЛВІО) отримував препарат щоденно на сайті ЗПТ.

Рис. 25. Способи отримання препаратів ЗПТ



Більшість з тих, хто не отримував препарат для самостійного прийому, хотіли б мати таку можливість: про це повідомили 79.2% учасників групи ЗПТ та двоє з трьох респондентів-ЛВІО.

Серед причин, які заважали учасникам з групи ЗПТ отримувати препарат для самостійного вживання, найбільш поширеною була неможливість відмовитися від вживання наркотиків, про що зазначили 17.5% респондентів. Іншими причинами були суб'єктивна небезпека при отриманні препарату на руки (про причину такого відчуття окремого запитання не ставилось) та відсутність такої можливості в клініці, яку відвідував учасник програми – на кожну з цих причин вказали по 15.8% опитаних.

Рис. 26. Причини, що заважають отримувати препарати для самостійного прийому (пацієнти ЗПТ, які наразі приймають препарат під наглядом медперсоналу)



З усіх причин, які заважали отримувати необхідні препарати для самостійного вживання, респонденти групи ЗПТ основною назвали складність у відмові від вживання наркотичних препаратів; цю причину

обрав кожен п'ятий (20.7%) учасник дослідження. Більше 15% опитаних основною причиною вважають відсутність такої можливості у клініці ЗПТ, а 13.8% респондентів вказують, що для них надто небезпечно отримувати препарат на руки.

Рис. 27. Основна причина, яка заважає отримувати препарати для самостійного прийому (пацієнти ЗПТ, які наразі приймають препарат під наглядом медперсоналу)



Серед учасників дослідження, хто наразі не отримував препарат на руки або за рецептом, чотири п'ятих (82.2% у групі ЗПТ та 77,3% у групі ЛВІО) вважали, що їм було би нескладно перейти від щоденного вживання препаратів під наглядом до отримання ліків для самостійного прийому.

Серед правил, яких необхідно дотримуватись, перебуваючи у програмі ЗПТ, переважна більшість (82.2%) респондентів з групи ЗПТ вказала необхідність регулярно здавати аналіз сечі. До п'ятірки найбільш згадуваних умов також входили відвідування клініки у строго визначені години (49.3%), необхідність повного припинення вживання нелегальних наркотичних препаратів (48.7%), необхідність проходити регулярне медичне обстеження (46.5%) та мати на меті повну відмову від вживання наркотиків (32.4%).

Рис. 28. Правила, яких необхідно дотримуватись під час участі у програмі ЗПТ



З вищезгаданих правил таким, що найбільш негативно впливає на повсякденне життя, більшість учасників групи ЗПТ вважали необхідність щоденно відвідувати клініку, про що зазначила чверть опитаних (26%). Майже така сама кількість учасників скаржилася на необхідність здавати аналіз сечі (24.3%). Ще одним правилом, яке ускладнює повсякденне життя, учасники вважали необхідність відвідувати сайт ЗПТ у строго визначені години, про що згадали майже 18% опитаних.

Рис. 29. Правило програми, яке найбільш негативно впливає на повсякденне життя пацієнтів ЗПТ



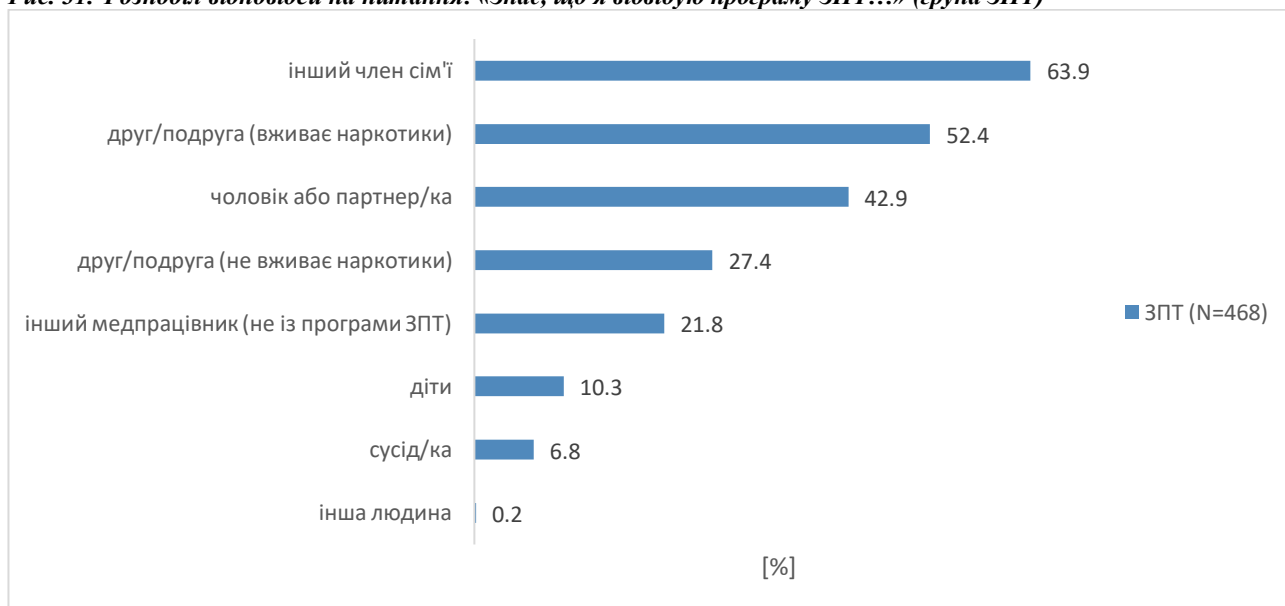
Чотирнадцять відсотків респондентів з групи ЗПТ вказали, що у них траплялися перерви у лікуванні на програмі ЗПТ, тобто поточний епізод лікування для них був не першим. Серед тих, хто мав перерви, кожен третій учасник (35.3%) назвав причиною особисті обставини. Кожен четвертий опитаний (25.9%) послався на хворобу, через яку був змушений залишитись вдома і не зміг відвідати сайт ЗПТ. Крім того, кожен п'ятий вказав на відсутність у місті з поважної причини, а більше ніж 10% опитаних зазначили арешт та інші причини, не вказані серед переліку.

Рис. 30. Причина перерви у лікуванні ЗПТ (група ЗПТ)



Три чверті (77%) респондентів з групи ЗПТ зазначили, що вони розповідали людям зі свого близького оточення про відвідування програми ЗПТ. Більшість опитаних (63.9%) вказали, що про їхнє перебування на лікуванні знає хоча б один член сім'ї. Більше половини (52.4%) зазначили, що про це знає друг, який вживає наркотики. Серед інших близьких людей, які знають про відвідування респондентом програми ЗПТ, учасники називали партнера (42.9%), друга, який не вживає наркотичні препарати (27.4%), та медичного працівника не з програми ЗПТ (21.8%).

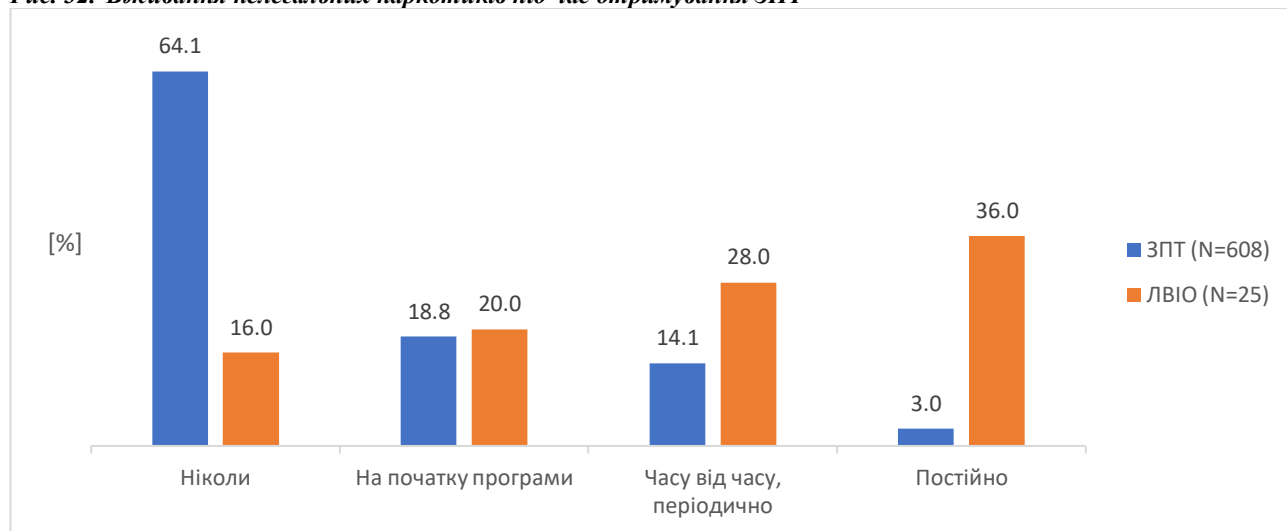
Рис. 31. Розподіл відповідей на питання: «Знає, що я відвідую програму ЗПТ...» (група ЗПТ)



Паралельне вживання психоактивних речовин разом з препаратами ЗПТ було набагато поширенішим серед пацієнтів приватних програм: 36% респондентів з групи ЗПТ та 84% з групи ЛВІО (з тих, хто

отримував ЗПТ у приватних програмах) зізналися, що вживали нелегальні наркотики разом з препаратами ЗПТ або замість них, а поширеність ін'єкційного вживання була 27% та 76%, відповідно. Майже п'ята частина учасників групи ЗПТ (18.8%) вказали, що вживали наркотичні препарати на початку участі у програмі ЗПТ, ще 14.1% вживають наркотики час від часу, і лише 3% опитаних зазначили, що вживають нелегальні наркотики постійно. На відміну від них, 36% респондентів з групи ЛВІО зазначили, що вживають наркотики постійно, 28% вживають час від часу, а п'ята частина вказали, що вживали наркотичні препарати лише на початку ЗПТ.

Рис. 32. Вживання нелегальних наркотиків під час отримання ЗПТ



Частота вживання наркотичних речовин, серед тих, хто визнав таку практику, також була вищою серед пацієнтів приватних програм. Протягом останніх 6 місяців більше ніж 40% учасників з групи ЗПТ вживали нелегальні наркотики не частіше ніж раз на місяць, а щоденне вживання практикували 9.2% опитаних. Водночас за цей же період 38.1% учасників-ЛВІО вживали нелегальні наркотики 3-4 рази на тиждень, а про щоденне вживання сказав кожен п'ятий (19%).

Серед тих хто практикував ін'єкційне вживання, щоденно вводили наркотики 7.9% учасників групи ЗПТ та 15.8% учасників групи ЛВІО. У групі учасників ЗПТ, більшість вживала їх рідше ніж раз на місяць (44.5%), у той час як у групі ЛВІО переважали ті, хто вводив наркотики 3-4 рази на тиждень (31.6%).

Рис. 33. Частота вживання наркотиків на додачу до препаратів ЗПТ протягом останніх 6 місяців

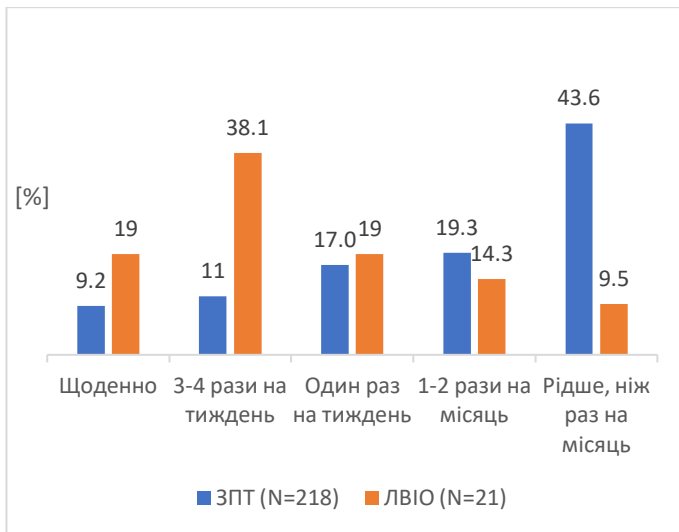
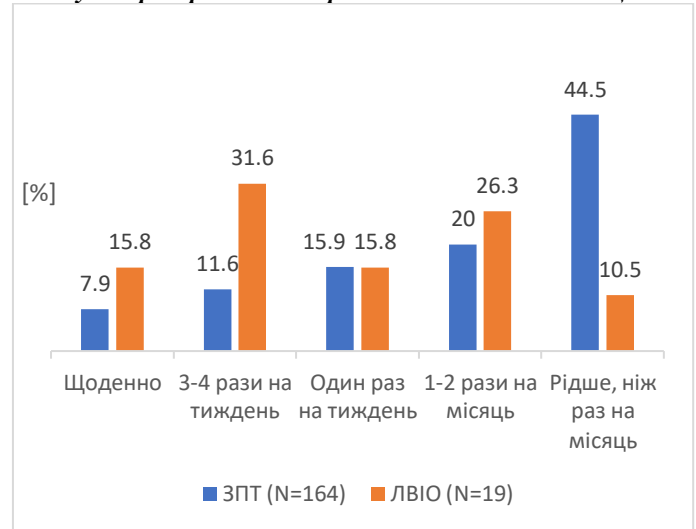
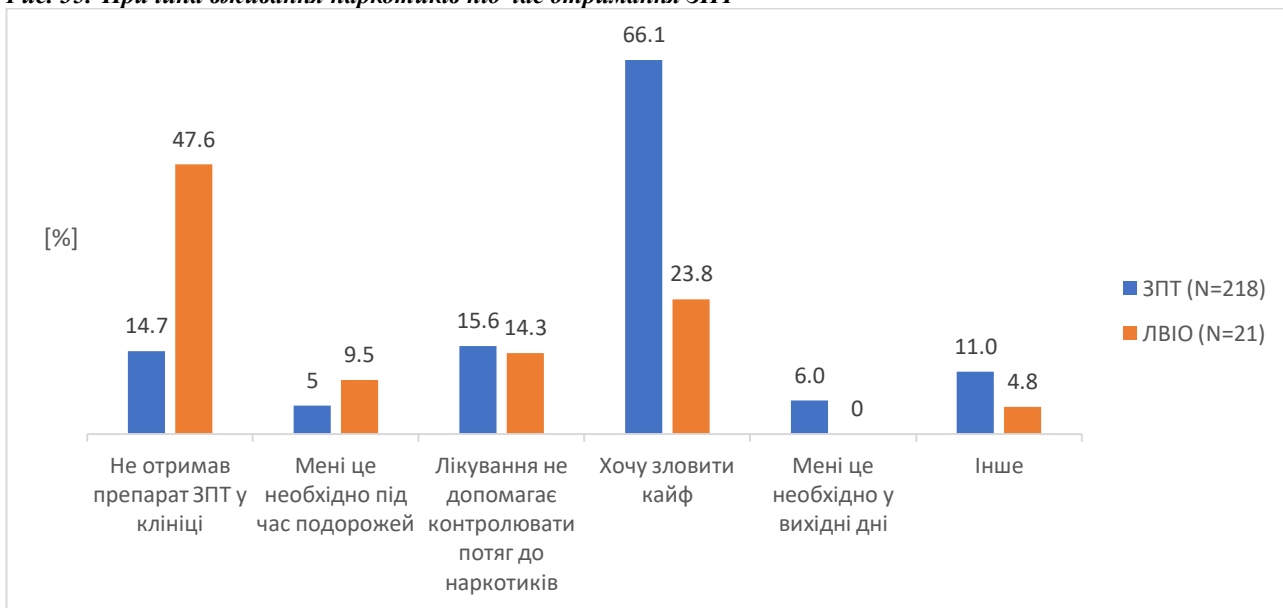


