



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



EIPHP
EUROPEAN INSTITUTE
OF PUBLIC HEALTH
POLICY



ЗВІТ

ВИВЧЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ПРОГРАМИ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ

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

Вивчення поширеності психічних розладів серед пацієнтів програми замісної підтримуючої терапії

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.....	5
Висловлення подяки.....	6
Авторський колектив	7
Дослідницька команда	7
Вступ.....	8
Організація дослідження.....	8
Географія дослідження	8
Етапи дослідження.....	8
Терміни виконання	8
Мета та завдання дослідження	8
Мета дослідження	8
Завдання дослідження	9
Методи дослідження.....	10
Кабінетне дослідження.....	10
Проведення структурованого опитування	10
Досліджувана популяція.....	10
Набір учасників	11
Інструменти.....	14
Пілотування інструменту.....	15
Опитування респондентів (кількісний компонент).....	15
Самозвіт респондента	16
Збір клінічних даних	16
Обробка та аналіз кількісних даних	16
Проведення глибинних інтерв'ю.....	17
Вибірка.....	17
Інструменти дослідження.....	17
Підхід до збору даних	17
Аналіз якісних даних	18
Захист учасників дослідження	18
Результати кількісної частини дослідження.....	19
Соціально-демографічні характеристики.....	19
Вживання психоактивних речовин та алкоголю.....	23
Досвід взаємодії з правоохоронними органами.....	28
Психічні розлади.....	32
Тестування та лікування ВІЛ-інфекції.....	35
Досвід лікування залежностей	36
Досвід лікування у програмі ЗПТ	37
Якість життя.....	44
Ін'єкційна поведінка.....	45
Сексуальна поведінка.....	46
Результати якісної частини дослідження психічних розладів.....	50
Поширеність розладів психічного здоров'я та їх вплив на здоров'я.....	50
Актуальність і доступність послуг з психічного здоров'я.....	51
Бар'єри у наданні та отриманні послуг з психічного здоров'я.....	53
Покращення доступу до послуг з психічного здоров'я	54

Загальні висновки	55
Споживання психоактивних речовин	55
Досвід лікування ЗПТ	56
Психічне здоров'я	57
Вплив ЗПТ на здоров'я	58
Рекомендації	58
Психічне здоров'я	58
Додатки	60

Перелік рисунків та таблиць

Рис. 1.	Вікова структура	19
Рис. 2.	Розподіл за статтю	19
Рис. 3.	Сімейний статус	20
Рис. 4.	Освіта	20
Рис. 5.	Житлові умови	21
Рис. 6.	Впевненість у стабільності житлових умов на наступний місяць	21
Рис. 7.	Трудова зайнятість	22
Рис. 8.	Джерело доходу	23
Рис. 9.	Дохід за минулий місяць	23
Рис. 10.	Частота вживання алкогольних напоїв за останні 12 місяців	24
Рис. 11.	Середня кількість порцій алкогольних напоїв, яку учасники споживали за один раз (серед тих, хто вживав алкоголь за останній рік)	24
Рис. 12.	Частота вживання 6 і більше порцій алкогольних напоїв за один раз (серед тих, хто вживав алкоголь протягом останнього рік)	24
Рис. 13.	Неін'єкційне вживання психоактивних речовин протягом останнього місяця	26
Рис. 14.	Ін'єкційне вживання наркотичних речовин протягом останнього місяця	27
Рис. 15.	Психоактивні речовини, яким надається перевага	27
Рис. 16.	Розподіл відповідей респондентів на питання: «Наскільки вживання ПАР протягом останніх 30 днів заважало вам досягнути бажаного?»	28
Рис. 17.	Розподіл ствердних відповідей учасників-чоловіків на наступні питання: «Чи коли-небудь...»	29
Рис. 18.	Розподіл ствердних відповідей учасниць на наступні питання: «Чи коли-небудь...»	30
Рис. 19.	Рівень депресії (за шкалою PHQ-9)	32
Рис. 20.	Рівень депресії (за шкалою HADS)	32
Рис. 21.	Рівень тривожності (за шкалою GAD-7)	33
Рис. 22.	Рівень тривожності (за шкалою HADS)	33
Рис. 23.	Розподіл відповідей учасників на питання: «Наскільки тривожність заважала...»	34
Рис. 24.	Розповсюдженість клінічно виражених психічних розладів	35
Рис. 25.	Каскад лікування ВІЛ-інфекції серед учасників, які повідомили про свій позитивний статус, на підставі даних опитування 36	36
Рис. 26.	Каскад лікування ВІЛ-інфекції на підставі клінічних даних (група ЗПТ)	36
Рис. 27.	Досвід лікування залежностей протягом життя	37
Рис. 28.	Тривалість участі у програмі ЗПТ (поточний епізод)	38
Рис. 29.	Препарати ЗПТ	39
Рис. 30.	Дозування препаратів ЗПТ	39
Рис. 31.	Способи отримання препаратів ЗПТ	39
Рис. 32.	Вживання нелегальних наркотиків під час отримання ЗПТ	40
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	41
Рис. 35.	Причина вживання наркотиків під час отримання ЗПТ	41
Рис. 36.	Додаткові медичні послуги у клініках ЗПТ	42
Рис. 37.	Отримання додаткових медичних послуг	43
Рис. 38.	Вплив додаткових медичних послуг в програмі ЗПТ	43
Рис. 39.	Вплив лікування ЗПТ на якість життя та вживання ПАР	44
Рис. 40.	Вік початку ін'єкційного вживання наркотиків	45
Рис. 41.	Частота використання для ін'єкції голки або шприца, якими хтось уже користувався	46
Рис. 42.	Розповсюдженість ризикованих ін'єкційних практик за останній місяць та передозувань за 6 місяців	46
Рис. 43.	Кількість сексуальних партнерів за останні 30 днів	47
Рис. 44.	Використання презервативів з постійними партнерами за останні 30 днів	48
Рис. 45.	Кількість випадкових сексуальних партнерів за останні 30 днів	48
Рис. 46.	Використання презервативів з випадковими партнерами за останні 30 днів	49

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 поширеність психічних розладів серед осіб з розладами внаслідок вживання опіоїдів.

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
Сульжук 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 наступною метою:

1. Вивчення поширеності психічних розладів (ПР) серед осіб, які перебувають на програмі ЗПТ і мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів.

Завдання дослідження

Мета була досягнута шляхом виконання таких завдань:

1. дослідити поширеність психічних розладів серед осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів;
2. проаналізувати наявні бар'єри щодо звернення до послуг з психічного здоров'я в Україні;
3. надати рекомендації щодо покращення доступу до послуг з психічного здоров'я для людей що вживають опіоїди в Україні.

Методи дослідження

Кабінетне дослідження

Під час підготовчого етапу було проведено кабінетне дослідження. У дослідженні психічних розладів серед пацієнтів ЗПТ та ЛВІО основні питання стосувалися того, які психічні розлади (ПР) є найбільш поширеними серед осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів та яким чином ці ПР впливають на доступ і ефективність лікування в програмі ЗПТ, звернення за медичною допомогою та ризиковану поведінку.

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 проєкти національних та міжнародних організацій. Таким чином, був здійснений систематичний огляд наявної наукової літератури з питань ПР та бар'єрів до отримання ЗПТ і послуг з лікування ПР.

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. Такий підхід дозволив порівняти поширеність ПР між двома групами та опосередковано оцінити вплив ЗПТ на цей показник.

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 проекту);
- 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'юєра. 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) визначення того, які ПР є найбільш поширеними серед пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів; 2) оцінку якості життя пацієнтів, вживання ними нелегальних наркотиків та ризиковану поведінку; 3) визначення основних бар'єрів доступу до ЗПТ серед пацієнтів ЗПТ та ЛВІО.

Проведення глибинних інтерв'ю

Вибірка

Для дослідження поширеності та впливу психічних розладів на здоров'я було проведено 15 глибинних інтерв'ю з експертами у сфері надання послуг ЗПТ та психічного здоров'я регіонального та національного рівнів (орієнтовно 1-2 з кожного населеного пункту, що взяли участь у дослідженні, та з шістьма експертами національного рівня).

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 психічних розладів було оцінено питання доступності діагностики та лікування ПР серед пацієнтів ЗПТ, наявні перешкоди та можливості розвитку допомоги в цій сфері.

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

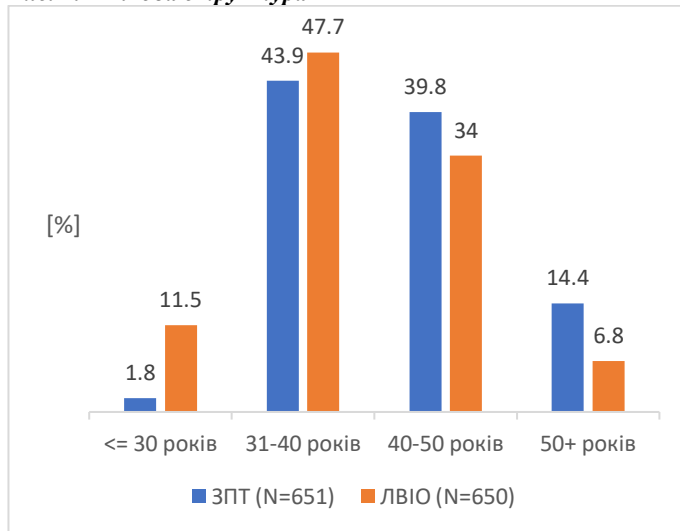
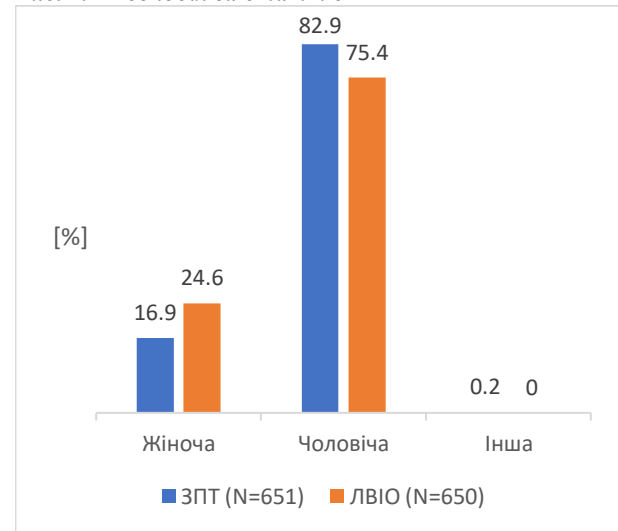


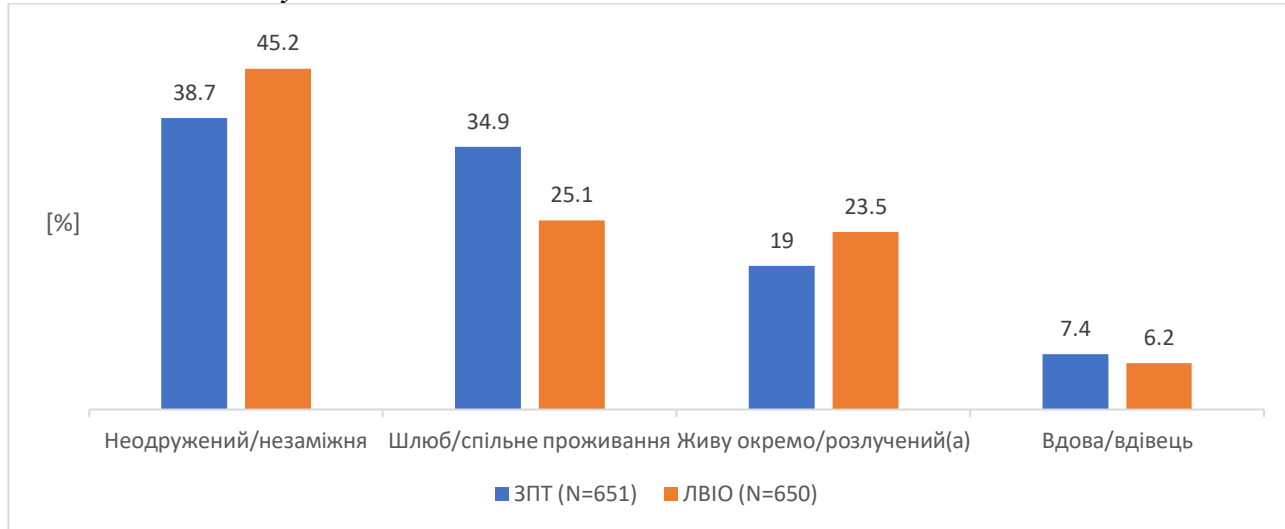
Рис. 2. Розподіл за статтю



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

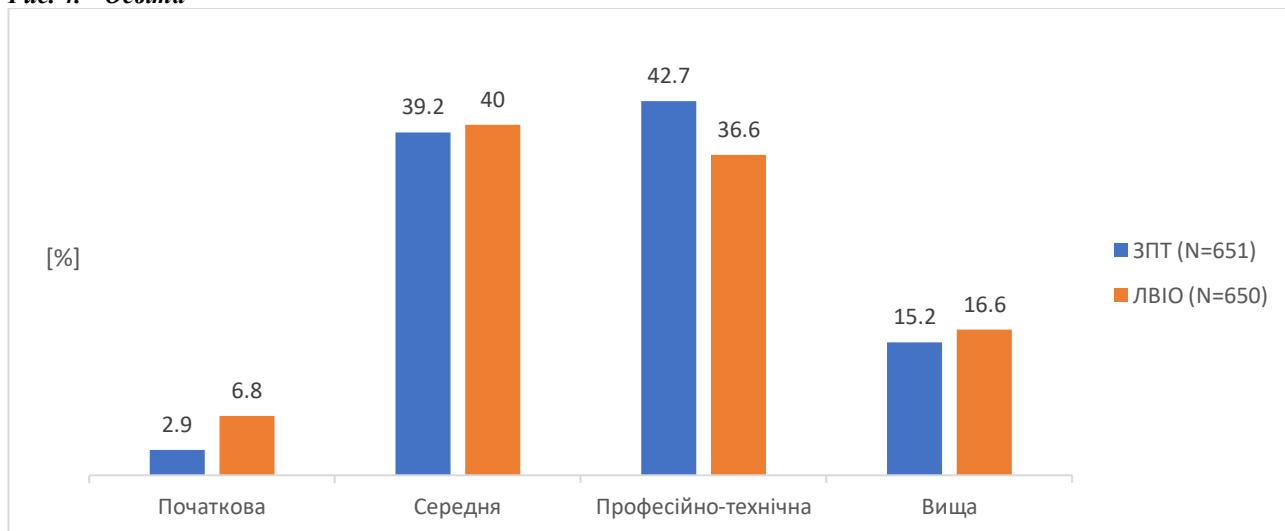
Майже половина опитаних (47.8% у групі ЗПТ та 44.9% у групі ЛВІО) вказали, що мають дитину, при цьому 55.9% учасників групи ЗПТ та 62.7% респондентів групи ЛВІО зазначили, що на сьогодні дитина залежить від них фінансово.