Рис. 34. Частота ін'єкційного вживання наркотиків на додачу до препаратів ЗПТ протягом останніх 6 місяців



Основною причиною вживання наркотичних препаратів під час перебування на програмі ЗПТ учасники групи ЗПТ вказали бажання «отримати кайф» (66.1%), у той час як головною причиною в групі ЛВІО виявилось неотримання необхідного препарату в клініці (з будь-якої причини), про що сказали 47.6% опитаних.

Рис. 35. Причина вживання наркотиків під час отримання ЗПТ



Учасники дослідження вказали, що мали змогу отримати у клініці ЗПТ низку додаткових медичних та психосоціальних послуг: про доступність додаткових медичних послуг розповіли 53% опитаних у групі ЗПТ та 36% у групі ЛВІО, а про наявність у клініці психосоціального консультування повідомили 59.4% респондентів з групи ЗПТ та 48% ЛВІО.

У групі ЗПТ переважна більшість (86.6%) учасників вказала на можливість отримати тестування на ВІЛ, більше половини (57.1%) мали змогу протестуватися на гепатит С, близько третини вказали на можливість отримати лікування (34.2%) та моніторинг (33.9%) ВІЛ-інфекції, а 22% сказали, що мають доступ до лікування вірусного гепатиту С. Серед респондентів з групи ЛВІО більшість (77.8%) могла пройти тестування на ВІЛ, 44.4% зазначили можливість моніторингу ВІЛ-інфекції, і лише кожен п'ятий вказав на доступ до лікування ВІЛ-інфекції (22.2%), тестування на гепатит С (22.2%) та ІПСШ (22.2%).

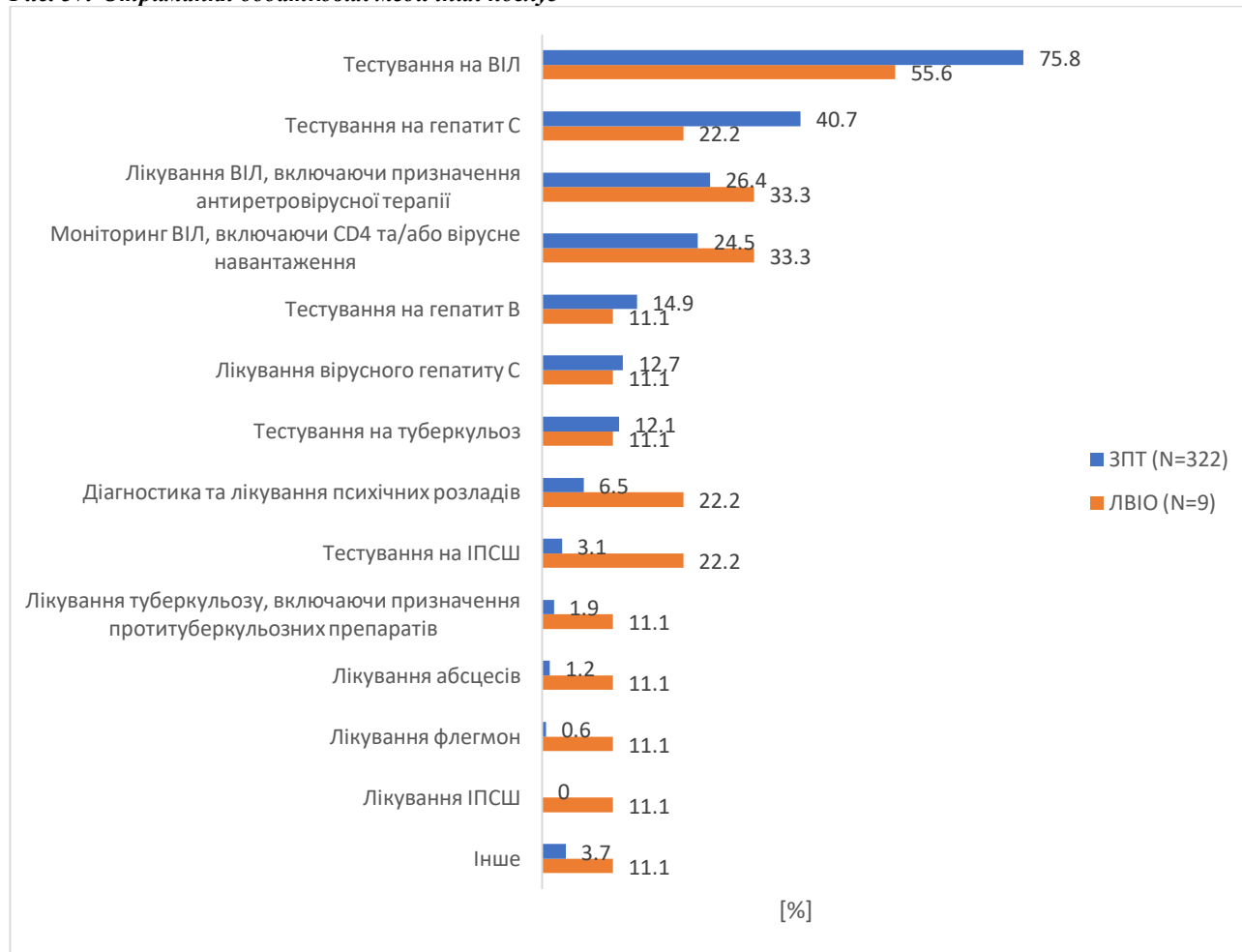
Рис. 36. Додаткові медичні послуги у клініках ЗПТ



Найпопулярнішою додатковою медичною послугою у клініці ЗПТ виявилось тестування на ВІЛ-інфекцію, яким скористались майже 76% учасників з групи ЗПТ та 55.6% опитаних з групи ЛВІО.

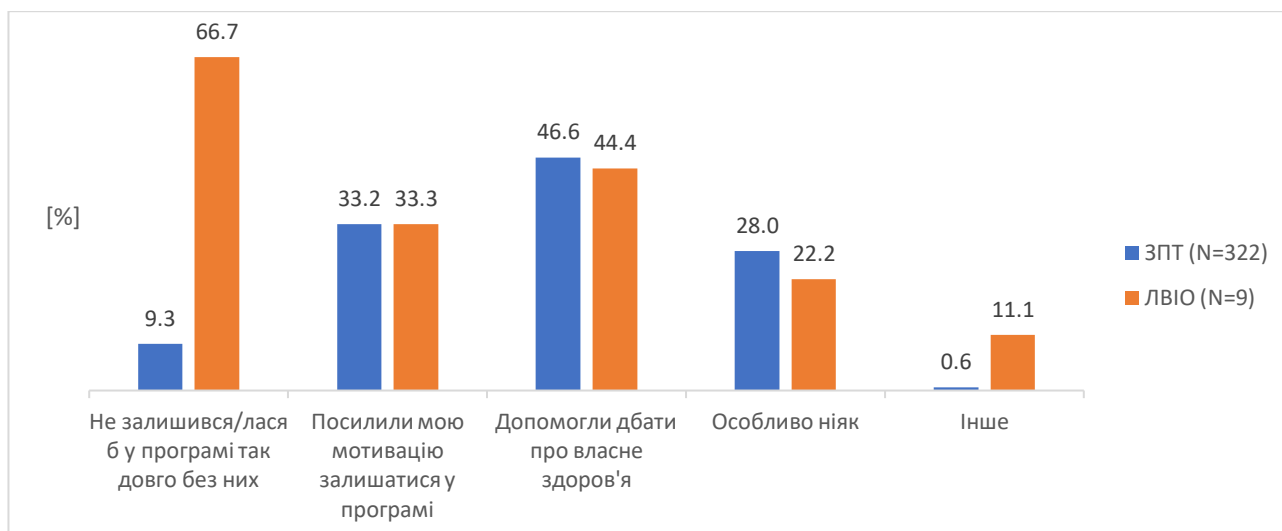
Кожен четвертий учасник з групи ЗПТ отримував моніторинг (24.5%) і лікування (26.4%) ВІЛ-інфекції, а серед учасників групи ЛВІО такі послуги отримав кожен третій. Близько 40% опитаних з групи ЗПТ і 22.2% з групи ЛВІО проходили тестування на гепатит С.

Рис. 37. Отримання додаткових медичних послуг



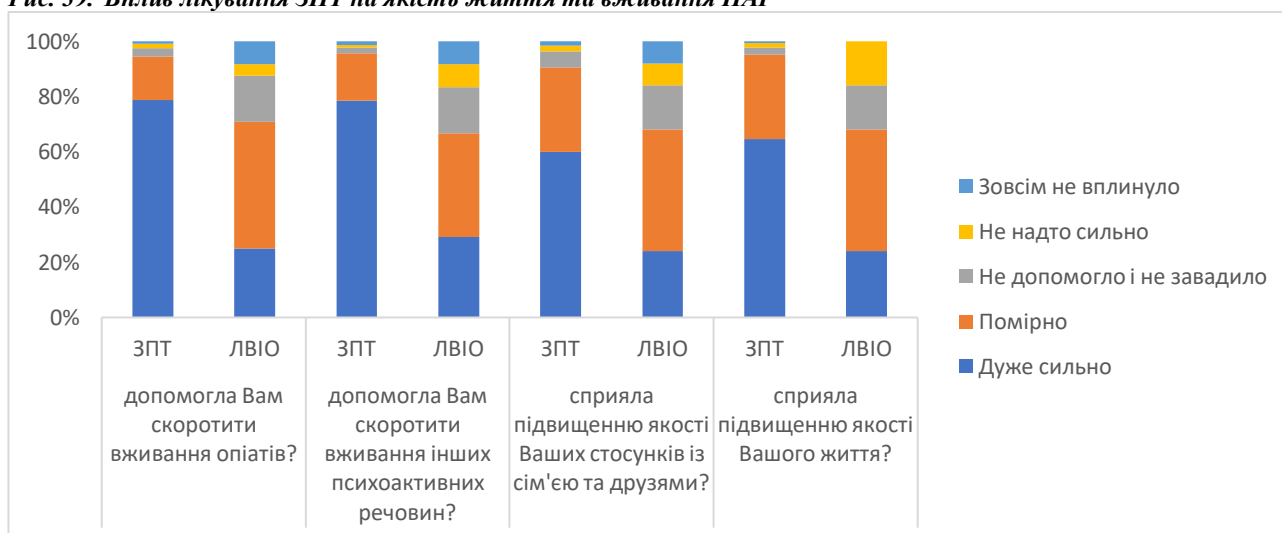
Майже половина учасників дослідження (46.6% у групі ЗПТ та 44.4% у групі ЛВІО) зазначили, що додаткові медичні послуги у клініці ЗПТ допомогли їм подбати про власне здоров'я, а кожен третій в обох групах (33.2% у групі ЗПТ та 33.3% у групі ЛВІО) вказав, що такі послуги посилили мотивацію залишитися у програмі. Двоє з трьох (66.7%) респондентів групи ЛВІО зауважили, що не залишилися б у програмі так довго, якби не надання цих послуг. Водночас 28% учасників у групі ЗПТ та 22.2% у групі ЛВІО зазначили, що додаткові послуги ніяк не допомогли їм при лікуванні у програмі ЗПТ.

Рис. 38. Вплив додаткових медичних послуг в програмі ЗПТ



Оцінка ефективності ЗПТ з точки зору пацієнтів виявила дуже значний позитивний ефект, який був більше виражений серед пацієнтів державних програм. В групі пацієнтів державних програм ЗПТ (N=608) 94.4% відзначили сильний або помірний вплив ЗПТ на зменшення вживання опіоїдів, 95.7% відзначили, що ЗПТ сприяла зменшенню вживання інших ПАР, 95.2% визнали позитивний вплив на покращення стосунків з близькими людьми, та 90.4% мали сильне або помірне покращення якості життя завдяки ЗПТ. Серед учасників групи ЛВІО, які брали участь у ЗПТ (N=25), 71% відзначили позитивний вплив на скорочення вживання опіоїдів, 66.7% на скорочення вживання інших ПАР, і по 68% визнали вплив на покращення стосунків та якість життя.

Рис. 39. Вплив лікування ЗПТ на якість життя та вживання ПАР



Бар'єри до участі у ЗПТ

Фактори, які сприяють або перешкоджають участі у державній програмі ЗПТ, оцінювались в обох групах дослідження. В учасників групи ЛВІО запитували, чи хочуть вони почати ЗПТ у державній

програмі і що їм може завадити це зробити. Три чверті респондентів групи ЛВІО (72.5%) відповіли, що не хотіли би розпочати лікування у державній програмі ЗПТ, однак 12.2% визнали, що намагались поступити у державну програму ЗПТ у минулому. Бар'єри, які перешкоджають вступу у програму ЗПТ, можна умовно розділити на п'ять груп: (1) міфи та упередження – це фактори, які пов'язані з об'єктивно невірними уявленнями або з суб'єктивно негативним ставленням до ЗПТ; (2) неготовність – тобто відсутність усвідомлення проблем внаслідок вживання наркотиків або свідоме небажання лікуватись; (3) стигма – це очікування негативного ставлення з боку оточуючих у разі вступу у програму ЗПТ; (4) організація програми – фактори, пов'язані з об'єктивними обмеженнями нормативної бази ЗПТ, які можна було б зменшити шляхом оптимальної організації програми у закладах; (5) особливості надавачів послуг – ці перешкоди обумовлені особливостями практики в окремих закладах, яка порушує права пацієнтів і повинна бути усунена.

Найчастіше учасники з групи ЛВІО згадували бар'єри з групи міфів – кожен з цих факторів відмітили в середньому 60.7% респондентів. Найбільш поширеними були: впевненість в тому, що ЗПТ – це заміна одного наркотику на інший (78.9%), а також невіра в те, що ЗПТ допоможе впоратися із залежністю (76.7%) або з життєвими проблемами (74.6%). Ще 70.8% вважали, що припинити ЗПТ буде важче, ніж припинити вживати наркотики. Бар'єри другої групи, пов'язані з особистою неготовністю до ЗПТ, в середньому відмічали 56.2% респондентів. Найпоширенішими з них було визнання неготовності до лікування ЗПТ (73.7%) та бажання спробувати інші способи лікування (75.2%). Третіми за поширеністю виявились бар'єри, пов'язані зі стигмою, які відмічали в середньому 54.8% учасників-ЛВІО. Серед цих бар'єрів було очікування негативного ставлення з боку оточуючих, роботодавців, друзів і членів сім'ї. Наступними по важливості були об'єктивні обмеження, пов'язані з участю у програмі ЗПТ, – їх відмічали в середньому 47.9% учасників. Найбільш важливими з них були необхідність відвідувати клініку щодня (75.2%) та неможливість вільно покинути місто (70.4%). П'ята група бар'єрів, пов'язаних з практикою окремих надавачів послуг, загалом відмічалася найрідше (45.2%), але деякі з цих факторів були досить поширеними. В першу чергу це було небажання потрапити на наркологічний облік (70.4%) та побоювання порушень конфіденційності (64.9%). Коли ж респондентам пропонувалось обрати одну найголовнішу причину, яка заважає їм розпочати ЗПТ у державній програмі, респонденти з групи ЛВІО в більшості випадків (34%) обрали невіру в те, що ЗПТ допоможе їм впоратися із залежністю.

Табл. 1. Причини неможливості чи небажання розпочати ЗПТ у державній програмі (група ЛВІО, N=479)

Назва бар'єру	n	%
Група бар'єрів: міфи та упередження (середнє по групі)		60.7
вважаю, що ЗПТ – це заміна одного наркотику на інший	378	78.9

Назва бар'єру	n	%
не вірю, що ЗПТ допоможе мені впоратися із залежністю	368	76.7
не вірю, що ЗПТ допоможе мені впоратися із життєвими проблемами	358	74.6
не вірю, що ЗПТ допоможе мені впоратися з іншими медичними проблемами	354	73.8
вважаю, що припинити ЗПТ буде складніше, ніж припинити вживати наркотики	339	70.8
вважаю, що ЗПТ може погано вплинути на моє здоров'я	298	62.2
вважаю, що препарати ЗПТ можуть мати серйозні побічні ефекти	282	58.9
чув багато поганого про ЗПТ загалом	265	55.3
ЗПТ мене лякає	237	49.5
не зможу отримувати інше лікування одночасно із ЗПТ	221	46.1
препарати ЗПТ не поєднуються з іншими препаратами, які мені потрібно приймати	213	44.5
чув багато поганого про програму (персонал) ЗПТ в моєму місті	180	37.6
Група бар'єрів: неготовність (середнє по групі)		56.2
ще не готовий/а починати ЗПТ	353	73.7
гадаю, краще спробувати спочатку інші методи лікування	314	65.6
не хочу припиняти вживання наркотиків	309	64.5
немає такої сильної залежності, щоб починати ЗПТ	282	58.9
можу сам припинити вживати наркотики, коли захочу	282	58.9
не хочу робити тести на наркотики під час ЗПТ	231	48.2
занадто молодий, щоб починати ЗПТ	225	47.0
Група бар'єрів: стигма (середнє по групі)		54.8
не хочу, щоб про мене погано думали інші люди, якщо я почну ЗПТ	270	56.4
можу втратити роботу, якщо керівництво дізнається, що я на ЗПТ	265	55.3
не хочу, щоб мої друзі чи сусіди від мене відвернулися, якщо я почну ЗПТ	262	54.7
сім'я не схвалить, якщо я почну ЗПТ	253	52.8
Група бар'єрів: організація програми (середнє по групі)		47.9
не хочу ходити до клініки щодня	360	75.2
не зможу їздити, коли і куди захочу	337	70.4
не зможу працювати або вчитися, якщо почну ЗПТ	299	62.4
можу потрапити до місць позбавлення волі	257	53.7
побоююся, що пацієнтів ЗПТ часто зупиняє поліція	241	50.3
у програмі ЗПТ надто жорсткі правила	236	49.3
надто складні вимоги, щоб потрапити на ЗПТ	212	44.3
не знаю, де знаходиться програма ЗПТ	176	36.7
програма знаходиться далеко або туди надто незручно/дорого добиратися	173	36.1
у програмі ЗПТ я не можу отримати консультацію психолога чи соціального працівника	167	34.9
у моєму місті на програму занадто велика черга	154	32.2
у програмі в моєму місті немає вільних місць	142	29.6
Група бар'єрів: особливості надавачів послуг (середнє по групі)		45.2
не хочу потрапляти на наркологічний облік	337	70.4
не хочу, щоб мої особисті дані кудись витікли з клініки ЗПТ	311	64.9
лікарі ЗПТ не чуйні до потреб пацієнтів	180	37.6
немає грошей, щоб платити під час лікування	180	37.6
немає грошей, щоб вступити на програму	159	33.2
персонал програм ЗПТ погано ставиться до пацієнтів	133	27.8
Інше	36	7.5

Аналогічне запитання ставилось учасникам групи ЗПТ стосовно бар'єрів, які заважали їм розпочати ЗПТ, на підставі їхнього минулого досвіду. Серед груп бар'єрів найбільш значними були міфи і упередження, які в середньому відзначили 35.5% респондентів. Водночас різниця між окремими бар'єрами в цій групі була досить значною – найбільш поширеними упередженнями були ті, що ЗПТ – це заміна одного наркотику на інший (52.9%. а також невіра в те, що ЗПТ допомагає подолати залежність (49.8%). При цьому відносно невелика частка пацієнтів до вступу у програму помилково вважали, що ЗПТ заважає прийому інших видів лікування (16.6%) Приблизно така ж кількість відмітила, що погані відгуки про програму ЗПТ у їхньому місті заважали їм прийняти позитивне рішення щодо лікування (17.3%).

Наступною за розповсюдженістю групою бар'єрів були фактори, пов'язані з власною неготовністю розпочати ЗПТ, що відмітили в середньому 30% пацієнтів. Різниця всередині групи також була помітною – від 43.6% тих, хто не був готовий почати ЗПТ, до 15.1% тих, хто не бажав робити тести на наркотичні речовини. З невеликим відставанням третьою стала група бар'єрів, обумовлених організаційними обмеженнями, – їх відзначили 29.7% респондентів. Найвагомішим фактором в цій групі та в цілому було небажання відвідувати клініку щодня (53.4%). Певна кількість пацієнтів відмітила як перешкоду велику відстань до сайту ЗПТ (15.3%), а також відсутність психолога або соціального працівника (11.5%).

В середньому 27.6% пацієнтів відмічали бар'єри, пов'язані зі стигмою. Бар'єри, викликані особливостями впровадження ЗПТ на окремих сайтах, в цілому були найменш актуальними (19.5%), але один з них – небажання потрапляти на наркологічний облік – виявився значним для 43.9% пацієнтів.

Головною причиною, яка завадила їм розпочати програму ЗПТ раніше, майже кожен четвертий (22.6%) учасник дослідження з групи ЗПТ, хто відповів на це питання, назвав невіру в те, що ЗПТ допоможе йому або їй впоратися із залежністю.

Табл. 2. Причини, що заважали раніше розпочати ЗПТ у державній програмі (група ЗПТ, N=601)

Назва бар'єру	n	%
Група бар'єрів: міфи та упередження		35.5
вважав, що ЗПТ – це заміна одного наркотику на інший	318	52.9
не вірив, що ЗПТ допоможе мені впоратися із залежністю	299	49.8
не вірив, що ЗПТ допоможе мені впоратися із життєвими проблемами	283	47.1
вважав, що припинити ЗПТ буде складніше, ніж припинити вживати наркотики	283	47.1
не вірив, що ЗПТ допоможе мені впоратися з іншими медичними проблемами	259	43.1
вважав, що ЗПТ може погано вплинути на моє здоров'я	225	37.4

Назва бар'єру	n	%
вважав, що препарати ЗПТ можуть мати серйозні побічні ефекти	204	33.9
чув багато поганого про ЗПТ загалом	186	30.9
ЗПТ мене лякало	164	27.3
вважав, що препарати ЗПТ не поєднуються з іншими препаратами, які мені потрібно приймати	143	23.8
чув багато поганого про програму (персонал) ЗПТ в моєму місті	104	17.3
не зміг би отримувати інше лікування одночасно із ЗПТ	100	16.6
Група бар'єрів: неготовність		30.0
був неготовий починати ЗПТ	262	43.6
не хотів припиняти вживання наркотиків	261	43.3
думав, що краще спробувати спочатку інші методи лікування	242	40.3
думав, що зможу сам припинити вживати наркотики, коли захочу	141	23.5
у мене не було такої сильної залежності, щоб починати ЗПТ	140	23.3
був занадто молодим, щоб починати ЗПТ	126	21.0
не хотів робити тести на наркотики під час ЗПТ	91	15.1
Група бар'єрів: організація програми		29.7
не хотів ходити до клініки щодня	321	53.4
не зміг би їздити, коли і куди захочу	263	43.8
не зміг би працювати або вчитися, якщо почну ЗПТ	232	38.6
у моєму місті на програму була занадто велика черга	204	33.9
у програмі в моєму місті не було вільних місць	200	33.3
міг потрапити до місць позбавлення волі	191	31.8
у програмі ЗПТ були надто жорсткі правила	165	27.5
були надто складні вимоги, щоб потрапити на ЗПТ	143	23.8
побоювався, що пацієнтів ЗПТ часто зупиняє поліція	134	22.3
не знав, де знаходиться програма ЗПТ	133	22.1
програма знаходилася далеко або туди надто незручно/дорого добиратися	92	15.3
у програмі ЗПТ я не міг отримати консультацію психолога чи соціального працівника	69	11.5
Група бар'єрів: стигма		27.6
міг втратити роботу, якби керівництво дізналося, що я на ЗПТ	212	35.3
не хотів, щоб про мене погано думали інші люди, якби я почав ЗПТ	157	26.1
сім'я не схвалила би, якби я почав ЗПТ	152	25.3
не хотів, щоб мої друзі чи сусіди від мене відвернулися, якби я почав ЗПТ	143	23.8
Група бар'єрів: особливості надавачів послуг		19.5
не хотів потрапляти на наркологічний облік	264	43.9
не хотів, щоб мої особисті дані кудись «витікли» з клініки ЗПТ	196	32.6
лікарі ЗПТ не були чуйними до потреб пацієнтів	100	16.6
персонал програм ЗПТ погано ставився до пацієнтів	59	9.8
не було грошей, щоб вступити на програму	50	8.3
не було грошей, щоб платити під час лікування	33	5.5
Інше	24	4.0

Респондентів обох груп, які відмічали складні умови вступу на ЗПТ як бар'єр до участі у державній програмі, запитали про такі умови, з якими вони стикались особисто або про які чули від інших. Двоє з трьох респондентів групи ЗПТ вважали перешкодами постановку на наркологічний облік (68.7%), отримання діагнозу залежності (61.2%) та вимогу мати паспорт (61.2%). Крім того, близько половини опитаних у цій групі назвали складними умовами обстеження на ВІЛ (57.1%) та туберкульоз (47.6%).