Рис. 3. Сімейний статус



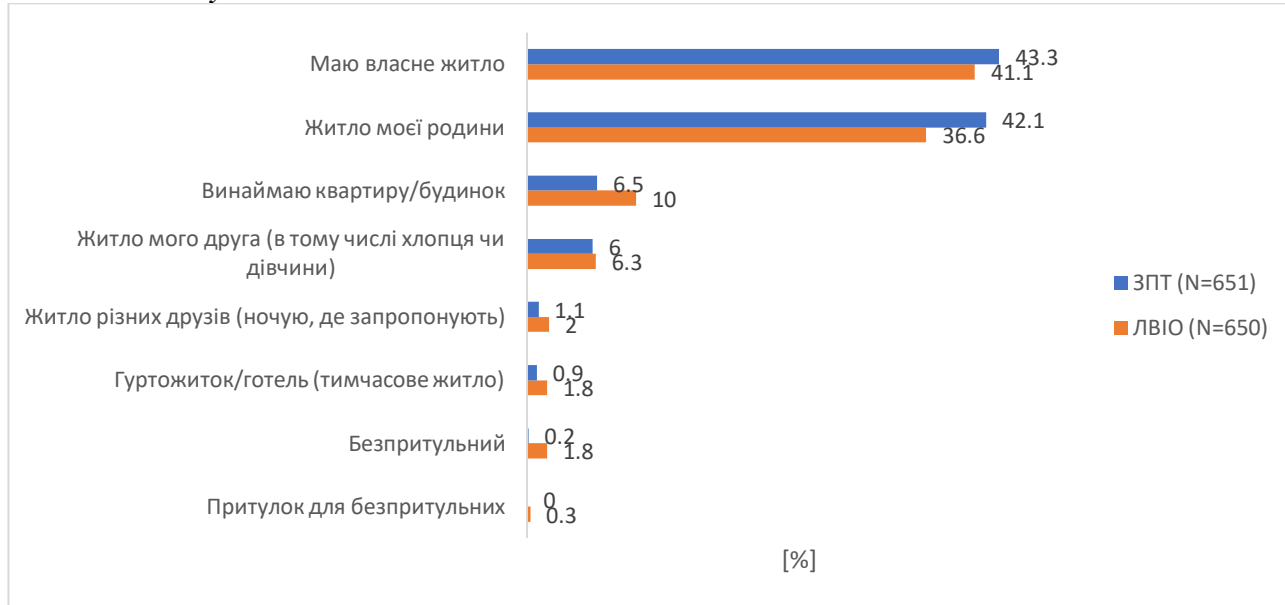
Близько 40% (у групі ЗПТ та у групі ЛВІО) респондентів в обох групах мали середню освіту і стільки ж (у групі ЗПТ та у групі ЛВІО) мали професійно-технічну освіту. Водночас 15.2% учасників групи ЗПТ та 16.6% респондентів групи ЛВІО зазначили, що мають вищу освіту.

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.

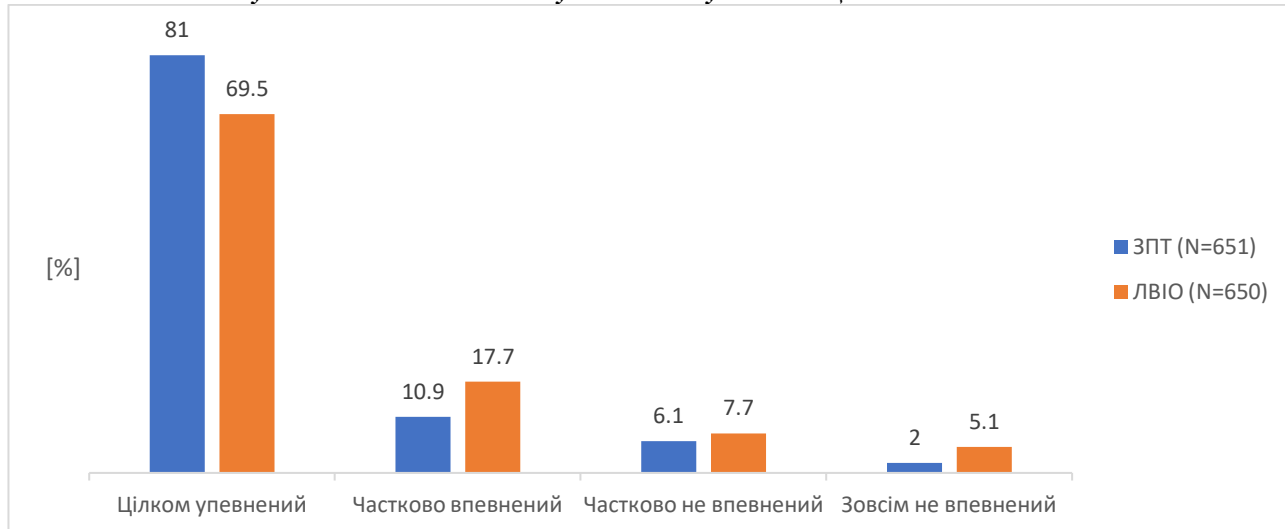
Рис. 5. Житлові умови



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.

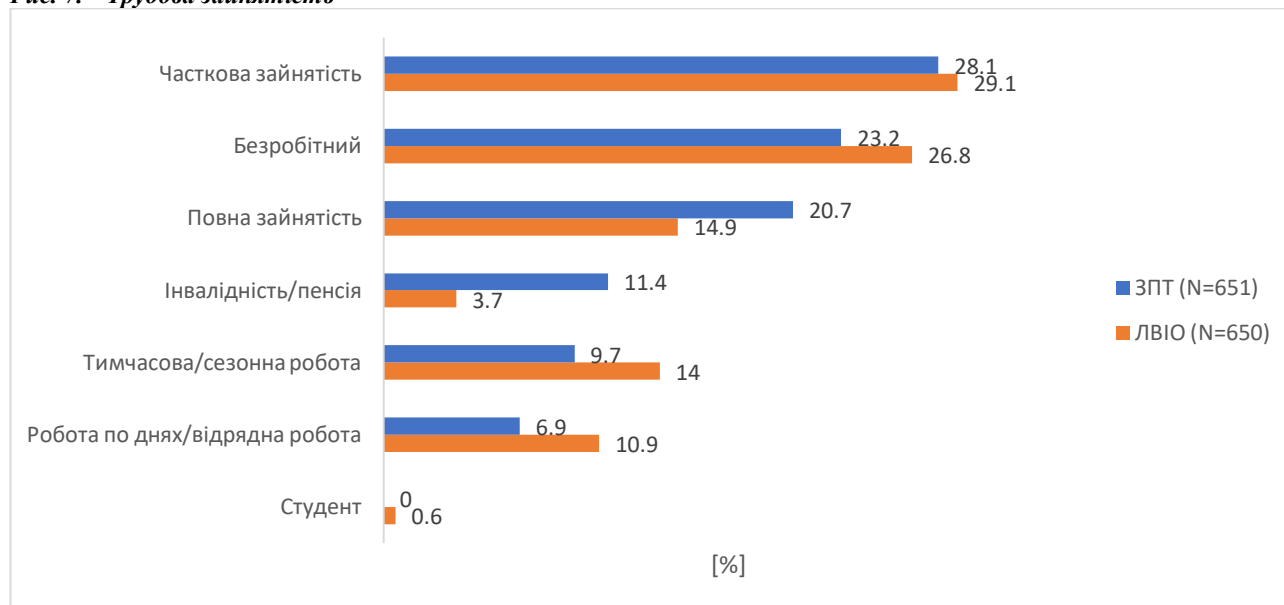
Вказали, що наразі проживають на самоті, 19.2% учасників групи ЗПТ та майже третина (28.3%) групи ЛВІО.

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

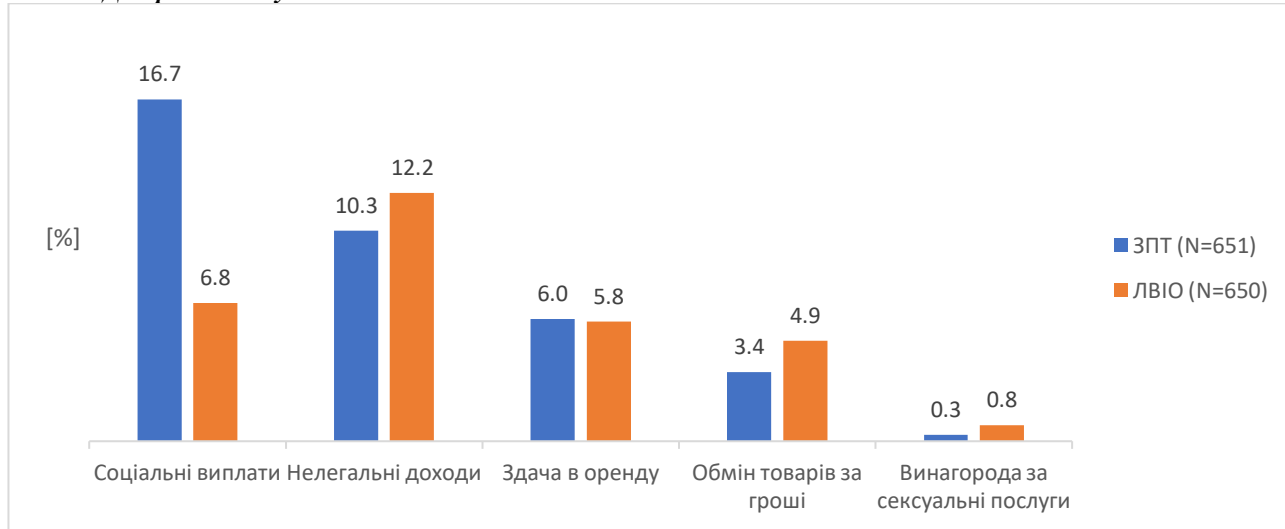
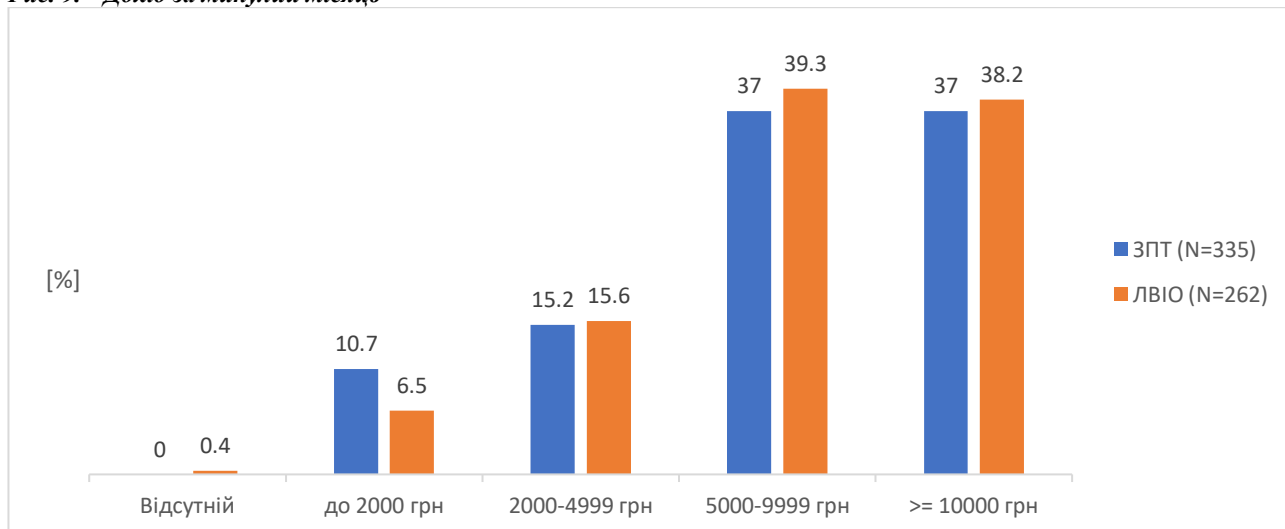


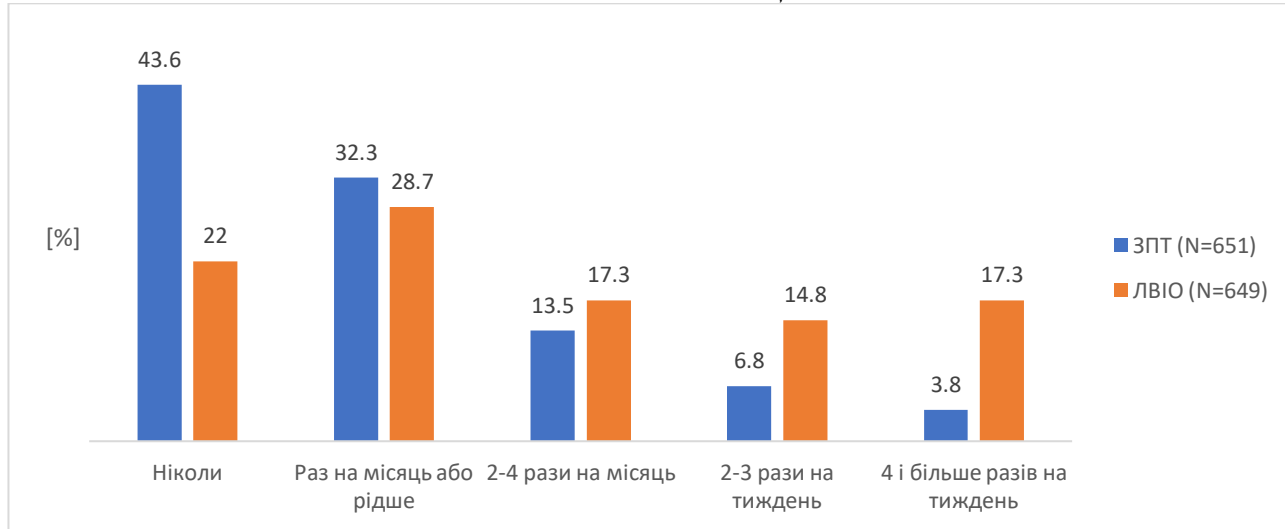
Рис. 9. Дохід за минулий місяць



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)