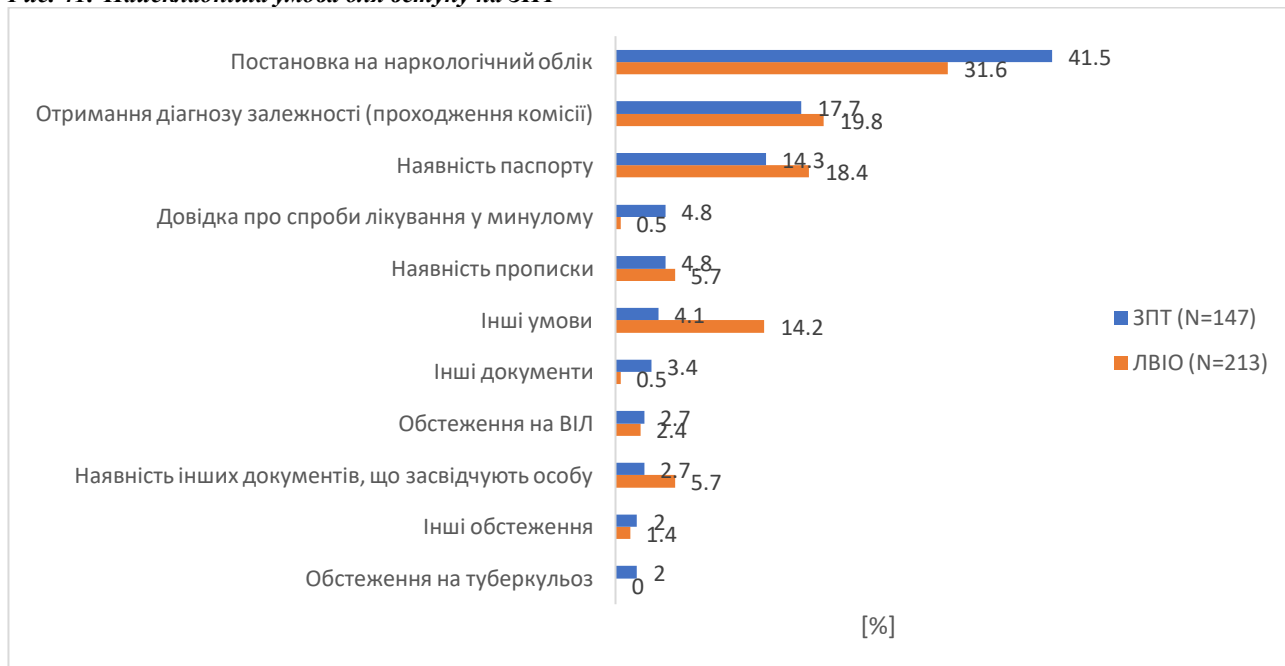
Схожа кількість учасників групи ЛВІО (42.7%) вважали складною умовою постановку на наркологічний облік; ще третина учасників вважали складними умовами вимогу мати паспорт (30.5%) та отримання діагнозу залежності (29.6%). Крім того, для 16% респондентів-ЛВІО складною була вимога мати прописку, а для 14.6% – мати документи, що засвідчують особу. В цілому характерно, що для учасників групи ЗПТ вплив цих умов на вступ у програму виявився значно більшим, ніж для групи ЛВІО.

Рис. 40. Умови, що ускладнюють вступ на ЗПТ



Найскладнішою умовою для вступу у програму ЗПТ учасники обох груп вважали постановку на наркологічний облік (41.5% у групі ЗПТ та 31.6% у групі ЛВІО). Майже кожен п'ятий респондент з групи ЛВІО вважав такою умовою отримання діагнозу залежності (19.8%) та наявність паспорту (18.4%). У групі ЗПТ 17.7% опитаних найскладнішою умовою назвали отримання діагнозу залежності, а про наявність паспорту згадали 14.3% учасників.

Рис. 41. Найскладніша умова для вступу на ЗПТ



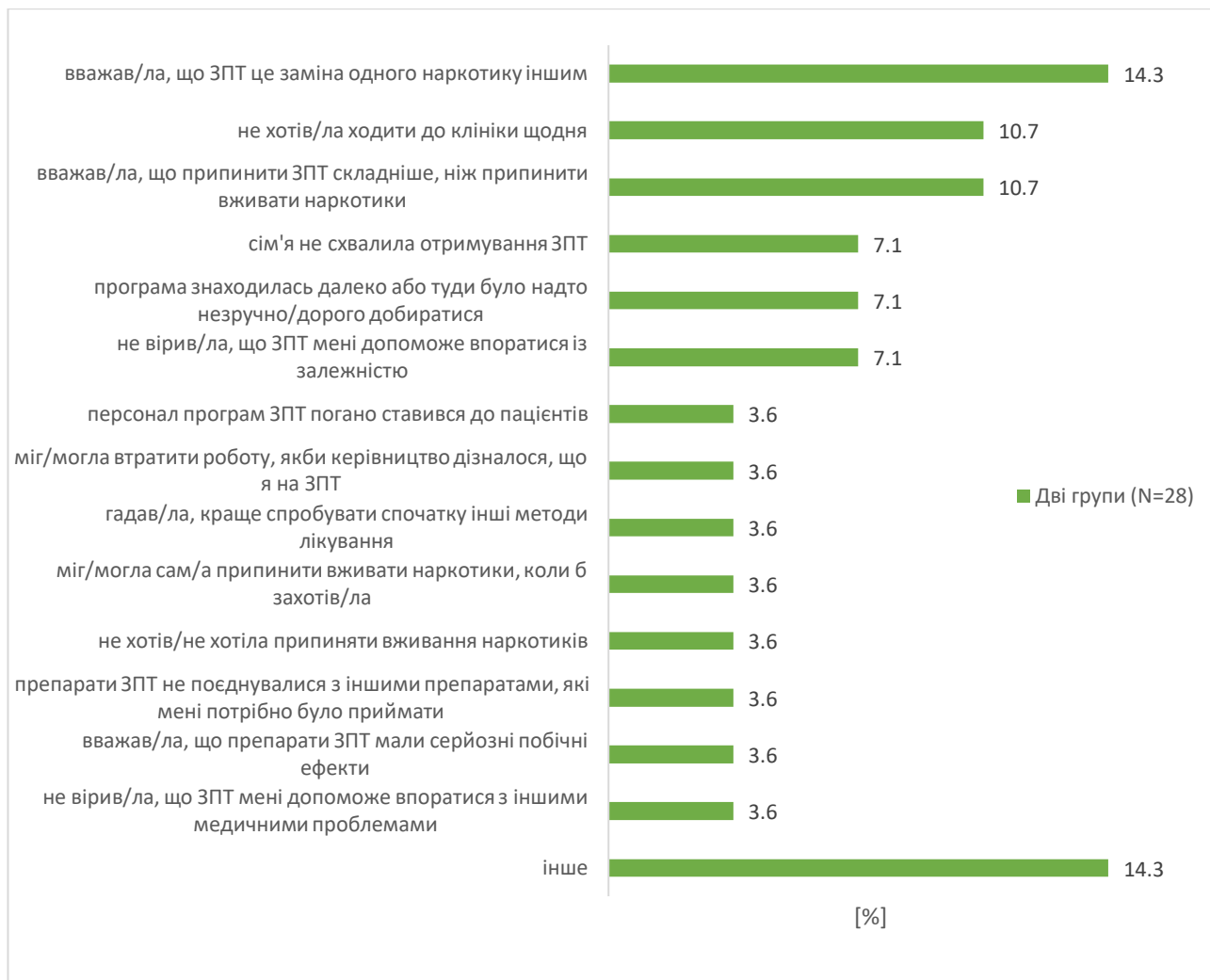
Десять відсотків учасників дослідження повідомили, що мали досвід припинення ЗПТ у державній програмі. Це означає, що для 8.9% учасників з групи ЗПТ даний епізод лікування був не першим. В групі ЛВІО про свій досвід лікування та припинення ЗПТ у державній програмі повідомило менше учасників – 14.3%. Серед обох груп респондентів кожен третій з тих, хто припиняв участь у ЗПТ (36.4%), покинув державну програму ЗПТ за власним бажанням, а кожен п'ятий (22.1%) припинив терапію через потрапляння до місць позбавлення волі. Крім того, 16.9% опитаних серед причин припинення ЗПТ вказали, що вони знизили дозу та повністю припинили вживати опіоїди; ще у 11.7% виписка була пов'язана із вживанням наркотичних речовин, а 10.4% захворіли та потрапили до лікарні, де не могли отримати ЗПТ.

Рис. 42. Причина припинення ЗПТ у державній програмі



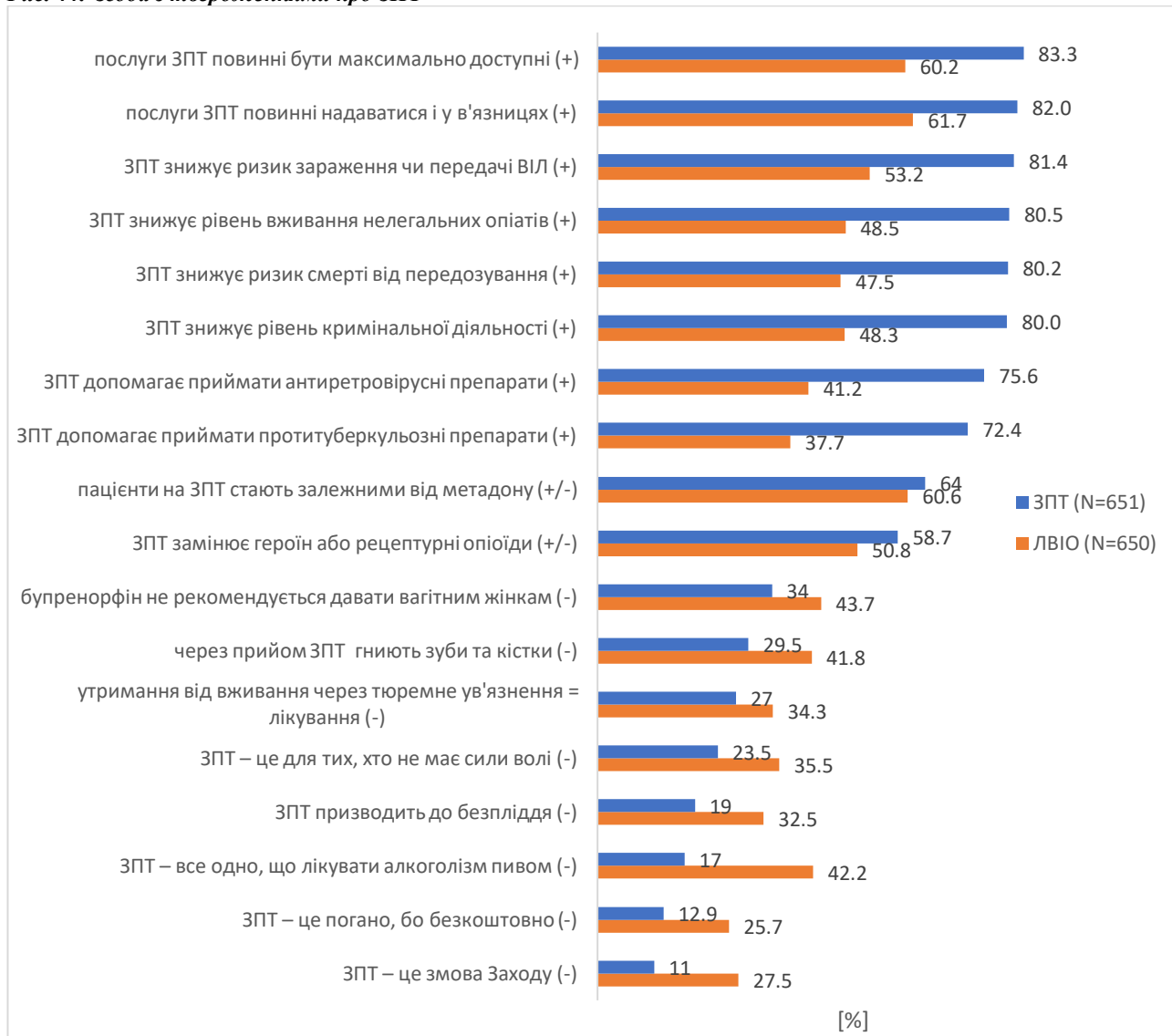
Основною причиною, що призвела до припинення ЗПТ за власним бажанням, за словами респондентів з обох груп, які мали такий досвід, виявилась невіра в ефективність ЗПТ, тобто переконання, що ЗПТ – це заміна одного наркотику на інший. Цю причину назвали головною 14.3% учасників. Крім того, кожен десятий учасник (10.7%) назвав основною причиною припинення участі в програмі ЗПТ небажання ходити в клініку ЗПТ щодня та переконання, що припинити вживати ЗПТ буде складніше, ніж припинити вживати наркотики.

Рис. 43. Причини, що призводили до припинення участі у державній програмі ЗПТ за власним бажанням



Щоб дізнатися про переконання учасників дослідження щодо програми ЗПТ, їх запитували, чи згодні вони з твердженнями, які можна поділити на «позитивні» (+), «негативні» (-) та «нейтральні» (+/-) відносно ЗПТ. Показово, що учасники з групи ЗПТ мали набагато вищий рівень згоди з позитивними твердженнями щодо ЗПТ (середній відсоток згоди 79.4%) порівняно з групою ЛВІО (49.8%). Натомість, ЛВІО погоджувались з негативними твердженнями частіше, ніж пацієнти ЗПТ (35.4% порівняно з 21.7%, відповідно). Водночас згода ЛВІО з ключовими позитивними твердженнями (про доступність ЗПТ, у тому числі в місцях позбавлення волі, зниження ризику ВІЛ та зниження вживання опіоїдів серед пацієнтів програми) була вищою, ніж з ключовими негативними думками (наприклад, що ЗПТ – це як лікування алкоголізму пивом або що препарати ЗПТ руйнують кістки та зуби).

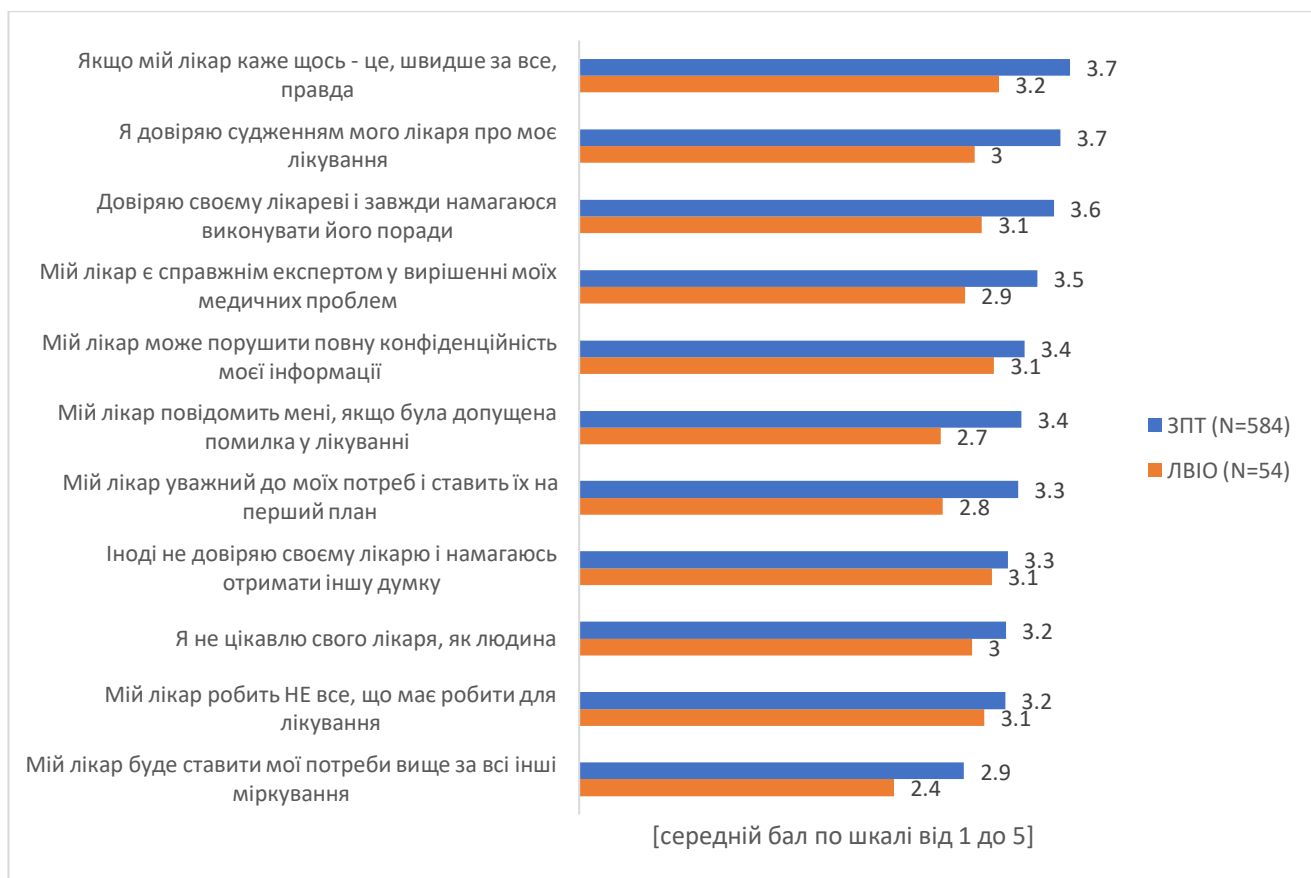
Рис. 44. Згода з твердженнями про ЗПТ



Довіра лікарю та задоволеність лікуванням ЗПТ

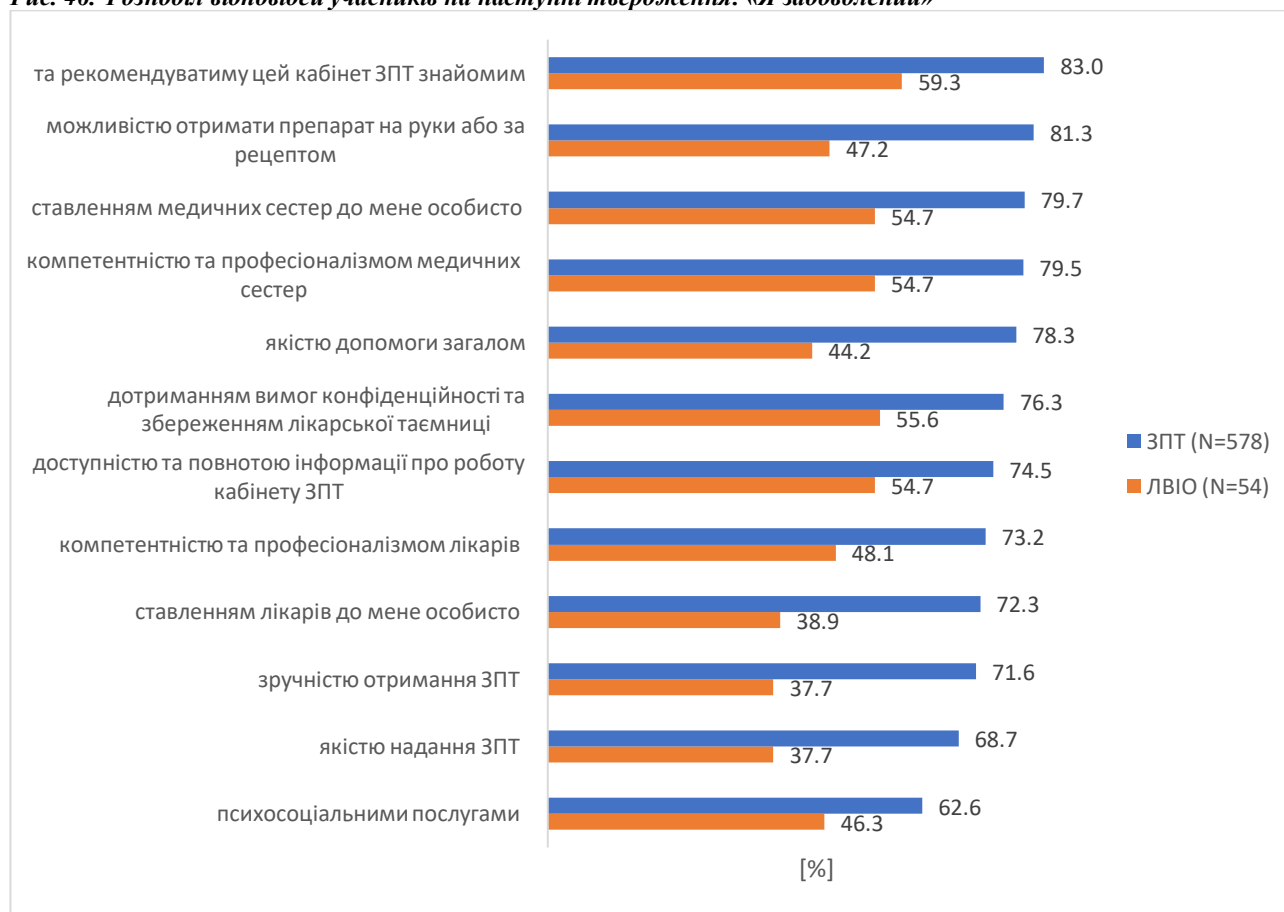
Довіра учасників дослідження до лікаря ЗПТ оцінювалась за допомогою опитувальника Trust in Physician Scale. Респонденти з групи ЗПТ, а також ті ЛВІО, які отримували ЗПТ в державній програмі в минулому або в приватній програмі на час опитування, за шкалою від 1 до 5 мали виразити свою згоду з твердженнями стосовно довіри або недовіри до свого лікаря. До запитань про недовіру до лікаря застосовувалася зворотня шкала. За результатами дослідження можна зауважити, що респонденти з групи ЗПТ мали більший рівень довіри до лікаря ЗПТ у порівнянні з учасниками-ЛВІО, які отримували препарати ЗПТ у приватних програмах або перебували у державній програмі ЗПТ раніше (середній бал 3.4 проти 2.9, відповідно).

Рис. 45. Згода з твердженнями про довіру до лікаря



Учасники з групи ЗПТ загалом виражали вищий рівень задоволеності лікуванням у програмі ЗПТ, ніж респонденти з групи ЛВІО, які отримували ЗПТ у минулому або у приватній програмі на час опитування. Чотири з п'яти учасників з групи ЗПТ повідомили, що рекомендуватимуть відповідний кабінет ЗПТ знайомим (83%) і що вони задоволені можливістю отримати препарат для самостійного прийому (81.3%), а також ставленням (79.7%), компетентністю і професіоналізмом медичних сестер (79.5%). Більше половини респондентів з групи ЛВІО також були готові рекомендувати відповідний кабінет ЗПТ знайомим (59.3%) і вказали, що задоволені дотриманням вимог конфіденційності та збереженням лікарської таємниці (55.6%), компетентністю та професіоналізмом медичних сестер (54.7%), їхнім ставленням (54.7%), а також доступністю та повнотою інформації про роботу кабінету ЗПТ (54.7%). В середньому по всіх питаннях рівень задоволеності участю у програмі ЗПТ складав 75.1% у групі ЗПТ порівняно з 48.3% у групі ЛВІО.

Рис. 46. Розподіл відповідей учасників на наступні твердження: «Я задоволений»



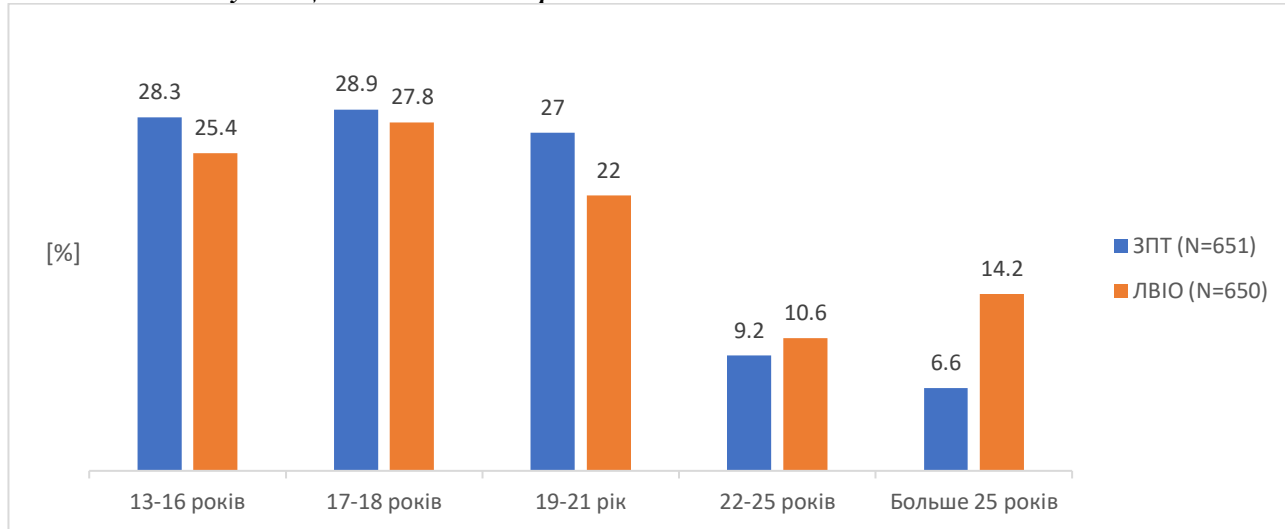
Якість життя

Оцінка якості життя проводилась за опитувальником SF-12, згідно з яким показники фізичного здоров'я в обох досліджуваних групах були практично однаковими – 42.1 у групі ЗПТ та 42 у групі ЛВІО. Показники психічного здоров'я були кращими у групі ЗПТ – 43.8 порівняно з 40.7 у групі ЛВІО.

Ін'єкційна поведінка

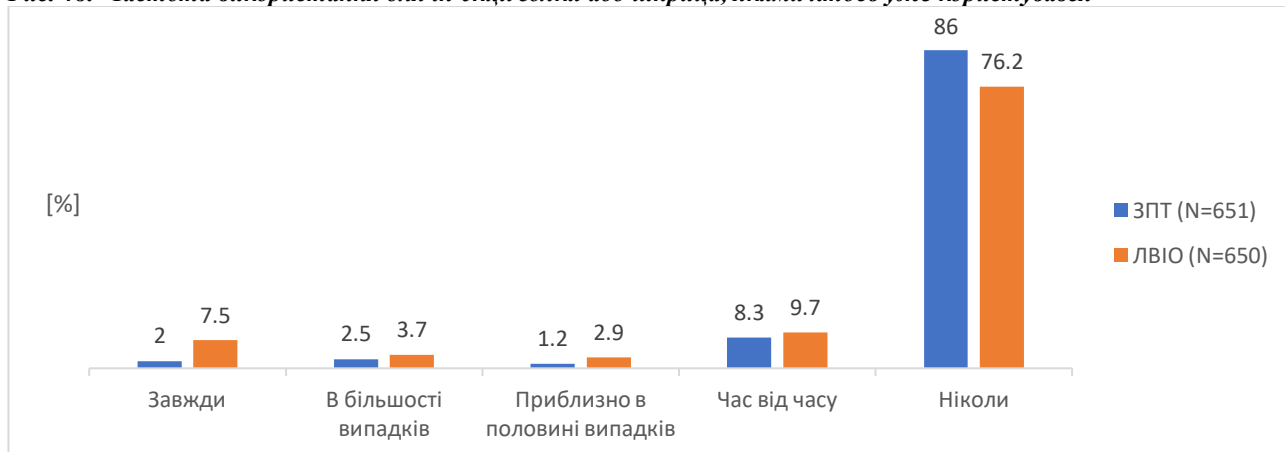
В обох групах дебют вживання наркотичних препаратів ін'єкційним шляхом відбувався переважно у віці 13-21 років: про це повідомили 84.2% учасників з групи ЗПТ та 75.2% групи ЛВІО. Лише 6.6% учасників з групи ЗПТ та 14.2% групи ЛВІО вперше ввели наркотики ін'єкційним шляхом у віці старше ніж 25 років.