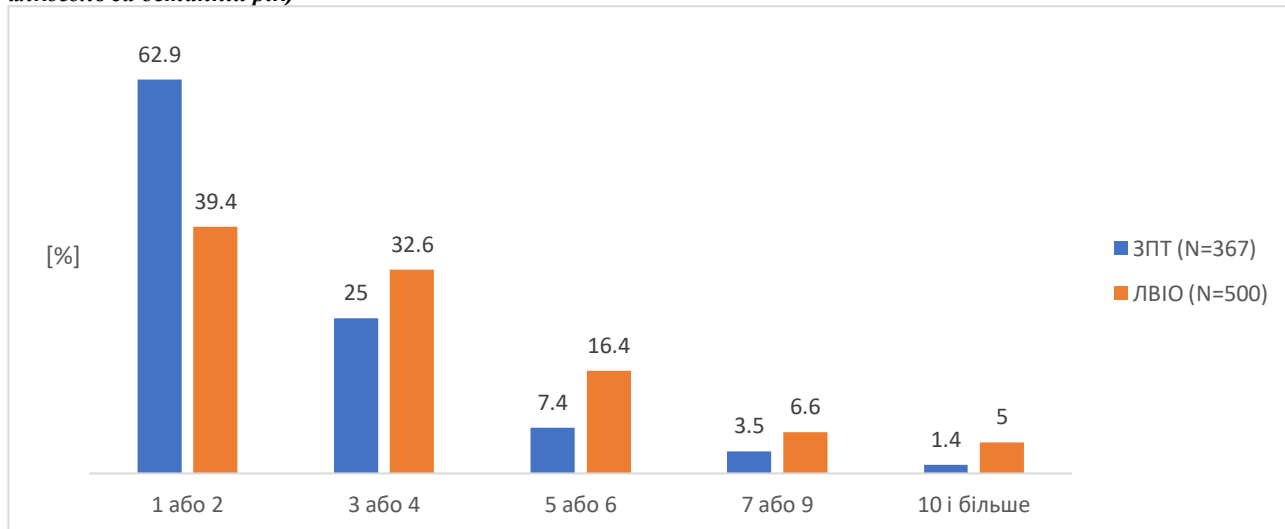
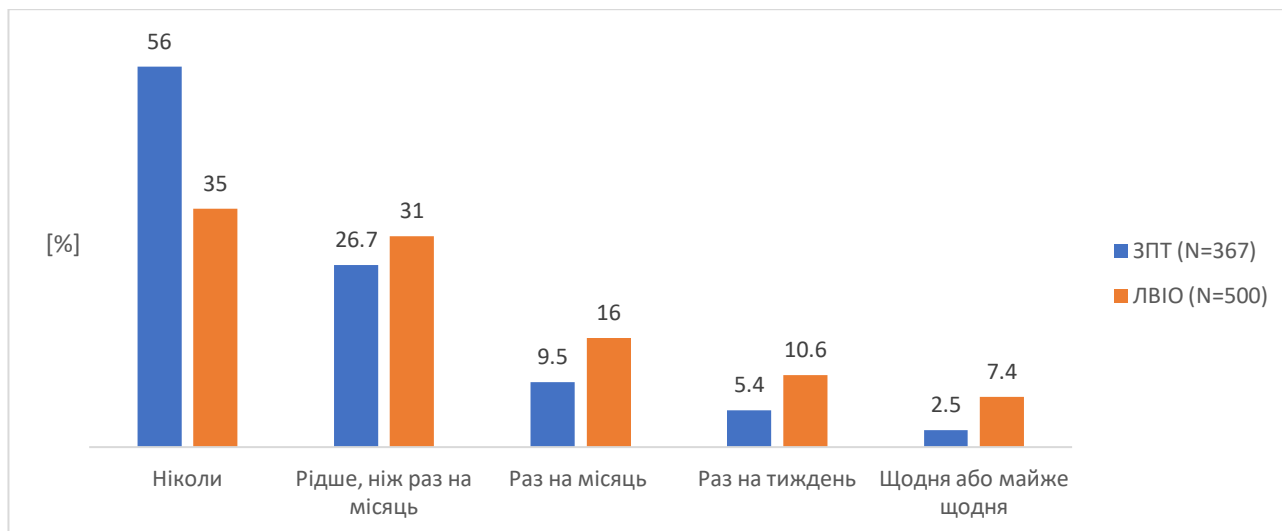


Рис. 12. Частота вживання 6 і більше порцій алкогольних напоїв за один раз (серед тих, хто вживав алкоголь протягом останнього року)



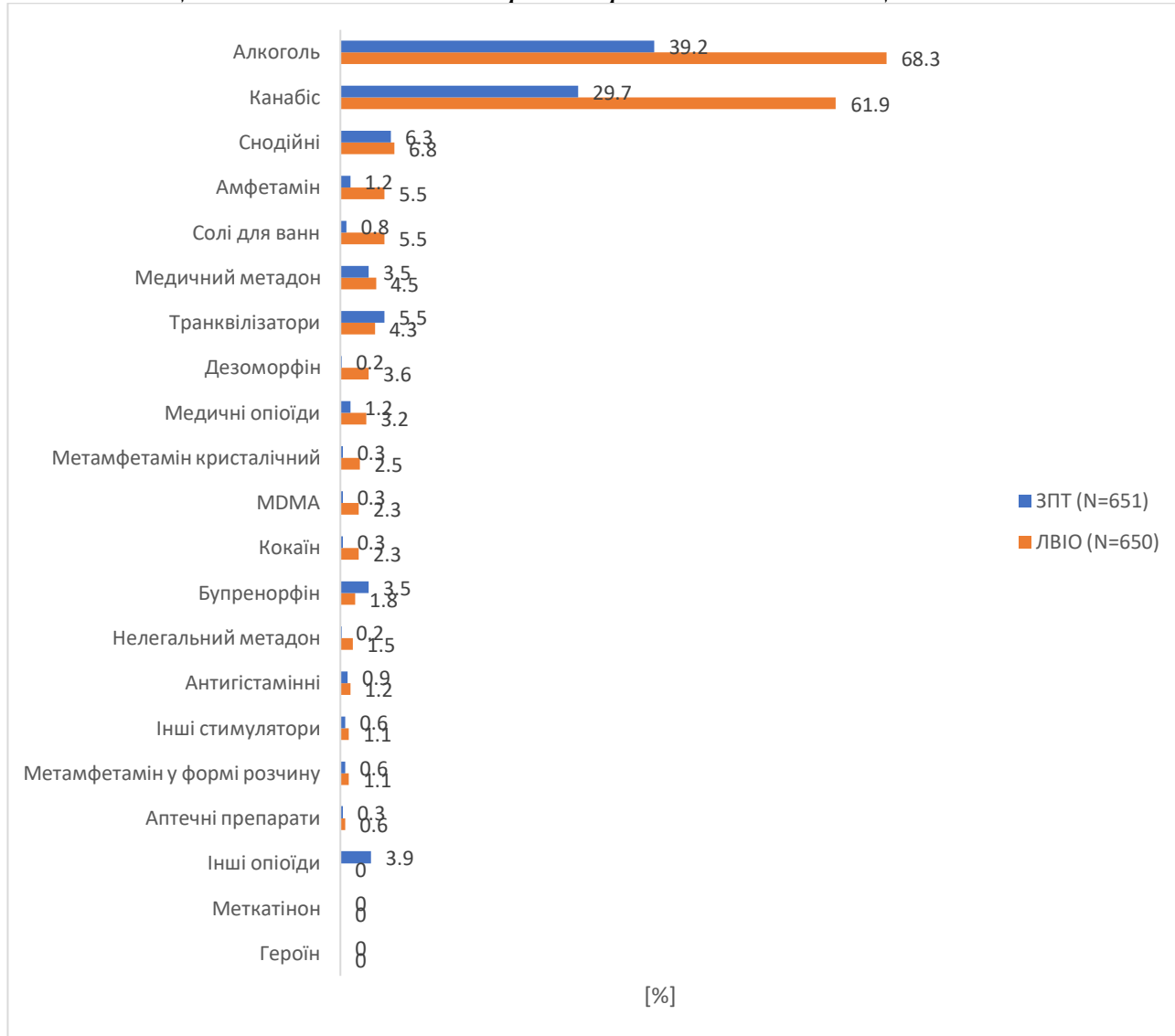
Щодо досвіду вживання наркотичних речовин протягом останніх 30 днів, слід відмітити частіше вживання всіх типів наркотиків учасниками з групи ЛВІО порівняно з пацієнтами ЗПТ.

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

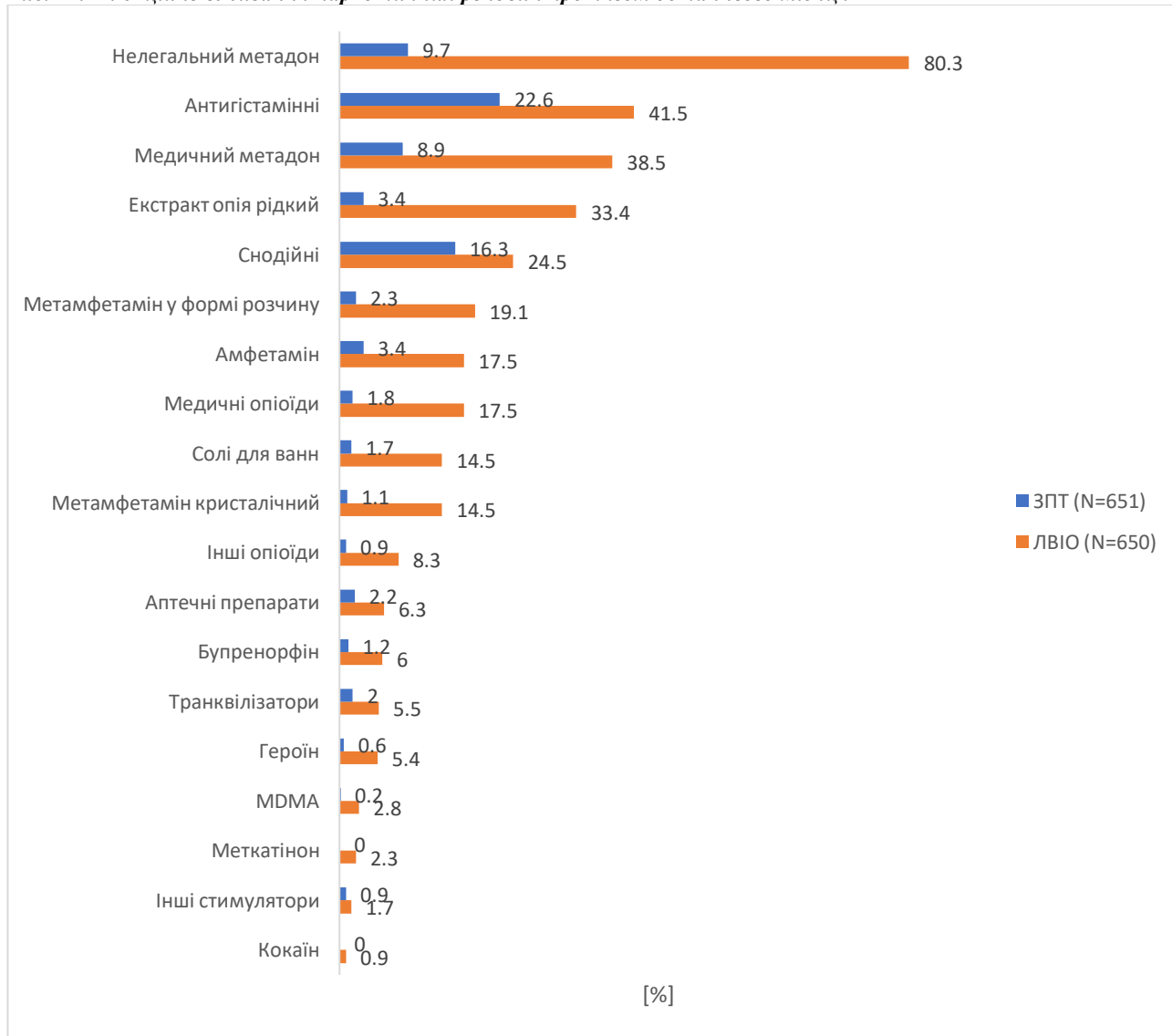


Досвід вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом протягом останнього місяця був більш характерним для учасників групи ЛВІО: показники вживання у цій групі переважали такі у групі ЗПТ для усіх типів наркотиків. Майже чверть (22.6%) пацієнтів ЗПТ зазначили, що вживали ін'єкційно вживання антигістамінні 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%).

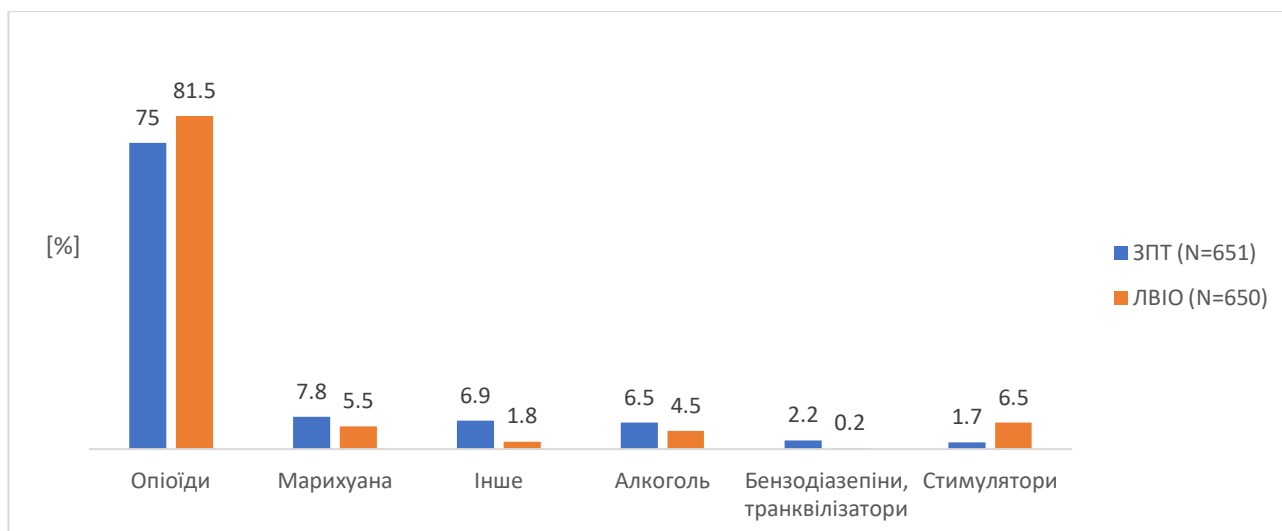
Про вживання кількох наркотичних речовин в одному шприці за останні 30 днів повідомили 20.3% опитаних з групи ЗПТ, та 44.5% з групи ЛВІО.