Рис. 47. Вік початку ін'єкційного вживання наркотиків



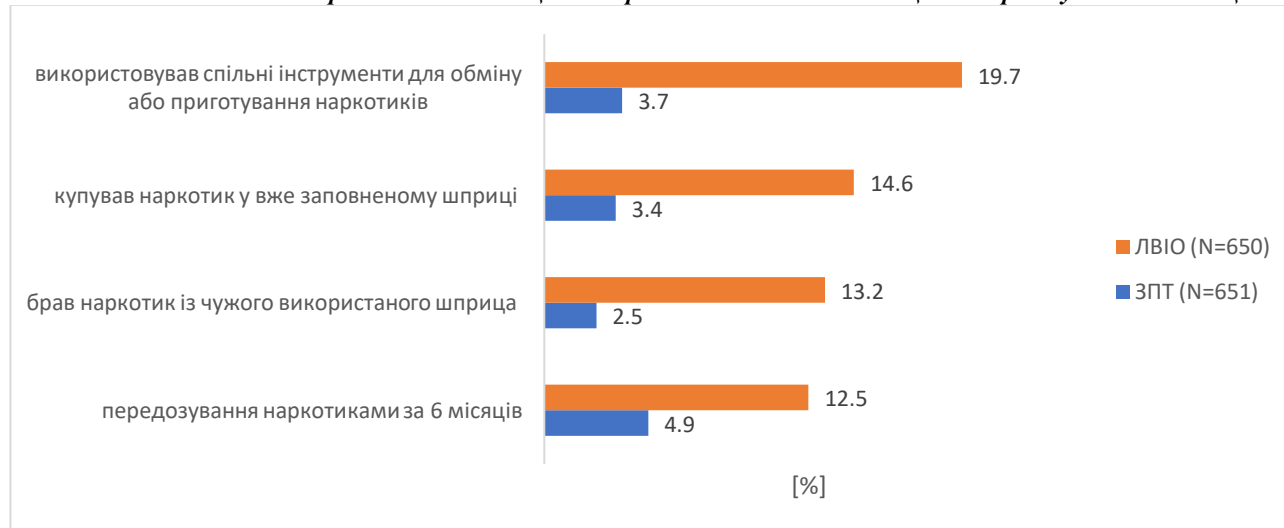
Переважає більшість опитаних (86% групи ЗПТ та 76.2% групи ЛВІО) повідомили, що за останні 30 днів жодного разу не користувалися голкою та/або шприцем, якими уже хтось користувався до них. Водночас кожен десятий (8.3% групи ЗПТ та 9.7% групи ЛВІО) відповів, що час від часу практикує введення наркотиків використанням шприцем та/або голкою, а 2% респондентів з групи ЗПТ і 7.5% учасників з групи ЛВІО визнали, що завжди вводять наркотичні речовини використанням інструментарієм.

Рис. 48. Частота використання для ін'єкції голки або шприца, якими хтось уже користувався



Кожен п'ятий (19.7%) учасник з групи ЛВІО вказав, що за останні 30 днів використовував спільні інструменти для обміну та приготування наркотиків. Більше 10% респондентів з цієї групи зазначили, що за останній місяць зливали наркотик з чужого шприца у свій, купували наркотик у вже заповненому шприці. У групі ЗПТ на ці питання ствердно відповіли менше ніж 5% опитаних, що свідчить про менш ризиковану поведінку учасників із цієї групи. Частота передозування наркотичними речовинами за останні 6 місяців була 4.9% в групі ЗПТ та 12.5% в групі ЛВІО.

Рис. 49. Розповсюдженість ризикованих ін'єкційних практик за останній місяць та передозувань за 6 місяців

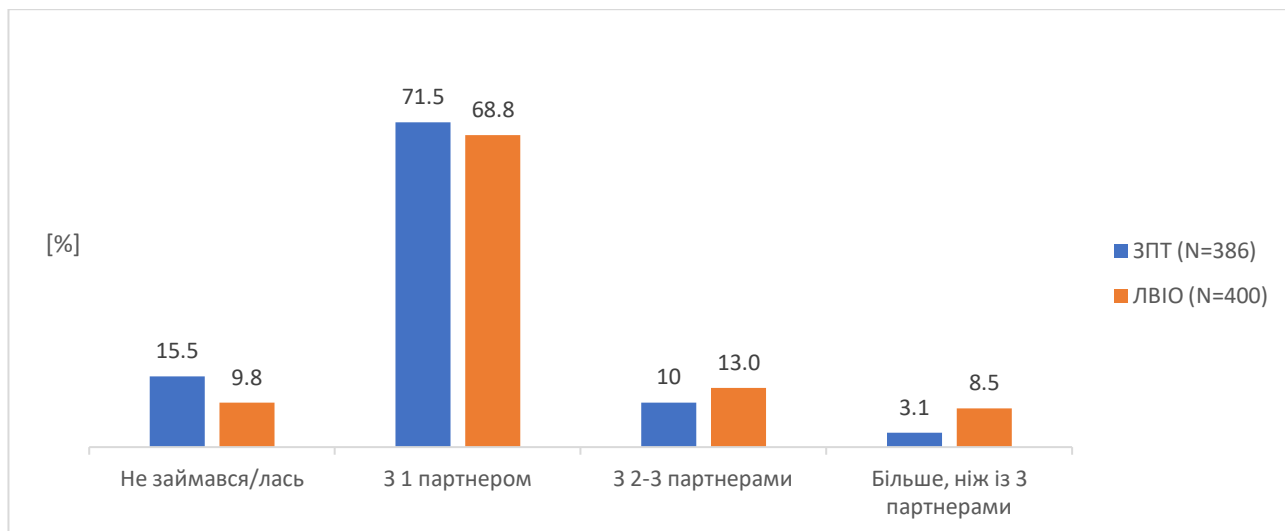


Сексуальна поведінка

Більше половини опитаних у групах ЗПТ (59.6%) та ЛВІО (61.9%) мали сексуальні контакти впродовж останніх 12 місяців. З них, 3.5% (2/57) жінок та 4.9% (16/329) чоловіків з групи ЗПТ, та 12.9% (13/101) жінок та 9% (27/299) чоловіків з групи ЛВІО вказали, що обмінювали секс на гроші, житло або наркотики.

Про свою сексуальну активність (вагінальний або анальний секс) впродовж останнього місяця повідомили 84.5% опитаних у групі ЗПТ та 90,3% респондентів групи ЛВІО. Сексуальні контакти за останні 30 днів з одним партнером мали 71.5% пацієнтів ЗПТ та 68.8% ЛВІО. На наявність сексуальних контактів більше ніж з трьома партнерами за цей період вказали 3.1% опитаних у групі ЗПТ та 8.5% у групі ЛВІО.

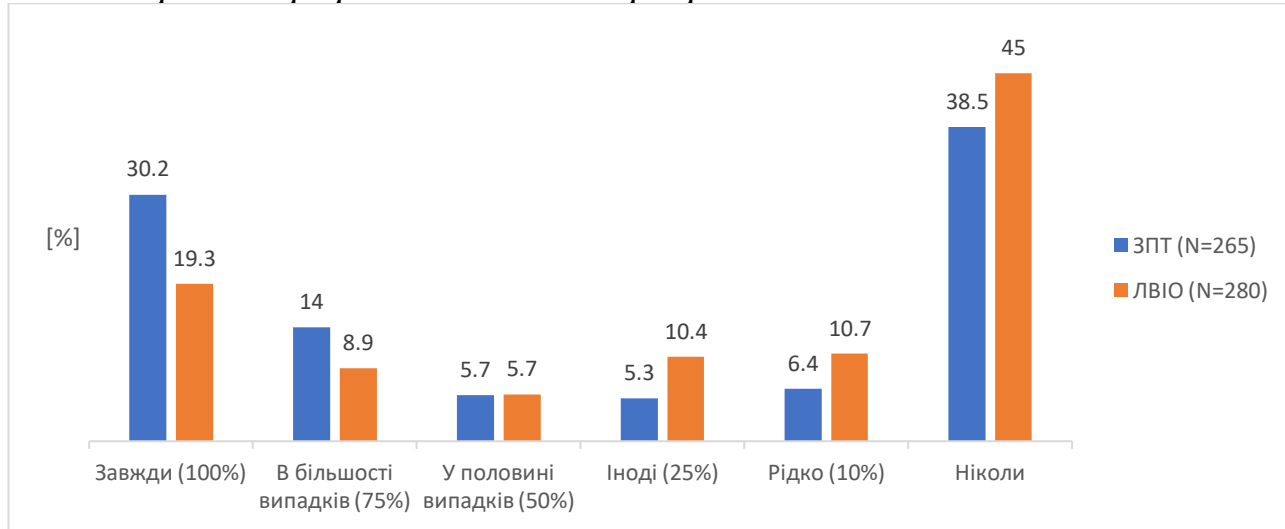
Рис. 50. Кількість сексуальних партнерів за останні 30 днів



Переважає більшість з тих, хто мав сексуальні контакти за останній місяць, – 83.4% у групі ЗПТ та 79.2% серед ЛВІО –вказали, що наразі мають постійного сексуального партнера. З них 16.9% учасників з групи ЗПТ та половина респондентів з групи ЛВІО (50.7%) зазначили, що їхній постійний партнер вживає наркотики ін'єкційним шляхом; 16.9% у групі ЗПТ та 14% ЛВІО повідомили про позитивний ВІЛ-статус свого постійного партнера. Абсолютна більшість респондентів (94.5% у групі ЗПТ та 96.9% у групі ЛВІО) вказали, що протягом останнього місяця займалися вагінальним чи анальним сексом з постійним партнером, з них 17.5% у групі ЗПТ та 32.8% у групі ЛВІО мали анальний секс. Менше ніж половина учасників з групи ЗПТ (46.3%) та третина ЛВІО (30.8%) використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з постійним партнером.

Майже третина (30.2%) респондентів з групи ЗПТ та кожен п'ятий (19.3%) у групі ЛВІО повідомили, що протягом останнього місяця завжди використовували презерватив з постійним партнером; водночас 38.5% у групі ЗПТ і 45% ЛВІО ніколи не використовували презерватив.

Рис. 51. Використання презервативів з постійними партнерами за останні 30 днів



Про досвід сексуальних контактів з випадковими партнерами за останні 30 днів (серед тих, хто мав сексуальні контакти за цей час) повідомили 16% пацієнтів ЗПТ та 19.9% респондентів з групи ЛВІО. Двоє з трьох (61.5%) респондентів з групи ЗПТ та 38.9% ЛВІО мали сексуальні контакти з одним випадковим партнером, а 11.5% групи ЗПТ та 26.4% ЛВІО мали контакти більше ніж з трьома такими партнерами.

Рис. 52. Кількість випадкових сексуальних партнерів за останні 30 днів

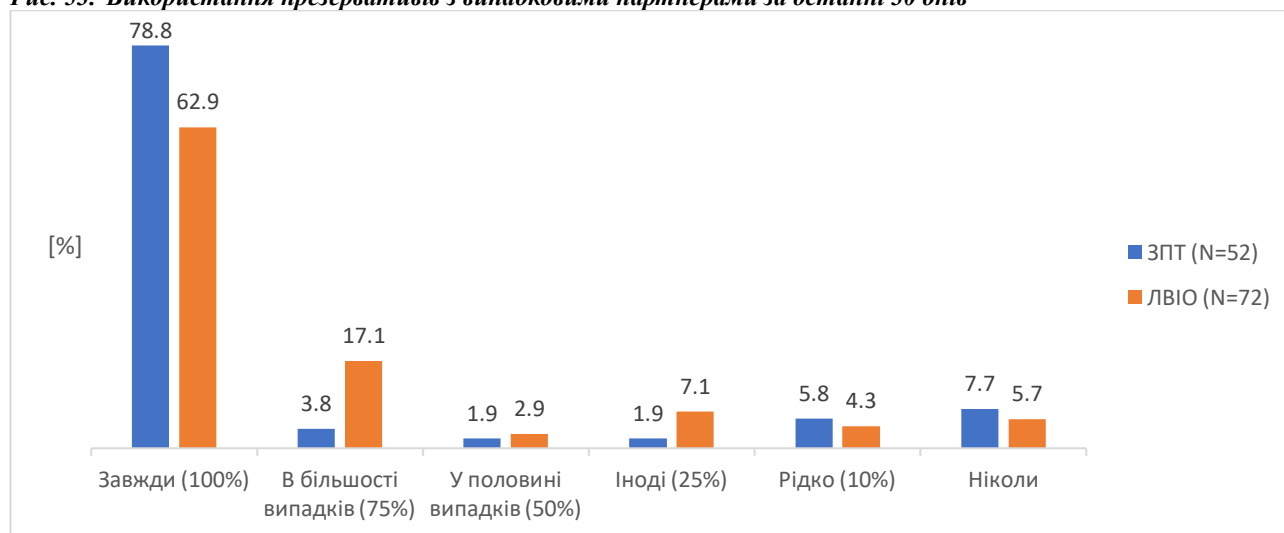


Про вживання випадковим сексуальним партнером наркотиків ін'єкційним шляхом точно знали 15.4% респондентів з групи ЗПТ та половина учасників з групи ЛВІО. Дві третини опитаних (65.4% у групі ЗПТ та 62.5% у групі ЛВІО) зазначили, що не знали ВІЛ-статусу випадкового сексуального партнера. Майже 2% групи ЗПТ і майже 10% ЛВІО вказали, що їхній випадковий партнер мав ВІЛ-позитивний статус. Про вагінальний або анальний секс із випадковим партнером протягом останнього

місяця повідомили 88.5% учасників у групі ЗПТ та 91.7% у групі ЛВІО, з них чверть респондентів з групи ЗПТ (23.9%) та третина групи ЛВІО (34.8%) зазначили, що мали анальний секс.