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



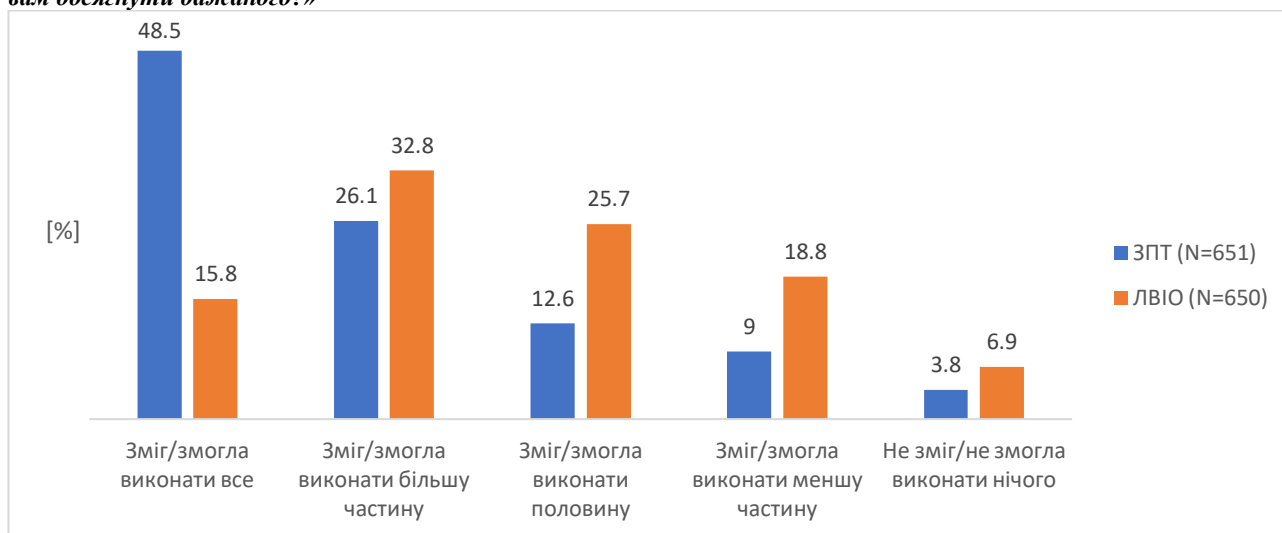
Респонденти обох груп вказали, що серед усіх груп препаратів вони надають найбільшу перевагу опіоїдам: про це повідомили три чверті учасників з групи ЗПТ (75%) та 81.5% опитаних з групи ЛВІО. Значно менша частина респондентів зазначила, що надають перевагу марихуані (7.8% і 5.5% відповідно для груп ЗПТ 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?»



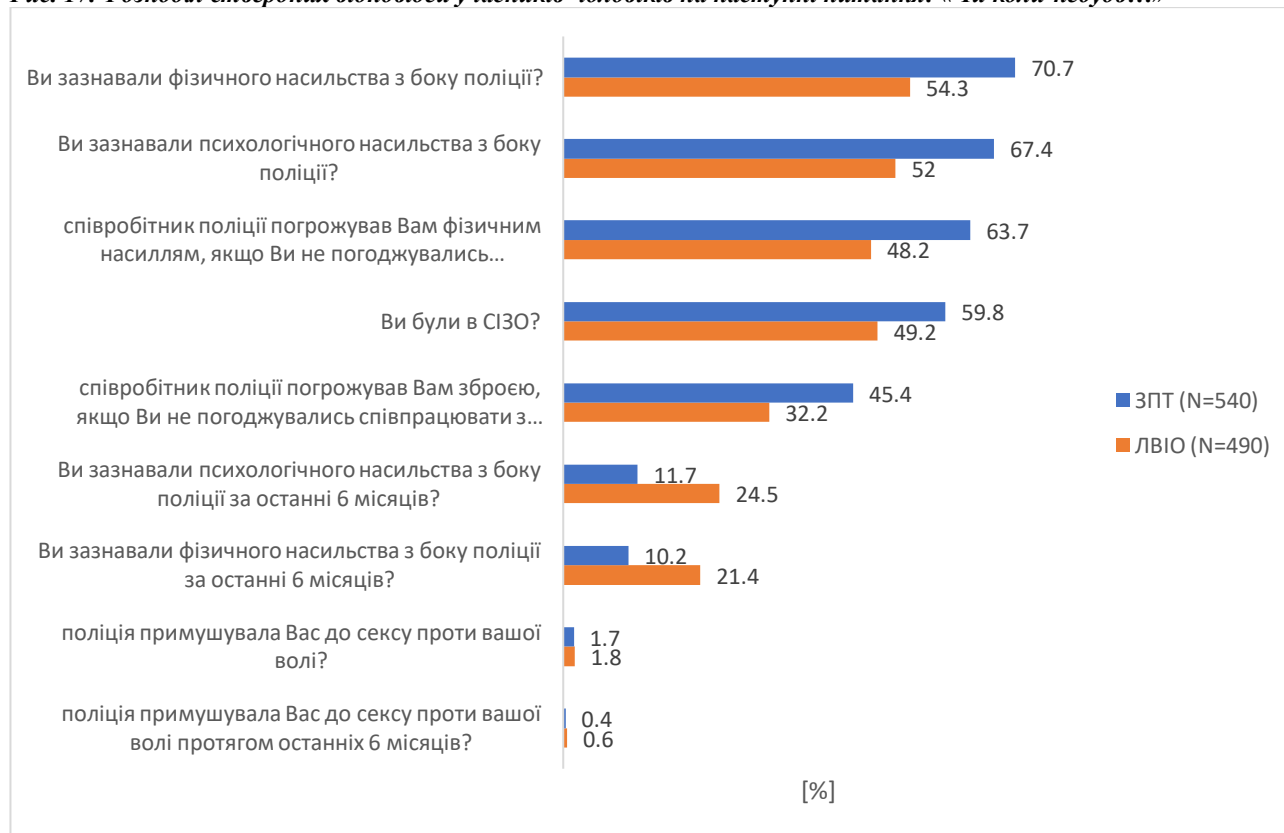
Досвід взаємодії з правоохоронними органами

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.

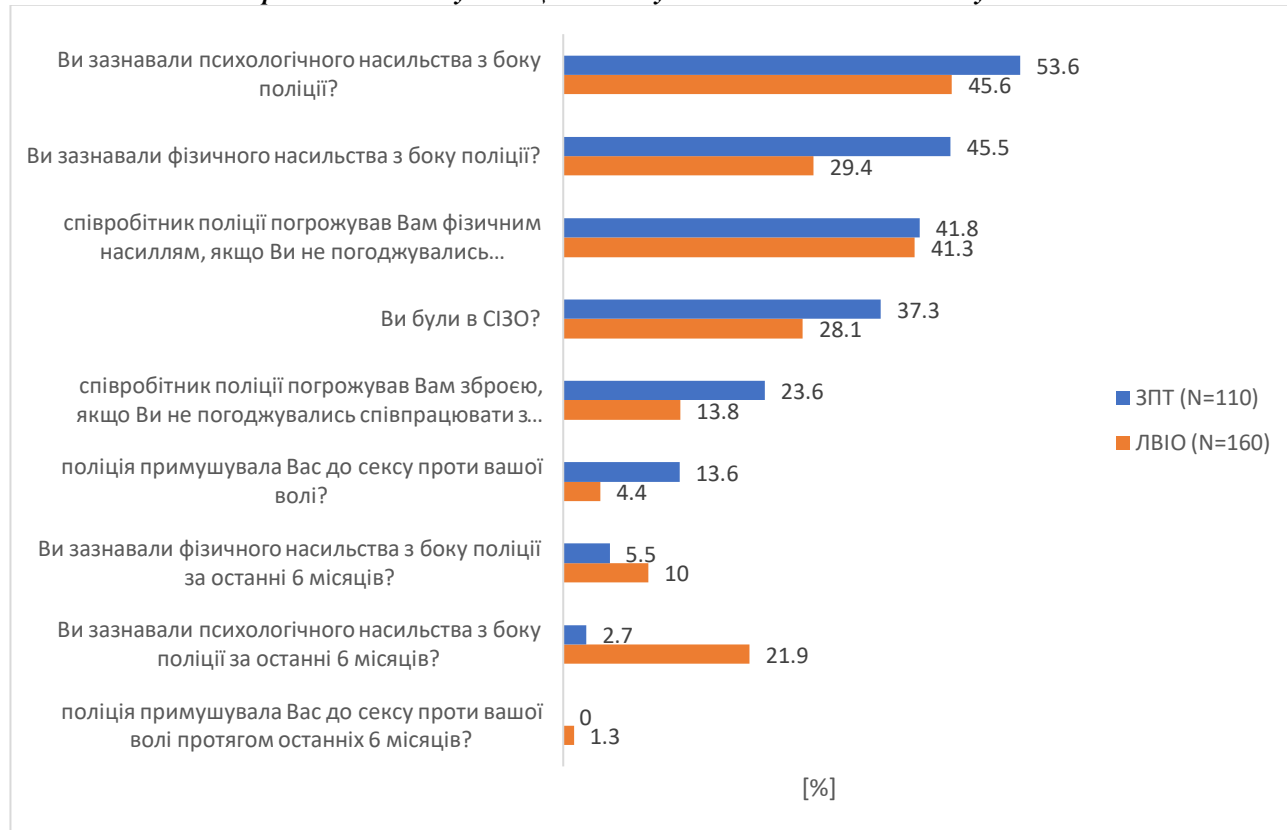
Рис. 17. Розподіл ствердних відповідей учасників-чоловіків на наступні питання: «Чи коли-небудь...»



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).

Психічні розлади

Оцінка наявності симптомів депресії здійснювалася за допомогою опитувальників Patient Health Questionnaire (PHQ-9) та Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Отримані результати свідчать про високу поширеність депресивного розладу в обох групах, особливо в групі ЛВІО. Виражені депресивні симптоми спостерігались майже у кожного п'ятого учасника з групи ЗПТ: за PHQ-9 помірно важка депресія була виявлена у 13.5% опитаних, важка депресія – у 4.3% ; за HADS клінічно виражена депресія спостерігалась у 23.3% респондентів. У групі ЛВІО ці симптоми виявлялись частіше: за PHQ-9, помірно важка депресія була наявна у 19.1% респондентів, важка депресія – у 6.3% ; за HADS клінічно виражена депресія спостерігалась у 31.4% учасників. Середній бал за шкалою PHQ-9 складав 8.8 в групі ЗПТ та 10.5 в групі ЛВІО, за шкалою HADS – 8.1 та 8.8, відповідно. Відсутність симптомів депресії була виявлена у чверті (25.3%) респондентів з групи ЗПТ за опитувальником PHQ-9 та у 41.6% за HADS. Водночас серед респондентів-ЛВІО показники за цими шкалами становили 17.5% та 30.8% , відповідно. На додачу, дві третини респондентів у групі ЗПТ (68.4%) та чотири п'ятих ЛВІО (79.2%) вказали, що симптоми депресії заважали їм виконувати роботу, займатися домашніми справами або спілкуватися з людьми.

Рис. 19. Рівень депресії (за шкалою PHQ-9)

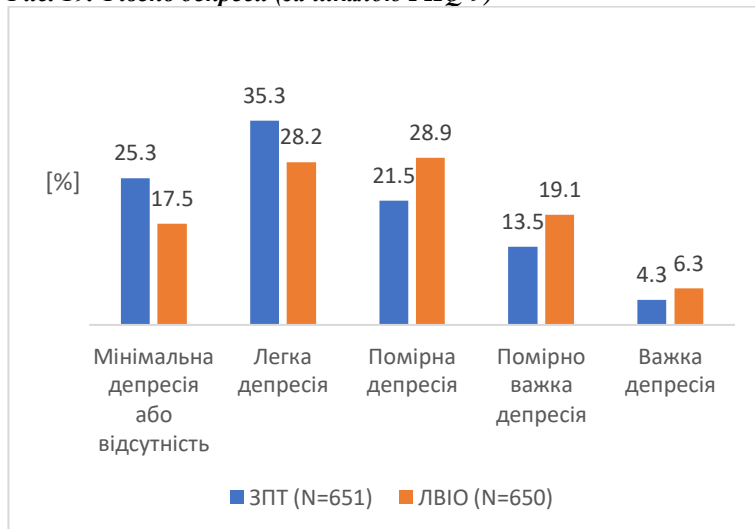
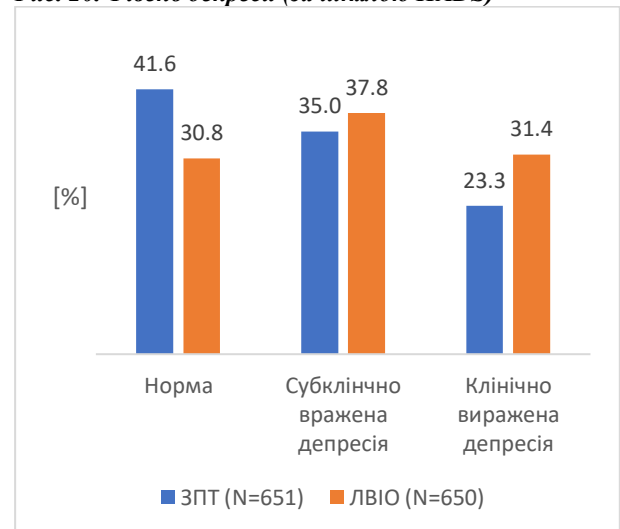


Рис. 20. Рівень депресії (за шкалою HADS)



Наявність тривожних розладів у учасників дослідження визначалась за опитувальниками Generalized Anxiety Disorder Assessment (GAD-7) та Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). За результатами дослідження, учасники з групи ЗПТ демонстрували нижчий рівень проявів тривожних розладів, ніж учасники-ЛВІО. За опитувальником GAD-7 мінімальний рівень тривожності мали 40% опитаних групи ЗПТ та чверть (24.5%) респондентів групи ЛВІО, а високий рівень тривожності спостерігався у 2.6% учасників з групи ЗПТ і 5.8% з групи ЛВІО. За шкалою HADS більше ніж у половини опитаних з групи ЗПТ (53.1%) і більше ніж у третини групи ЛВІО (36.8%) не було виражених ознак тривоги водночас клінічно виражена тривога була характерна для чверті (24.4%) пацієнтів ЗПТ та третини (35.7%) ЛВІО. Середній бал за шкалою GAD-7 склав 5.9 в групі ЗПТ та 7.7 в групі ЛВІО, за шкалою HADS – 7.1 та 8.7, відповідно. Крім того, опитувані з групи ЗПТ рідше, ніж учасники групи ЛВІО, зазначали, що тривога заважала їм виконувати роботу, займатися справами або спілкуватися. Тривожність взагалі не заважала займатися згаданими видами активності від 25.5% до 32.3% респондентів у групі ЗПТ та від 13.3% до 25.5% опитаних у групі ЛВІО.

Рис. 21. Рівень тривожності (за шкалою GAD-7)

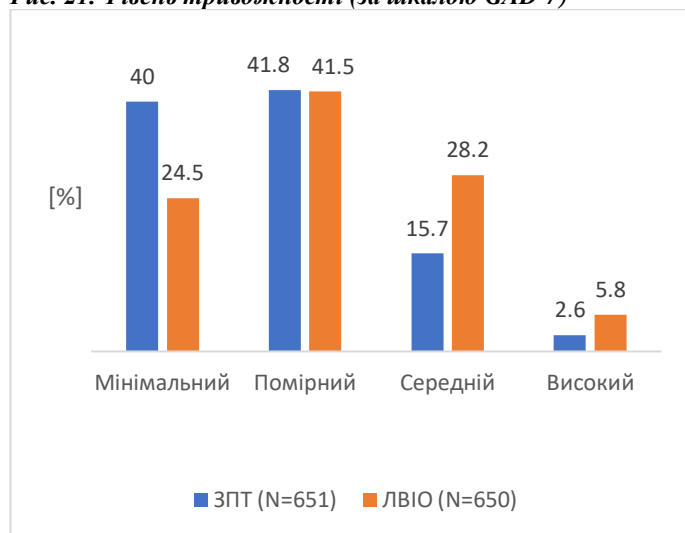


Рис. 22. Рівень тривожності (за шкалою HADS)

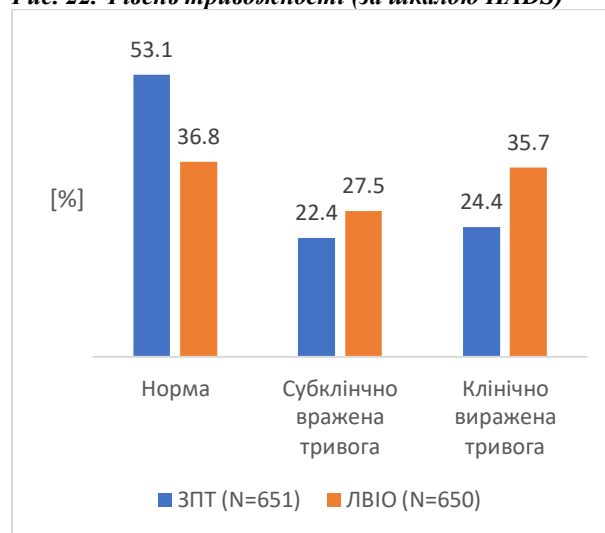
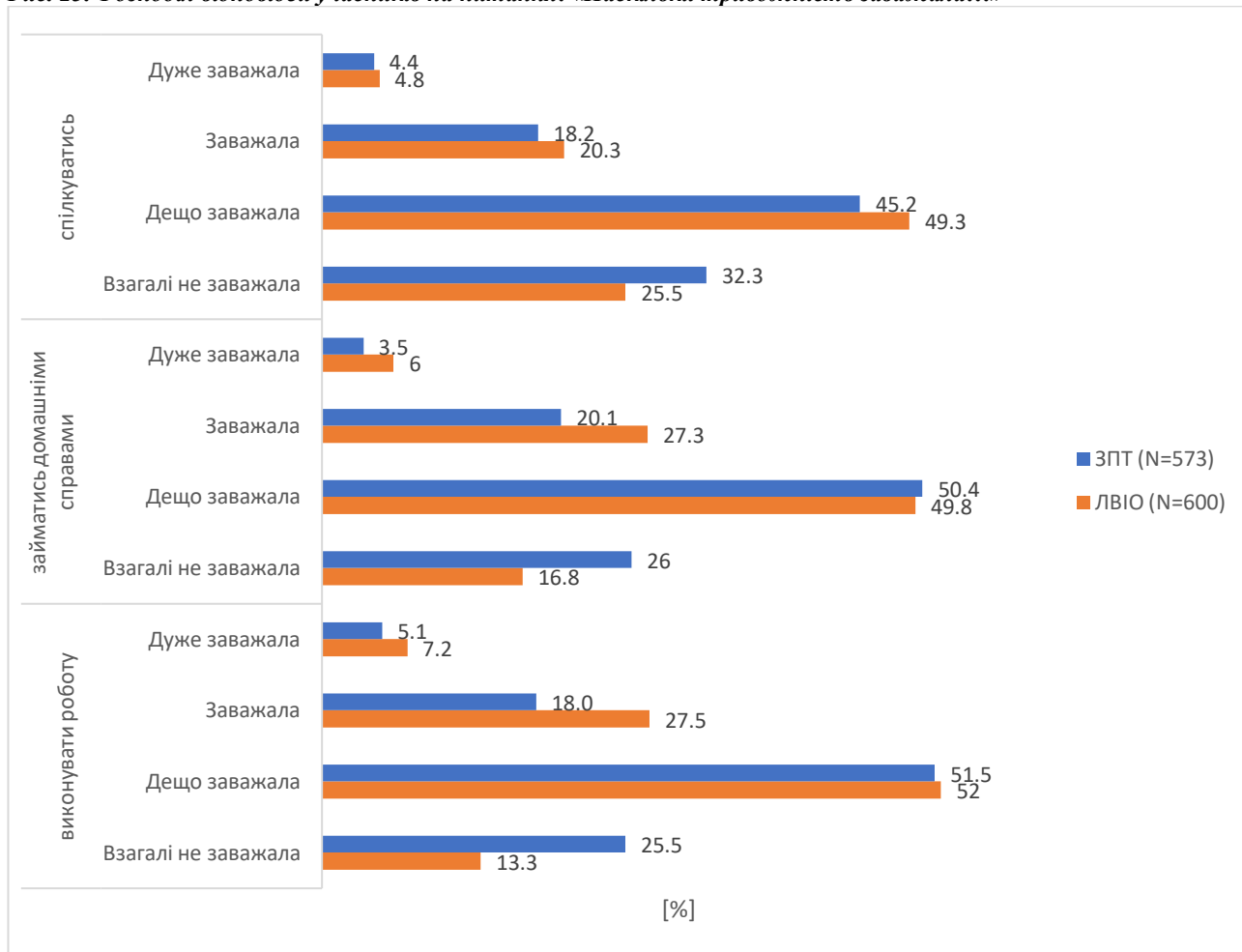


Рис. 23. Розподіл відповідей учасників на питання: «Наскільки тривожність заважала...»



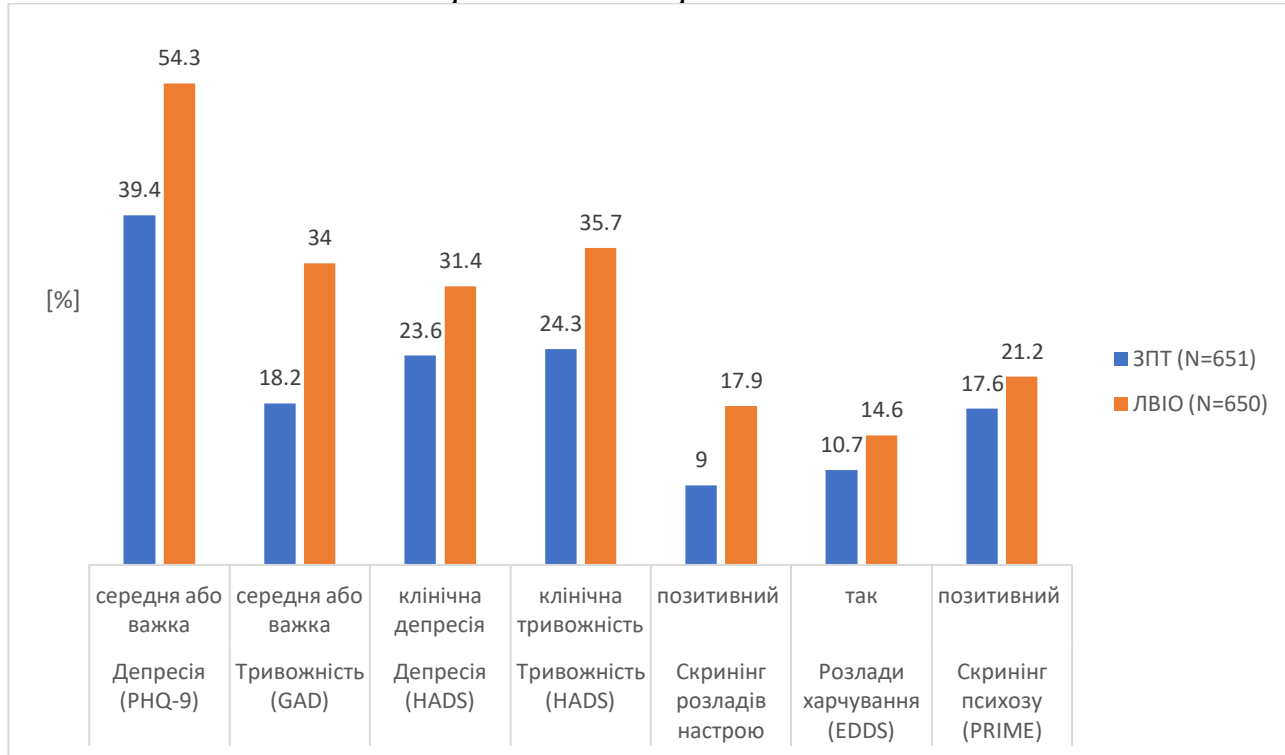
За результатами скринінгу вдалося встановити, що кожен десятий учасник з групи ЗПТ (9%) та майже кожен п'ятий респондент з групи ЛВІО (17.9%) мали ознаки розладів настрою.

У кожного десятого опитаного в групі ЗПТ (10.7%) та майже кожного шостого у групі ЛВІО (14.6%) були виявлені розлади харчової поведінки, серед яких найрозповсюдженішим виявився синдром нічного переїдання: 8.9% у групі ЗПТ та 11.8% у групі ЛВІО.

За результатами тесту на оцінку ризику розвитку психозу PRIME Screen виявилось, що приблизно кожен п'ятий учасник дослідження в обох групах (17.6% у групі ЗПТ та 21.2% у групі ЛВІО) має ознаки психотичних розладів.

В цілому розповсюдженість всіх видів психічних розладів клінічно вираженого ступеню, окрім харчового розладу, була суттєво вищою у групі ЛВІО порівняно з пацієнтами ЗПТ.

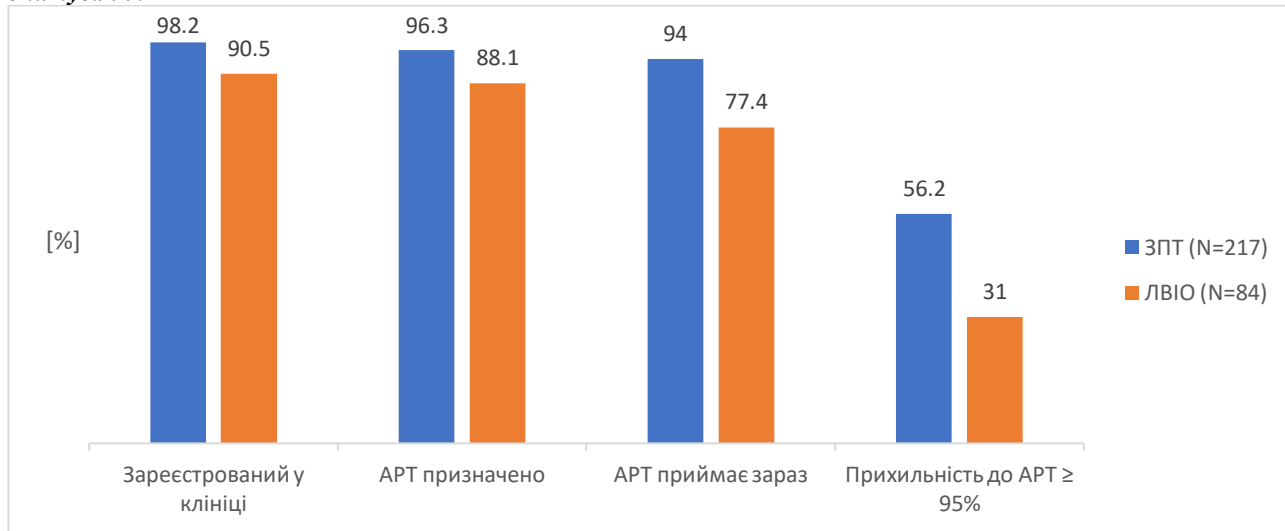
Рис. 24. Розповсюдженість клінічно виражених психічних розладів



Тестування та лікування ВІЛ-інфекції

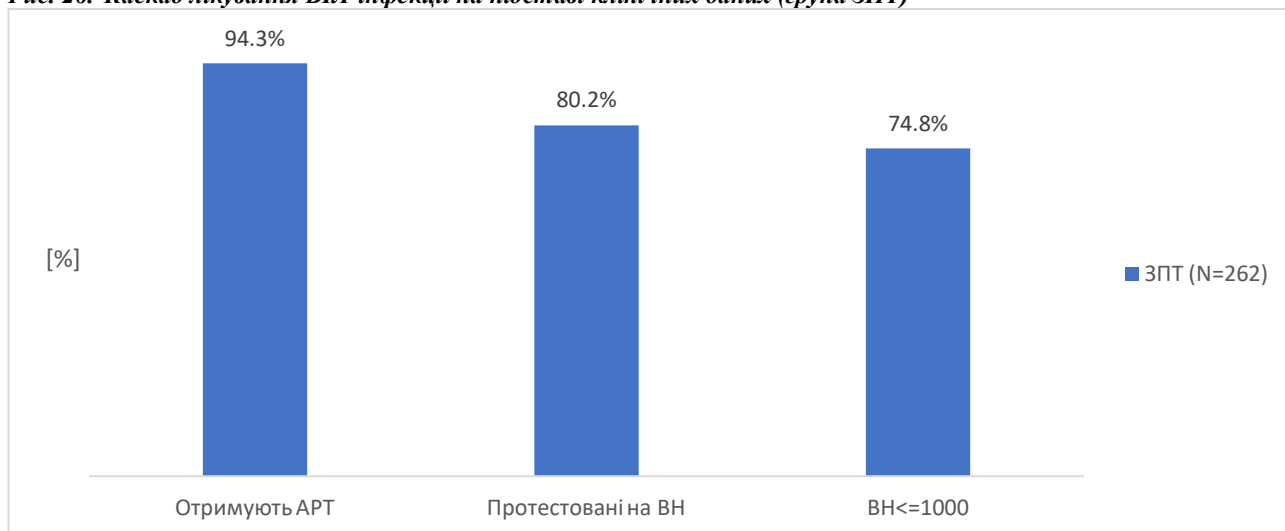
За даними опитування, показники каскаду лікування ВІЛ-інфекції мали такі значення: серед учасників, які знали та повідомили про свій позитивний ВІЛ-статус, абсолютна більшість (98.2% групи ЗПТ та 90.5% групи ЛВІО) зареєструвалися як пацієнти Центру СНІДу. З цих зареєстрованих пацієнтів 98.1% у групі 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. 25. 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. 26. Каскад лікування ВІЛ-інфекції на підставі клінічних даних (група ЗПТ)

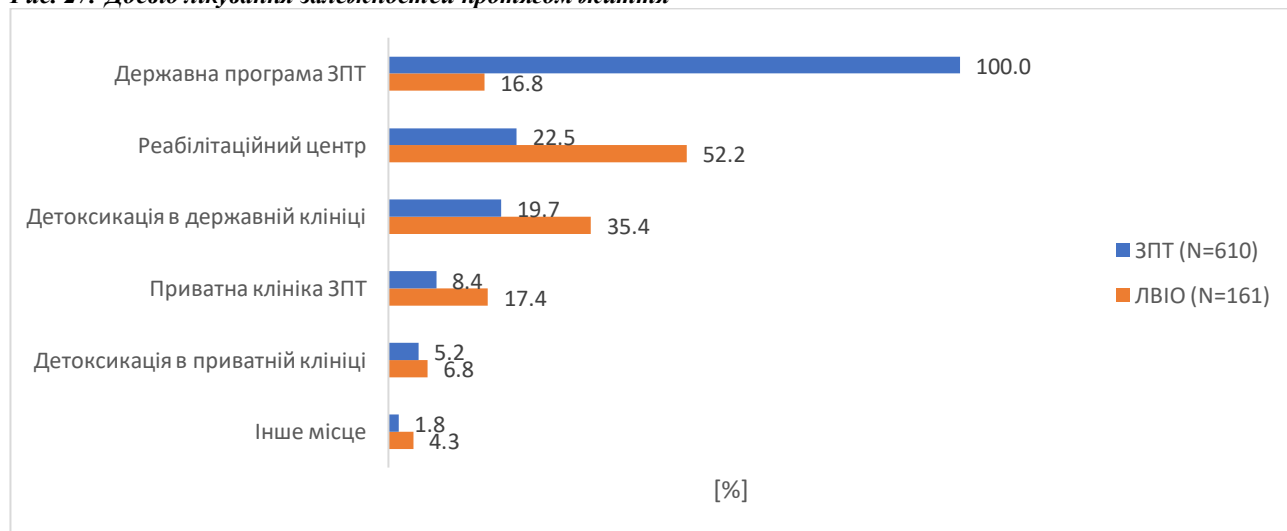


Досвід лікування залежностей

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.