Значна частина (83.9%) опитаних в обох групах вказали, що під час останнього сексуального контакту з випадковим партнером використовували презерватив. Більшість респондентів (78.8% у групі ЗПТ та 62.9% у групі ЛВІО) сказали, що протягом останніх 30 днів завжди використовували презерватив при контактах із випадковими партнерами. Ніколи за останній місяць не використовували презерватив із випадковим партнером 7.7% опитаних з групи ЗПТ і 5.7% ЛВІО.

Рис. 53. Використання презервативів з випадковими партнерами за останні 30 днів



Результати якісної частини дослідження

Повний звіт якісної частини дослідження надається у Додатку 3.

Прогрес у розширенні програми ЗПТ

На думку багатьох респондентів, національні цілі з розширення програми ЗПТ є реалістичними, але поточна ситуація з їх реалізацією залишається незадовільною. Існують серйозні ризики невиконання цілей. Для забезпечення подальшого розширення програми ЗПТ в Україні потрібні нові ініціативи та інноваційні підходи.

Респонденти пов'язували невиконання індикаторів на національному рівні з цілою низкою факторів, таких як вплив пандемії COVID-19, «провал децентралізації програми ЗПТ на первинній ланці охорони здоров'я» і негативне ставлення до програми ЗПТ з боку медичних працівників.

В регіонах країни існують специфічні фактори впливу і умови впровадження програми ЗПТ. На думку експертів, успішним регіонам вдалося виконати регіональні індикатори завдяки політичній волі та ініціативі місцевого керівництва. Водночас учасники навели багато прикладів свавілля на місцях, коли небажання місцевої влади впроваджувати програму ЗПТ унеможливило доступ до цієї життєво важливої послуги.

Серед причин «провалу» децентралізації програми ЗПТ респонденти назвали фінансову нерентабельність відкриття та/або збереження сайтів ЗПТ в закладах з невеликою кількістю пацієнтів, автономність регіонів в умовах децентралізації та відсутність зацікавленості і політичної волі на місцях, а також відсутність важелів впливу з боку центрального органу (ЦГЗ МОЗ України) на рішення місцевих органів влади і окремих закладів охорони здоров'я щодо впровадження програми ЗПТ.

Респонденти підкреслювали невиконання неурядовими організаціями (НУО) своєї ролі як першої точки входу ЛВНІ до послуг ЗПТ: зазвичай НУО не переадресовують клієнтів до програми ЗПТ, якщо їм не платять за цю послугу. Крім того, через упереджене ставлення багатьох соціальних працівників до ЗПТ НУО не тільки не надають ЛВНІ важливу інформацію щодо ЗПТ (наприклад, про позитивні зміни в законодавстві, про відсутність «наркологічного обліку» тощо), а й транслують негативну інформацію і поширюють міфи.

Важливими досягненнями останніх років респонденти вважали підвищення вартості пакету послуг ЗПТ з боку НСЗУ і відповідний зріст заробітної плати медичних працівників, а також внесення довгоочікуваних змін до Наказу № 200 та наявність інших «інноваційних» регулюючих документів,

які спрощують участь у програмі для ЛВНІ. Крім того, один з учасників пов'язав значне збільшення набору пацієнтів на програму ЗПТ у 2020-2021 роках з тим, що «під час ковіду люди зрозуміли цінність програми замісної підтримувальної терапії».

Учасники не бачили проблем із забезпеченням безперервності надання послуг ЗПТ в цивільному секторі охорони здоров'я, але скаржилися на наявність таких проблем в системі охорони здоров'я ДКВС України.

Організаційні бар'єри

Респонденти обговорили ряд факторів на локальному рівні, які є бар'єрами для пацієнтів для початку отримання ЗПТ.

Необхідність офіційної реєстрації пацієнтів з наркологічною залежністю була найбільш значущим бар'єром для ЛВНІ. Незважаючи на відсутність «наркологічного обліку» як такого, страх бути зареєстрованим як споживач наркотичних речовин відлякує ЛВНІ від звернення на програму ЗПТ. Про відсутність обліку відомо фахівцям, але більшість ЛВНІ про це не знають. Потрібно надавати ЛВНІ інформацію з цього питання через всі можливі канали, щоб усунути цей суттєвий бар'єр.

Діагностика порушень, пов'язаних з вживанням наркотичних речовин, у кожному закладі здійснюється по-різному. Найчастіше діагноз залежності на сайті ЗПТ виставляється амбулаторно – але переважно комісією, а не одноосібно лікарем. Фахівці підкреслювали, що направляють пацієнта на обстеження в стаціонар виключно у разі потреби щось уточнити. Наразі немає законодавчої вимоги задіяти комісію при амбулаторній постановці діагнозу, але такий підхід є найбільш розповсюдженим через бажання медичних працівників «розділити відповідальність», тобто уникнути особистої відповідальності.

Інші бар'єри на рівні лікувального закладу стосувалися маршруту пацієнта, процедур вступу на програму, зручності отримання послуг на сайті ЗПТ, вимог до пацієнтів ЗПТ тощо.

Бар'єром залишається обмежена територіальна доступність програми ЗПТ через недостатню кількість сайтів – особливо у великих містах (наприклад, Київ, Харків) або, навпаки, у малих населених пунктах.

Вимога мати документ, що підтверджує особу, є бар'єром до вступу у програму ЗПТ, який підсилюється неправдивою інформацією про необхідність мати саме паспорт. Фахівці підкреслили, що документ, підтверджуючий особу, є необхідним для введення відповідної інформації в медичну інформаційну систему і отримання закладом оплати за надання цієї послуги конкретному пацієнту.

Низка бар'єрів стосувалася організації надання послуг на сайті ЗПТ. Респонденти обговорили незручні умови роботи сайту (часи видачі препарату, розташування кабінету) та складні умови під час лікування, а саме вимоги періодичних обстежень (необхідність здавати аналіз сечі). Експерти підкреслили важливість дотримання етичних засад при проведенні цих процедур. Учасники також визнали, що спроби деяких медичних працівників «виховувати» пацієнтів і карати їх за різні провини, у тому числі зниженням дози препарату ЗПТ, негативно впливає на прихильність ЛВНІ до програми.

Відсутність додаткових послуг на сайті ЗПТ (таких як психосоціальний супровід, надання АРТ, лікування інших психічних розладів, лікування гепатиту С тощо) не дуже впливає на звернення ЛВНІ до програми ЗПТ, але призводить до «випадіння» пацієнтів з програми ЗПТ. Водночас наявність додаткових послуг може зробити програму ЗПТ більш привабливою для ЛВНІ і забезпечити утримання пацієнтів у програмі.

Стигма

Причинами того, що пацієнти приховують свою участь в програмі ЗПТ, учасники назвали стигматизацію психічних розладів у суспільстві, а також те, що через низьку інформованість загальне населення не бачить різниці між споживанням нелегальних наркотиків і участю в програмі ЗПТ.

Учасники зауважили, що рівень дискримінації учасників програми ЗПТ представниками правоохоронних органів дещо зменшився. Вони також вважали негативне особисте ставлення медпрацівників до людей із залежністю додатковим бар'єром до отримання ЛВНІ послуг ЗПТ.

Індивідуальні бар'єри

Результати показали, що індивідуальні бар'єри на рівні окремих людей – потенційних пацієнтів суттєво перешкоджають їхньому зверненню та утриманню в програмі ЗПТ. До цих бар'єрів відносяться віра у міфи щодо ЗПТ та упереджені ставлення, а також власна неготовність до лікування.

Першим важливим бар'єром учасники назвали нерозуміння ЛВНІ суті і цілей програми ЗПТ. На думку фахівців, ЛВНІ приходять на програму ЗПТ, не маючи розуміння, чого вони можуть і чого не слід очікувати від участі у програмі ЗПТ. Це свідчить про недостатню роботу з боку НУО. Фахівці рекомендували активізувати роботу НУО з висвітлення суті і цілей програми ЗПТ, а лікарям – обговорювати ці питання з пацієнтом на початку його участі в програмі.

Часто ЛВНІ не розпочинають ЗПТ, бо не вірять, що ЗПТ допоможе їм впоратися із залежністю та з іншими медичними і життєвими проблемами. Одною з причин цього респонденти назвали те, що

невдоволені учасники програми ЗПТ більше діляться негативними враженнями з іншими представниками спільноти, тоді як успішні пацієнти не розповідають про свій позитивний досвід.

Коментуючи стійкість упереджень і міфів щодо ЗПТ, які десятиліттями існують в спільноті ЛВНІ, респонденти відмічали недостатню роботу НУО і наголошували на необхідності активізації роботи НУО з розвінчування подібних міфів і надання ЛВНІ достовірної інформації. Крім того, учасники рекомендували відкорегувати термінологію і відмовитись від вживання таких термінів, як «замісна терапія» та «вуличний метадон».

Учасники визнали бар'єром небажання ЛВНІ ходити в клініку кожен день. Частина респондентів вважала, що, незважаючи на необхідність з точки зору охорони здоров'я, щоденне відвідування є незручним для більшості пацієнтів. Учасники рекомендували гнучко підходити до цього питання: скоротити термін обов'язкового щоденного відвідування сайту ЗПТ і визначати цей термін індивідуально для кожного пацієнта.

Можливості розширення доступу до ЗПТ

Учасники пропонували повернути централізовану систему впливу центрального органу охорони здоров'я на регіональні рішення, підвищити вартість пакету ЗПТ НСЗУ для покращення фінансової зацікавленості закладів охорони здоров'я, а також працювати з негативним ставленням керівництва і медичних працівників до пацієнтів і програми ЗПТ.

Учасники вважали, що потрібно системно працювати з людьми, від яких залежить реалізація програми ЗПТ в регіонах, а також розширити повноваження центральних органів, які мали б змогу не тільки планувати масштаб розширення програми ЗПТ для регіонів, але й впливати на реалізацію цих планів і контролювати виконання індикаторів.

Учасники констатували обмежену територіальну доступність і недостатню кількість сайтів ЗПТ як «точок входу» у програму ЗПТ для охоплення послугою ЗПТ тих, хто її потребує. Одним із рішень став пілотний проєкт зі створення мобільного сайту ЗПТ в Дніпропетровській області.

В Україні існують два типи приватних платних закладів, в яких споживачі отримують доступ до препаратів ЗПТ: заклади, які працюють в правовому полі (їх значна меншість), і такі, що працюють з порушенням правових норм і фактично «розповсюджують наркотики». Приватні заклади та підприємці, які ведуть свою діяльність з порушеннями чинного законодавства, приваблюють клієнтів низькопороговими послугами і дискредитують державну програму ЗПТ.

Водночас учасники вважали потенціал приватних закладів, які готові працювати в правовому полі, важливим фактором розширення програми ЗПТ. Співпраця НСЗУ з приватними платними центрами / кабінетами, які готові надавати послуги ЗПТ за затвердженими стандартами, покращить охоплення ЛВНІ послугами і дозволить виконати заплановані індикатори та досягти національних цілей.

Ще одною важливою умовою досягнення національних цілей експерти назвали налагодження ефективної системи залучення клієнтів до програми ЗПТ шляхом взаємодії з НУО та соціальними службами.

Пропозиції щодо оптимізації програми ЗПТ

Учасники рекомендували створити в країні єдину систему електронного призначення препаратів ЗПТ («електронний рецепт»), щоб уникати дублювання надання послуг.

Фахівці запропонували внести ряд змін до діючого законодавства: вирішити певне протиріччя в законодавстві стосовно постановки діагнозу наркозалежності, яка регулюється двома взаємовиключними документами; внести зміни до Постанови № 333 і надати закладам охорони здоров'я можливість зберігати препарати ЗПТ протягом до 3 місяців; внести зміни до наказу № 200 і скоротити обов'язковий термін контрольованого прийому препарату ЗПТ. Крім того, питання викликав наказ МОЗ № 188 про затвердження кількості психоактивних речовин, які знаходяться у незаконному обігу.

Учасники обговорили негативний вплив реформи системи охорони здоров'я на розширення програми ЗПТ. Найчастіше йшлося про непрозору систему тарифікації послуги ЗПТ НСЗУ, недостатній рівень оплати праці медичних працівників за пакетом ЗПТ і, як результат, відсутність зацікавленості медичних установ (включно з первинною ланкою) впроваджувати програму ЗПТ. Учасники скаржилися на непомірний обсяг звітності та на дублювання паперової і електронної документації; вони вважали це суттєвою причиною небажання медичного персоналу надавати послугу ЗПТ. Крім того, респонденти визнали наявність «людського фактору» – небажання медичних працівників працювати з наркозалежними пацієнтами через «ресурсовитратність» такої роботи. В якості ключових умов розширення програми ЗПТ в країні експерти рекомендували зробити вартість послуг за пакетом ЗПТ максимально прозорою, удосконалити систему нарахування оплати за пацієнтів, підвищити вартість пакета ЗПТ з боку НСЗУ та спростити процес укладення договорів між ЗОЗ та НСЗУ.