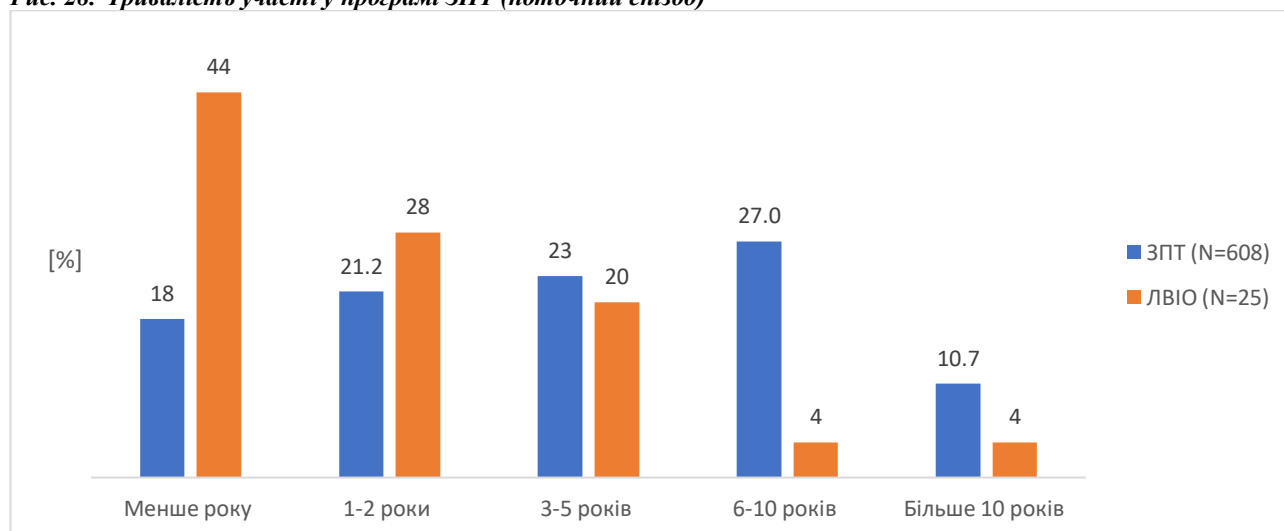
Рис. 27. Досвід лікування залежностей протягом життя



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. 28. 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. 29. Препарати ЗПТ

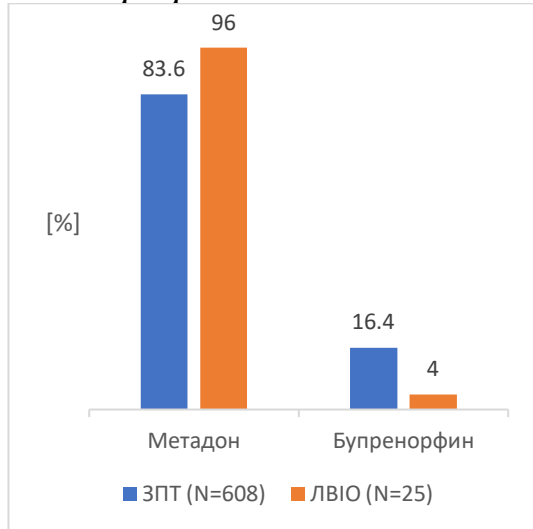
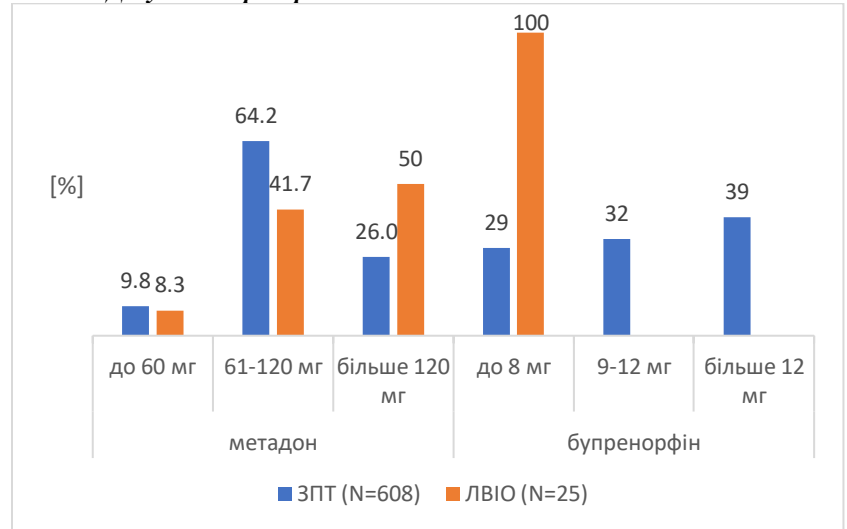
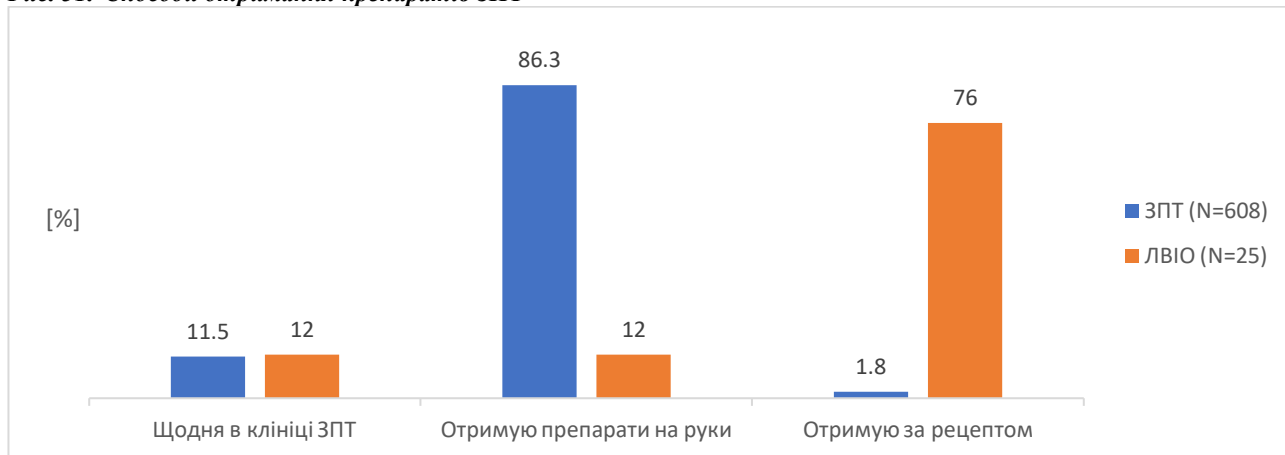


Рис. 30. Дозування препаратів ЗПТ



Переважна 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. 31. 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.

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

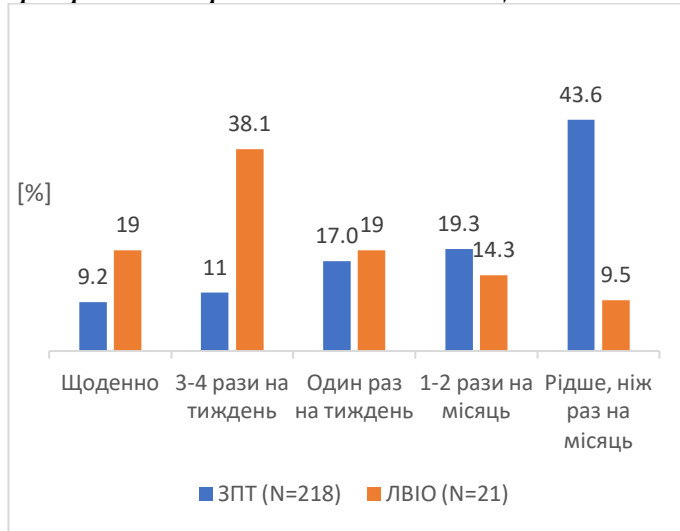
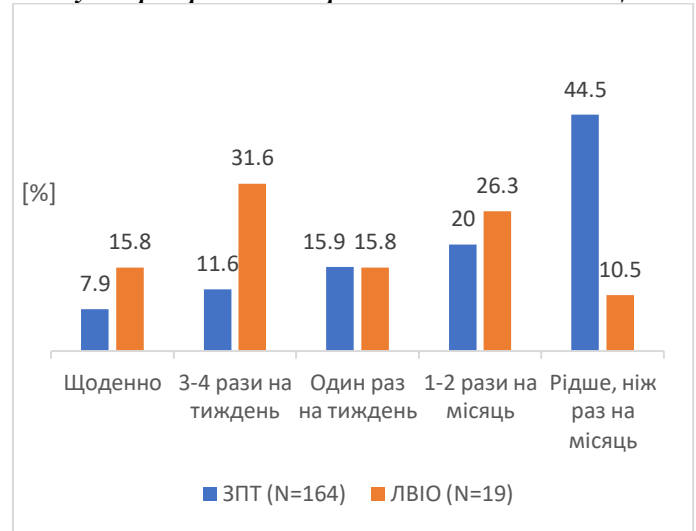
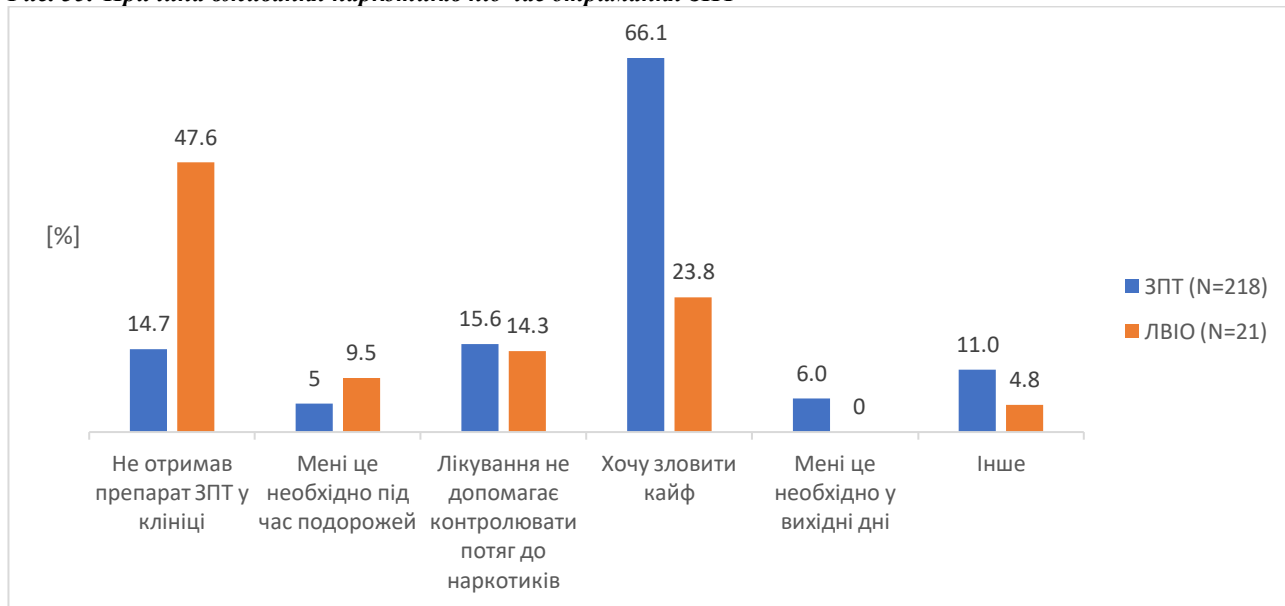


Рис. 34. Частота ін'єкційного вживання наркотиків на додачу до препаратів ЗПТ протягом останніх 6 місяців



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.