Загальні висновки

У ході реалізації даного дослідження вдалося набрати вибірки, які були подібними за соціально-демографічними характеристиками до загальної популяції пацієнтів ЗПТ² та активних ЛВІО³. Це дозволяє мати достатній рівень впевненості у репрезентативності отриманих результатів.

Споживання психоактивних речовин

В групі пацієнтів ЗПТ алкоголь був найчастіше вживаною психоактивною речовиною, яку протягом останнього місяця споживали майже 40% цієї групи. Водночас група ЛВІО споживала алкоголь значно частіше (68% за останній місяць) і більше в кількісному вимірі. Втім, в групі ЛВІО алкоголь був лише другою за частотою речовиною після нелегального метадону, який споживали 82% опитаних. В цілому споживання більшості досліджуваних видів психоактивних речовин, у тому числі шляхом ін'єкцій, було значно вищим в групі ЛВІО.

Частота споживання психоактивних речовин в групі ЛВІО відповідає загальним тенденціям наркосценію описаним у національних біоповедінкових дослідженнях, – це зменшення частоти вживання кустарних опіюїдів (ацетильований опій, «ширка») та їх заміщення метадоном, переважно нелегальним. Звертає на себе увагу в групі ЛВІО досить значна частота споживання медичного метадону не за призначенням лікаря (39% за останній місяць), що свідчить про його доступність поза медичними закладами. При цьому метадон (медичний та нелегальний) часто поєднується з антигістамінними препаратами, переважно в одному шприці.

Досвід лікування ЗПТ

Завдяки включенню у групу ЛВІО пацієнтів приватних програм ЗПТ вдалося зробити порівняння деяких показників ефективності та задоволеності лікуванням, проте інтерпретувати ці результати потрібно обережно, зважаючи на невеликий розмір вибірки в другій групі. Наприклад, частка пацієнтів, які отримують високі дози метадону (> 120 мг), була значно вищою у приватних програмах – 50% порівняно з 26% у державній програмі ЗПТ, але кількість пацієнтів з низькими дозами (< 60 мг) була невисокою, до 10% в обох групах. Відсоток пацієнтів, які отримували препарат для самостійного вживання (на руки або за рецептом), був майже однаковим – 88%, що доводить, що приватні програми наразі не надають переваг в плані автономності пацієнтів, як вважалося. Також заслуговує

² За даними офіційної звітності програми ЗПТ <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psykhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimovalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>

³ За даними національного біоповедінкового дослідження 2020 року <https://www.phc.org.ua/naukova-diyalnist/doslidzhennya/doslidzhennya-z-vil/integrovane-biopovedinkove-doslidzhennya-sered-lyudey-yaki-vzhivayut-narkotiki-injekciynim-shlyakhom>

на увагу той факт, що серед причин, які заважали отримати препарат для самостійного прийому, пацієнти ЗПТ найчастіше відмічали неможливість відмови від нелегальних наркотиків (17% тих, хто наразі отримує ЗПТ щоденно на сайті, але хоче перейти на самостійний прийом). Треба зауважити, що такий рівень отримання препарату (особливо метадону) для самостійного прийому є дуже високим порівняно з іншими країнами; водночас дані досліджень свідчать про те, що це може сприяти зловживанню та витоку препарату на нелегальний ринок.⁴

При порівнянні вживання нелегальних наркотиків між пацієнтами державної програми ЗПТ та клієнтами приватних програм виявилось, що частота вживання у приватних програмах була значно вищою – 84% учасників другої групи визнали, що вживали наркотики під час лікування, тоді як у групі ЗПТ таких відповідей було 36%. Серед основних причин вживання нелегальних наркотиків учасники групи ЗПТ назвали періодичну потребу у наркотичному задоволенні, а пацієнти приватних програм на перше місце поставили неотримання препарату. Це свідчить про відсутність пріоритету забезпечувати безперервність надання послуг ЗПТ в приватних програмах.

В цілому пацієнти державних програм значно краще оцінювали свій досвід лікування залежності порівняно з клієнтами приватних програм. Вони набагато вище оцінили вплив ЗПТ на скорочення вживання наркотиків, покращення якості життя та стосунків з родичами. Задоволеність якістю допомоги загалом була вищою більше ніж у півтора рази (78% у групі ЗПТ порівняно з 44% серед ЛВІО). Варто відмітити, що в групі ЗПТ задоволеність психосоціальними послугами була нижчою (63%) порівняно із задоволеністю професіоналізмом медсестер (80%) та лікаря (73%).

Бар'єри доступу до ЗПТ

Серед ЛВІО, які не були учасниками державної програми ЗПТ під час дослідження (хоча 4% з них отримували метадон або бупренорфін у приватних програмах), три чверті не виявили бажання почати ЗПТ. Основною причиною небажання була невіра в те, що ЗПТ допоможе їм подолати залежність, та в позитивний вплив ЗПТ на здоров'я в цілому. Іншими важливими причинами були небажання відвідувати клініку кожного дня, небажання потрапляти на наркологічний облік та побоювання, втрати конфіденційності особистих даних. Дуже схожими були відповіді учасників групи ЗПТ про те, що заважало їм почати ЗПТ раніше, ніж вони почали: найчастіше вони називали впевненість у тому,

⁴ EMCDDA. (2021). Balancing access to opioid substitution treatment with preventing the diversion of opioid substitution medications in Europe: challenges and implications, https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/opioid-substitution-treatment-ost-in-europe-availability-and-diversion_en

що ЗПТ заміщає один наркоти на інший і не є лікуванням, а також небажання «прив'язуватись» до клініки та потрапляти на наркологічний облік.

Серед формальних умов, які, на думку респондентів, ускладнюють вступ у програму ЗПТ, були відмічені постановка на наркологічний облік, складнощі у проходженні комісії для постановки діагнозу залежності, необхідність мати паспорт та проходити обстеження на ВІЛ і туберкульоз. Найскладнішою умовою, на думку як пацієнтів ЗПТ, так і ЛВІО, був т.з. «наркологічний облік».

Ці результати доводять, що найважливішою групою бар'єрів для вступу у програму ЗПТ є помилкові уявлення серед потенційних пацієнтів про ЗПТ як таку та про умови вступу у програму. Частина цих уявлень базується на відвертих міфах (наприклад, що метадон руйнує кістки) та недостатній поінформованості щодо мети і результатів ЗПТ, що викликає невіру в ефективність терапії. Інша важлива частина ґрунтується на застарілій інформації – наприклад, про наркологічний облік, обов'язкове надання паспорта або довідки про попередні спроби лікування. Наркологічний облік вже декілька років не існує як такий, замість паспорта можна надати будь-який документ, що посвідчує особу, а довідка про спроби лікування не вимагається після оновлення наказу № 200 у 2015 році. В якійсій частині дослідження фахівці і представники спільноти пацієнтів підтвердили, що рівень знань з питань ЗПТ серед ЛВІО, які не були учасниками програми, є низьким, і робота програм зменшення шкоди в цьому напрямку є недостатньою. Важливо, що співробітники медичних закладів (у тому числі сайтів ЗПТ) та проєктів зменшення шкоди нерідко самі є носіями міфів про ЗПТ, які вони транслюють своїм клієнтам.

Досвід ЗПТ позитивно впливає на розвінчання міфів: серед пацієнтів ЗПТ значно нижчою є згода з хибними твердженнями про ЗПТ (наприклад, що «ЗПТ – це змова Заходу») і вищою є згода з вірними твердженнями (наприклад, «ЗПТ зменшує ризик смерті від передозувань»). Водночас кількість пацієнтів ЗПТ, які досі мають хибні уявлення, також не є очікувано низькою (наприклад, 29% пацієнтів ЗПТ вірять в те, що ЗПТ руйнує кістки та зуби).

Складнощі, пов'язані з організаційними умовами, також є значними, хоча частину з них підсилює відсутність правильної інформації серед потенційних пацієнтів – наприклад, про наявність сайтів ЗПТ або вільних місць на них. Вагомість відстані до сайту ЗПТ як бар'єра була значно вищою серед ЛВІО порівняно з пацієнтами ЗПТ. Така різниця може пояснюватись тим, що пацієнтами ЗПТ стають ті, хто живе ближче до місця надання послуг і для кого цей бар'єр є менш значущим. Це підкреслює важливість географічної доступності у забезпеченні доступу до ЗПТ.

Результати якісної частини дослідження підкреслюють, що організація програми на окремих сайтах може сприяти або перешкоджати залученню і утриманню пацієнтів у програмі ЗПТ. Важливими негативними факторами є стаціонарне встановлення діагнозу залежності, вимоги щодо проходження обстежень перед початком лікування, а також патерналістські або навіть каральні заходи (наприклад, зниження дози) у випадках виявлення вживання нелегальних наркотиків пацієнтами. При цьому наявність додаткових послуг, таких як психосоціальний супровід, лікування ВІЛ-інфекції, гепатиту та психічних розладів, є позитивним фактором, що також було показано у кількісній частині дослідження.

Вплив ЗПТ на здоров'я

Група пацієнтів ЗПТ мала значно кращі показники каскаду лікування ВІЛ (94% отримання АРТ порівняно з 77%) серед тих, хто має ВІЛ-позитивний статус. Це доводить, що ЗПТ є важливим інструментом досягнення цілей «90-90-90» у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції, і підтверджує результати інших численних досліджень в Україні та країнах світу. Водночас прихильність до АРТ (своєчасність прийому ліків та відсутність пропусків) не є оптимальною, що свідчить про необхідність додаткової роботи в цьому напрямку.

Показники фізичної якості життя були практично однаковими в обох групах дослідження, але нижчими, ніж серед загального населення в Україні. Показники якості психічного здоров'я були дещо вищими у групі ЗПТ, що підтверджується результатами скринінгу психічних розладів. Відповідно до різниці у ін'єкційному вживанні психоактивних речовин, використання нестерильного інструментарію та інші ризиковані ін'єкційні практики були значно більш поширеними у групі ЛВІО. Очікувано, частота передозувань за останні 6 місяців також була у 2.5 разів вищою у групі ЛВІО порівняно із пацієнтами ЗПТ. Рівень безпечної сексуальної практики (використання презервативів з постійними та випадковими партнерами) був вищим у групі ЗПТ, що може свідчити про доступність інших профілактичних послуг (видача презервативів) на сайтах ЗПТ або про вищу обізнаність стосовно сексуального здоров'я.

Рекомендації

Бар'єри ЗПТ

Зважаючи на те, що основною групою бар'єрів для початку ЗПТ виявились індивідуальні упередження та міфи, одним із основних напрямів роботи із досягнення стратегічних цілей розширення ЗПТ має стати інформування потенційних та теперішніх пацієнтів ЗПТ. Потрібно розробити комплексний міжсекторальний план інформаційної та комунікаційної діяльності з протидії

хибним уявленням, визначеним у даному дослідженні. Одним із важливих компонентів плану має бути посилення роботи НУО, які працюють з ЛВІО у програмах зменшення шкоди та профілактики ВІЛ. Окрім роботи з ЛВІО та пацієнтами ЗПТ, план має передбачити заходи з інформування та навчання співробітників НУО та медичних закладів для протидії їхнім власним міфам, а також для формування навичок комунікації та мотивування.

Одним із основних каналів поширення міфів є спілкування між людьми всередині спільноти, і цю можливість можна використовувати зі зворотною метою – для розвінчання міфів. Подібні інтервенції за принципом «рівний-рівному» успішно використовувались в Україні в інших сферах, і цей потенціал потрібно використати для поширення вірної інформації серед теперішніх і майбутніх пацієнтів ЗПТ.

Певні заходи, спрямовані на подолання міфів щодо ЗПТ, проводились в Україні раніше (інформаційно-освітні кампанії, поширення друкованих матеріалів, використання мобільних додатків), але щоб визначити перспективи їх подальшого застосування, потрібно оцінити їх фактичне охоплення та ефективність.

З метою зменшення організаційних бар'єрів на рівні закладів доцільно проводити регулярні навчально-освітні заходи для лікарів та адміністраторів сайтів ЗПТ. Зважаючи на позитивний досвід застосування інформаційних технологій під час пандемії COVID, такі заходи можуть проводитись онлайн, поєднуючи навчальний компонент з обміном досвідом між учасниками.

Оптимізація ЗПТ на національному рівні

Зважаючи на високу доступність препаратів ЗПТ для самостійного прийому в Україні, що може спричиняти зловживання та знижувати прихильність до ЗПТ, потрібно дослідити вплив масового переведення пацієнтів ЗПТ на самостійний прийом на ефективність лікування та утримання в програмі. Крім цього, потрібно вивчити можливість застосування інтервенцій, спрямованих на покращення прихильності, в умовах самостійного прийому препарату ЗПТ.

Результати дослідження доводять, що якість допомоги у приватних програмах ЗПТ та їхня ефективність щодо головного показника – зменшення вживання нелегальних наркотиків – є значно нижчою порівняно з державною програмою. Через те, що невеликий розмір вибірки пацієнтів приватних програм в цьому дослідженні не дозволяє робити обґрунтованих висновків, це питання потрібно докладно вивчити у окремому дослідженні. Але в будь-якому разі є доцільним запровадження моніторингу та заходів контролю за дотриманням Стандартів якості медичної допомоги у приватних клініках та всіх інших установах, що надають ЗПТ.

У подальшому реформуванні системи охорони здоров'я потрібно покращити прозорість формування тарифів НСЗУ та збільшити вартість пакету ЗПТ. Це дозволить підвищити мотивацію надавачів послуг та підвищити кількість сайтів, у тому числі з невеликим охопленням пацієнтів, задля досягнення цілей Національної стратегії.

Додатки

Наступні додатки до звіту доступні у електронному вигляді:

1. Таблиця з описовою статистикою результатів кількісної частини дослідження
2. Повний звіт якісної частини дослідження бар'єрів ЗПТ
3. Повний звіт кабінетного дослідження