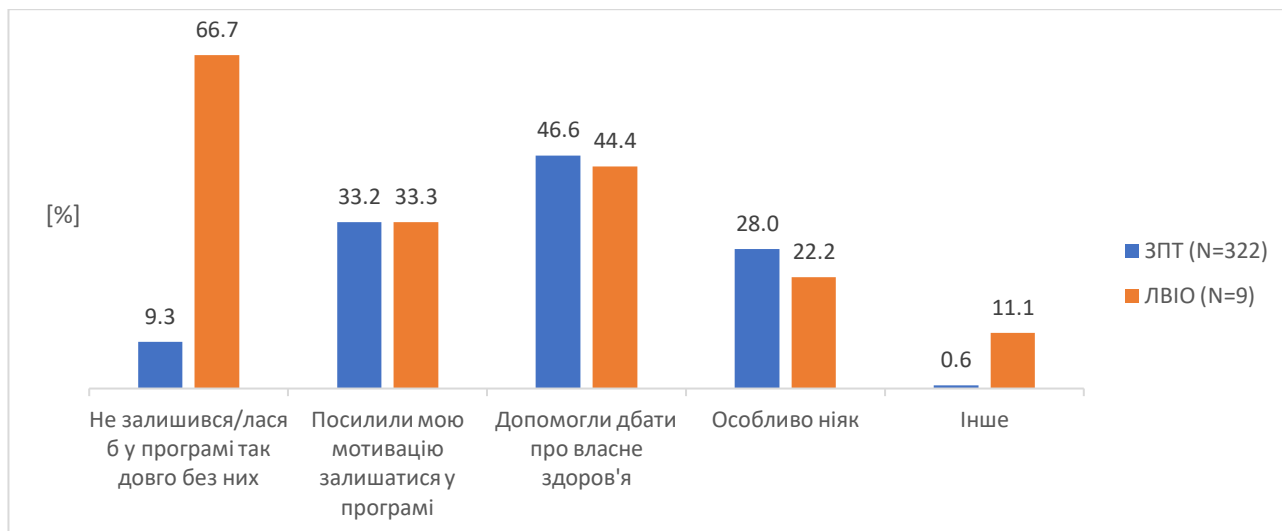
Кожен четвертий учасник з групи ЗПТ отримував моніторинг (24.5%) і лікування (26.4%) ВІЛ-інфекції, а серед учасників групи ЛВІО такі послуги отримав кожен третій. Близько 40% опитаних з групи ЗПТ і 22.2% з групи ЛВІО проходили тестування на гепатит С.

Рис. 37. Отримання додаткових медичних послуг



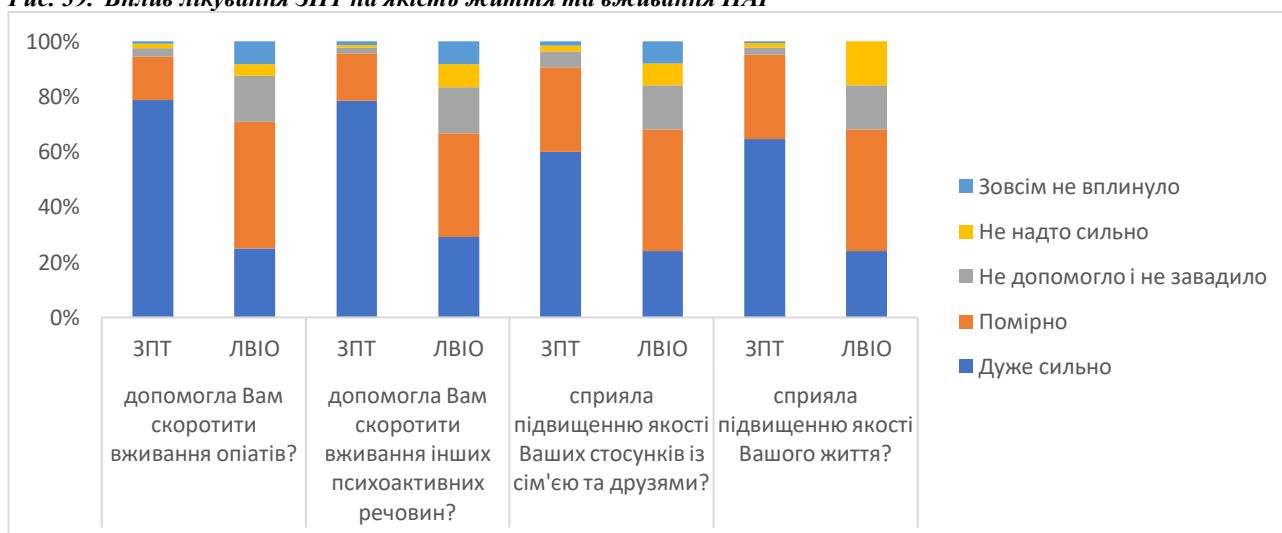
Майже половина учасників дослідження (46.6% у групі ЗПТ та 44.4% у групі ЛВІО) зазначили, що додаткові медичні послуги у клініці ЗПТ допомогли їм подбати про власне здоров'я, а кожен третій в обох групах (33.2% у групі ЗПТ та 33.3% у групі ЛВІО) вказав, що такі послуги посилили мотивацію залишитися у 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



Якість життя

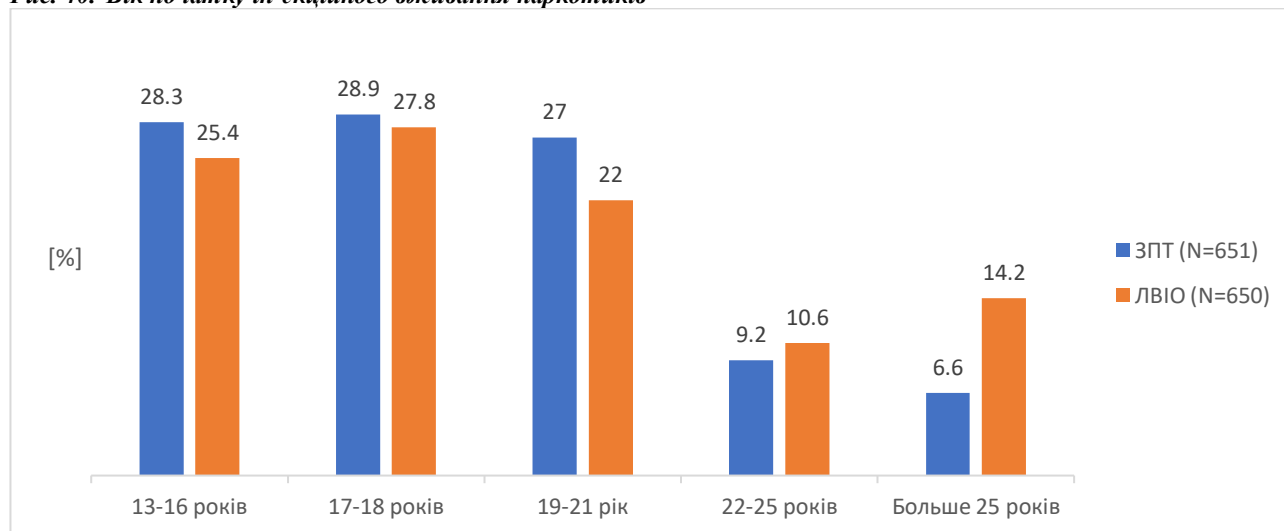
Оцінка якості життя проводилась за опитувальником SF-12, згідно з яким показники фізичного здоров'я в обох досліджуваних групах були практично однаковими – 42.1 у групі ЗПТ та 42 у групі

ЛВІО. Показники психічного здоров'я були кращими у групі ЗПТ – 43.8 порівняно з 40.7 у групі ЛВІО.

Ін'єкційна поведінка

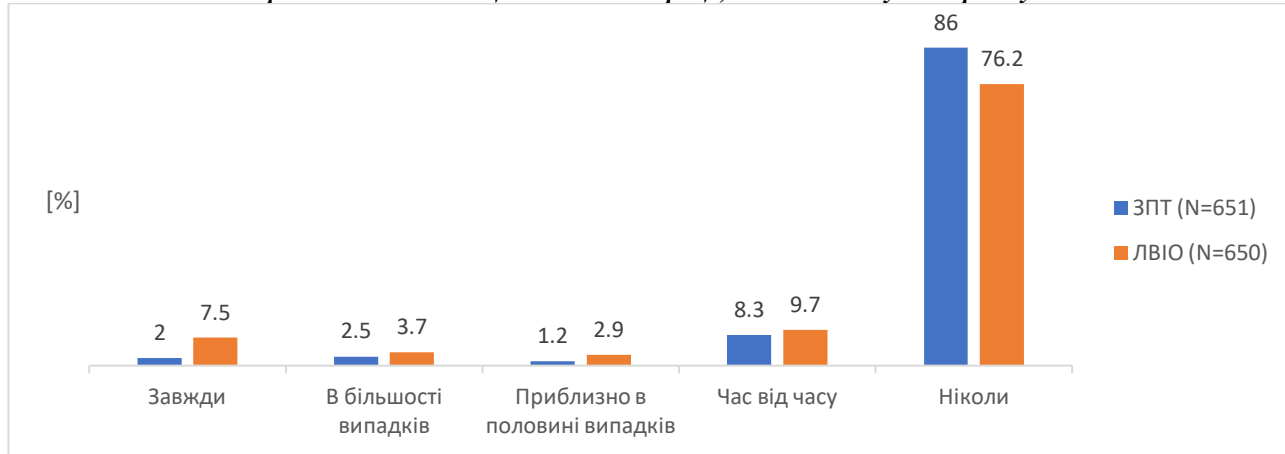
В обох групах дебют вживання наркотичних препаратів ін'єкційним шляхом відбувався переважно у віці 13-21 років: про це повідомили 84.2% учасників з групи ЗПТ та 75.2% групи ЛВІО. Лише 6.6% учасників з групи ЗПТ та 14.2% групи ЛВІО вперше ввели наркотики ін'єкційним шляхом у віці старше ніж 25 років.

Рис. 40. Вік початку ін'єкційного вживання наркотиків



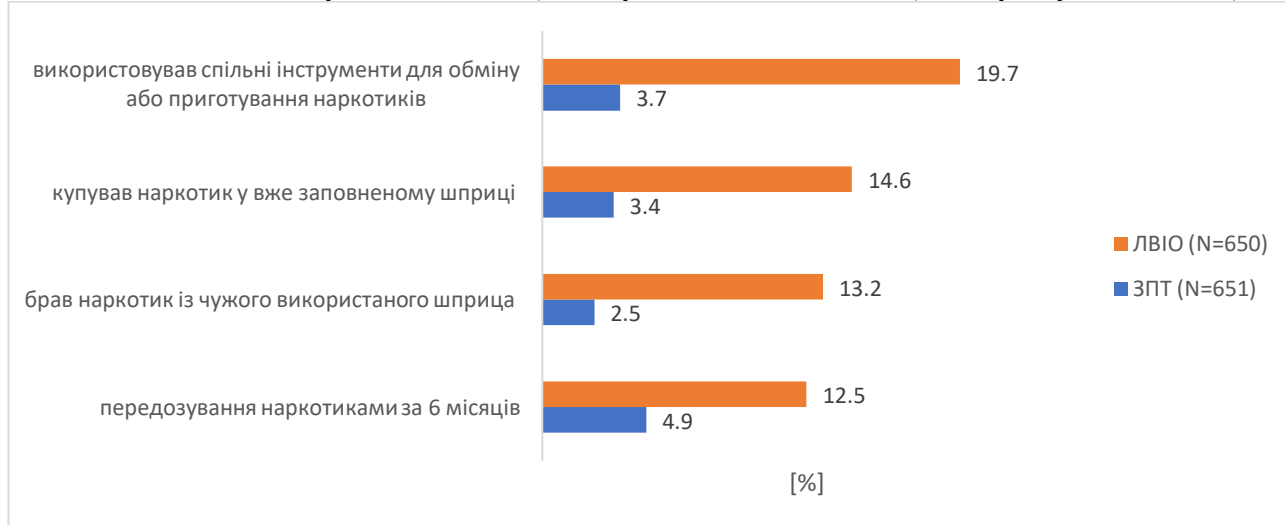
Переважна більшість опитаних (86% групи ЗПТ та 76.2% групи ЛВІО) повідомили, що за останні 30 днів жодного разу не користувалися голкою та/або шприцем, якими уже хтось користувався до них. Водночас кожен десятий (8.3% групи ЗПТ та 9.7% групи ЛВІО) відповів, що час від часу практикує введення наркотиків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

Рис. 41. 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. 42. Розповсюдженість ризикованих ін'єкційних практик за останній місяць та передозувань за 6 місяців

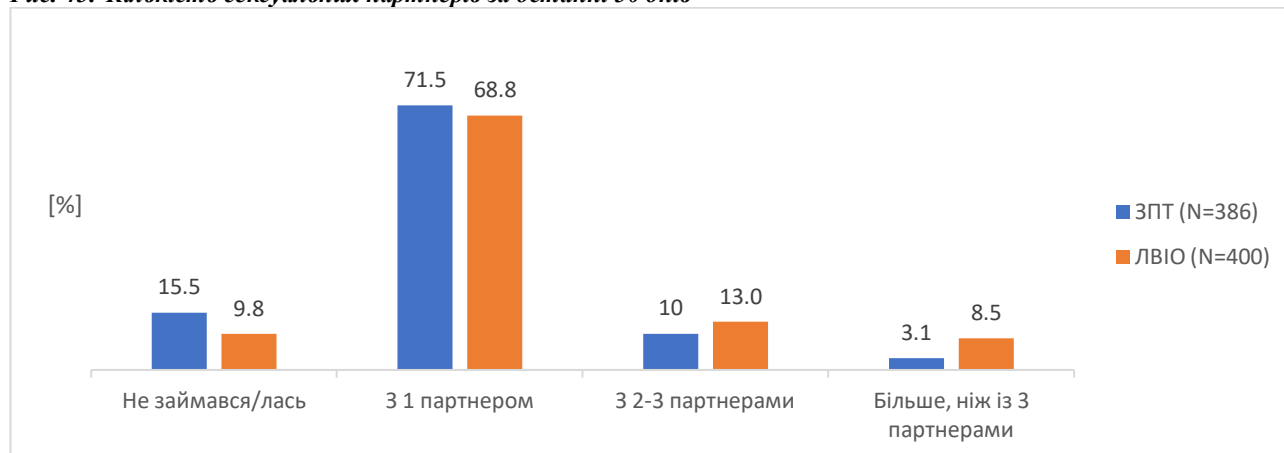


Сексуальна поведінка

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.

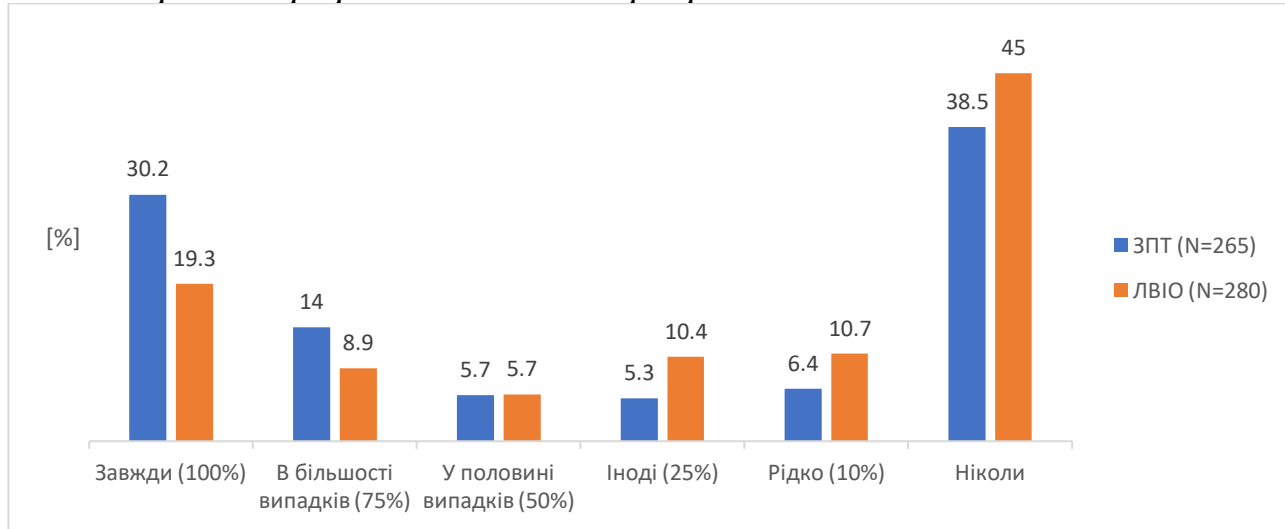
Рис. 43. Кількість сексуальних партнерів за останні 30 днів



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. 44. 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. 45. Кількість випадкових сексуальних партнерів за останні 30 днів

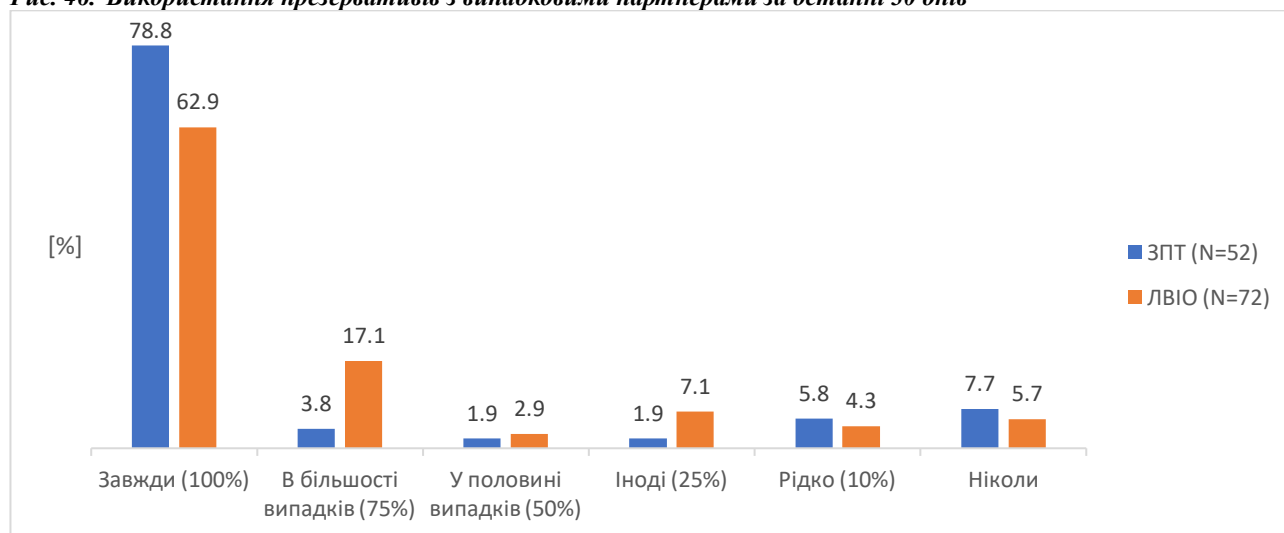


Про вживання випадковим сексуальним партнером наркотиків ін'єкційним шляхом точно знали 15.4% респондентів з групи ЗПТ та половина учасників з групи ЛВІО. Дві третини опитаних (65.4% у групі ЗПТ та 62.5% у групі ЛВІО) зазначили, що не знали ВІЛ-статусу випадкового сексуального партнера. Майже 2% групи 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. 46. Використання презервативів з випадковими партнерами за останні 30 днів



Результати якісної частини дослідження психічних розладів

Повний звіт якісної частини дослідження надається у Додатку 2.

Поширеність розладів психічного здоров'я та їх вплив на здоров'я

Серед психічних розладів, найбільш поширених серед людей з поведінковими розладами внаслідок вживання опіюїдів, учасники назвали **депресивні стани, тривожні розлади та розлади особистості**.

Крім того, респонденти згадували розлади, пов'язані зі зловживанням алкоголем.

Респонденти зауважили, що офіційна статистика не збирає дані стосовно коморбідності у пацієнтів із залежністю. На підставі власного досвіду вони вважали, що розповсюдженість депресивних станів серед пацієнтів ЗПТ складає від 30-40 до 80-90 відсотків.

Під час інтерв'ю учасники були ознайомлені з результатами біоповедінкового дослідження 2017 р. щодо розповсюдженості депресії серед ЛВНІ, а також з результатами кількісного компоненту цього дослідження, згідно з якими майже половина пацієнтів ЗПТ та 2/3 ЛВНІ мали рівень депресії від помірної до важкої. Показники рівня тривожності також були значними; доволі високим був і ризик розвитку психозів в цих групах.

Загалом респонденти погодилися з даними стосовно поширеності депресивних станів серед специфічних груп населення (жінки, люди старшого віку тощо), оскільки це «відображає ситуацію в суспільстві в цілому». Проте на підставі власного досвіду не всі учасники погодилися з даними щодо високого рівня розповсюдженості депресивних розладів у пацієнтів ЗПТ і ЛВНІ (50% і вище).

Водночас учасники визнали високий рівень тривожності у пацієнтів ЗПТ.

Респонденти обговорили **негативний вплив психічних розладів на різні аспекти життя і здоров'я людей із залежністю**: на їхню ризиковану поведінку, на звернення за медичною допомогою (у тому числі ЗПТ), на ефективність лікування і утримання в програмі ЗПТ, а також на якість життя пацієнтів ЗПТ. Більшість вважала, що наявність психічних розладів підвищує ризик небезпечної ін'єкційної і сексуальної поведінки. Наявність цих розладів є бар'єром до звернення ЛВНІ за медичною допомогою, а також негативно впливає на дотримання режиму лікування і на утримання в лікуванні, у тому числі в програмі ЗПТ. Крім того, відмічався вплив психічних розладів на ефективність програми ЗПТ через часті порушення такими пацієнтами режиму лікування.

Учасники одностайно констатували, що наявність психічних розладів суттєво погіршує якість життя людей із залежністю. На їхню думку, пацієнти ЗПТ, які мають психічні розлади, але не лікують їх,

втрачають сенс життя і прагнення до змін, а також зацікавленість в отриманні замісної терапії. Все це **знижує позитивний вплив програми ЗПТ на якість життя пацієнтів.**

Учасники згадували **подвійну стигму**, з якою стикаються люди з наркотичною залежністю і психічними розладами. Ця стигма є одною з причин небажання звертатись ЛВНІ за отриманням медичних послуг.

Актуальність і доступність послуг з психічного здоров'я

Дослідження доступних медичних і психосоціальних послуг на сайтах ЗПТ виявило, що **моделі і обсяг надання послуг відрізняються на кожному сайті** і залежать перш за все від менеджменту сайту і організації роботи на сайті. Найчастіше йшлося про доступність широкого спектру ВІЛ-послуг на сайтах ЗПТ.

Респонденти вважали важливим надання психосоціальних послуг на сайтах ЗПТ і бачили їх невід'ємною складовою інтегрованих послуг.

Більшість фахівців стверджувала, що в їхніх лікувальних закладах приділяється увага стану психічного здоров'я пацієнтів, і що їхні пацієнти на сайтах ЗПТ мають доступ до послуг з діагностики і лікування психічних розладів. Водночас учасники вважали, що проводити скринінгові і діагностичні процедури має сенс, якщо є можливість в подальшому корегувати виявлені порушення психічного стану пацієнтів на місці або перенаправляти пацієнтів до фахівців для отримання відповідного лікування.

Найчастіше наркологи кабінетів ЗПТ самі проводять скринінг і консультування пацієнтів, а у важких випадках скеровують їх до психіатрів. В ідеальній ситуації всю допомогу людина з психічними розладами отримує безпосередньо в закладі, в якому функціонує сайт ЗПТ. Пролунала думка, що **завдяки об'єднанню наркологічної і психіатричної служб спростився маршрут пацієнта** і зникли проблеми з наданням пацієнтам ЗПТ психіатричної допомоги.

Обговорюючи обізнаність лікарів сайтів ЗПТ з питань діагностики і лікування супутніх психічних розладів, переважна більшість учасників стверджувала, що «всі наркологи підготовлені з питань психіатрії» і володіють базовими знаннями щодо діагностики і лікування депресивних станів.

Респонденти підкреслили роль пілотних проектів у підвищенні обізнаності лікарів сайтів ЗПТ з питань діагностики і лікування депресивних розладів у пацієнтів.

Учасники обговорили обізнаність надавачів послуг ЗПТ з питань психічного здоров'я у контексті децентралізації програми ЗПТ. Експерти підтримували розширення доступності психологічної

допомоги на первинній ланці охорони здоров'я. Більшість фахівців погодилися, що сімейні лікарі недостатньо обізнані з питань психічного здоров'я. На думку учасників, базове навчання сімейних лікарів з питань психічного здоров'я (наприклад, у форматі ТУ) дозволить їм проводити скринінг на наявність психічних розладів і за потреби переадресовувати пацієнтів до спеціаліста-психіатра; це піде на користь пацієнтам і суспільству в цілому. Водночас респонденти висловили сумніви в тому, що сімейні лікарі мають достатню кваліфікацію або час для надання пацієнтам повного комплексу послуг з психічного здоров'я.

Відповідаючи на питання інтерв'ю, більшість експертів не змогли виділити найактуальніші для пацієнтів ЗПТ послуги у сфері психічного здоров'я, оскільки вважали, що послуги у сфері психічного здоров'я мають надаватися у комплексі. Серед тих, хто все ж таки намагався оцінити актуальність послуг, більшість вважала **скринінг найбільш доступним і важливим етапом** з усього циклу надання допомоги при розладах психічного здоров'я.

Більшість експертів зауважили, що **проводити скринінг не обов'язково мають нарколог або психолог** – це може робити медична сестра, соціальний працівник і взагалі будь-який працівник сайту, який спілкується з пацієнтами. На думку респондентів, потрібно навчати цим процедурам фахівців різних спеціальностей, що загалом покращить доступ пацієнтів до психічної допомоги.

Учасники докладно обговорили **моделі направлення осіб з діагнозом до спеціалізованої допомоги для призначення лікування (медикаментозного та/або немедикаментозного)**. За словами респондентів, скерування пацієнтів ЗПТ до спеціалізованої допомоги здійснюється за різними моделями. Пацієнти можуть отримувати лікування у фахівців сайту ЗПТ, можуть бути направлені до іншого спеціаліста установи або в іншу установу для проведення повноцінної діагностики і лікування психічних розладів. Водночас учасники визнали, що для того, щоб пацієнти з психічними розладами дійсно звернулися до установи, до якої їх направили, **потрібний чіткий маршрут пацієнта і адресна переадресація**.

Коментуючи скерування пацієнтів до медикаментозного лікування, деякі учасники вважали, що призначати медикаментозне лікування має тільки психіатр. Думки ж респондентів стосовно немедикаментозного лікування розладів психічного здоров'я часто були скептичними. У той час як на багатьох сайтах працюють психологи і психотерапевти, які проводять немедикаментозну терапію, учасники вважали, що ця послуга не користується попитом у людей із залежністю. Пацієнти часто не розуміють мету немедикаментозного лікування, надають перевагу терапії медикаментами, а іноді не мають достатнього «розумового ресурсу» для того, щоб це лікування дало очікуваний результат.

Виявилося, що **лікар, соціальний працівник або психолог** є тими фахівцями, хто найчастіше обговорює з пацієнтами ЗПТ питання їхнього психічного здоров'я. Учасники підкреслили важливість індивідуальної роботи і формування довірливих стосунків «лікар-пацієнт». У той час як соціальний працівник зазвичай користується довірою і встановлює гарні контакти з пацієнтами ЗПТ, наявність посади соціального працівника на сайтах ЗПТ є дуже обмеженою.

Бар'єри у наданні та отриманні послуг з психічного здоров'я

Можливими бар'єрами до проведення скринінгових обстежень пацієнтів на сайті ЗПТ і взагалі до приділення уваги питанням психічного здоров'я виявилися нестача персоналу, надмірна завантаженість і брак часу у персоналу. Бар'єрами також можуть бути недостатня підготовка персоналу з питань психічного здоров'я і відсутність психолога у штаті сайту ЗПТ.

Додатковими бар'єрами до отримання ЛВНІ послуг з питань психічного здоров'я можуть бути, з одного боку, **негативне ставлення психіатрів до пацієнтів із залежністю від опіоїдів**, а з іншого – **стигматизація психічних захворювань і психіатричної допомоги в суспільстві**, через яку люди можуть не звернутися до спеціалізованих послуг.

Учасники наголошували на **необхідності чіткого алгоритму надання психіатричної допомоги** пацієнтам ЗПТ, які її потребують. Наразі маршрути пацієнта після виявлення у нього психічних розладів відрізняються на різних сайтах і залежать від організації надання допомоги і наявності персоналу у кожному окремому закладі охорони здоров'я.

Відповіді щодо обізнаності респондентів про наявні в Україні програми в сфері психічного здоров'я довели, що більшості учасників не було відомо про існування цих програм. Експерти національного рівня були найбільш обізнаними з цих питань.

Респонденти з установ, що брали участь у програмі MEDIUM, в якому впроваджувались послуги з діагностики та лікування депресії у пацієнтів ЗПТ, розповіли про свій досвід впровадження програми. Основною перевагою проекту учасники вважали доступність для пацієнтів лікування якісними антидепресантами. Крім того, результатом програми стало підвищення прихильності пацієнтів до замісної терапії завдяки медикаментозному лікуванню депресивних станів, а також формування у пацієнтів довіри до медикаментозного лікування депресії. Водночас не всі респонденти були згодні з підходом проекту – дехто вважав, що антидепресанти мають видаватися і контролюватися тільки психіатром.

Покращення доступу до послуг з психічного здоров'я

Учасники обговорили шляхи і необхідні ресурси для надання послуг зі скринінгу, діагностики та лікування психічних розладів пацієнтів з розладами внаслідок вживання опіоїдів. Всі погодилися з тим, що **сайти ЗПТ мають бути точкою входа для пацієнтів до отримання послуг з психічного здоров'я.**

Серед важливих умов забезпечення надання таких послуг учасники назвали **навчання фахівців з питань психічного здоров'я і налагодження системи переадресації пацієнтів з сайту ЗПТ до фахівця-психіатра** у разі необхідності.

Серед шляхів заохочення медичних працівників первинної ланки (сімейних лікарів) надавати послуги з питань психічного здоров'я людям із залежністю учасники назвали **навчання сімейних лікарів, наявність чіткого алгоритму дій сімейного лікаря і забезпечення адекватної оплати праці.**

Деякі респонденти підкреслили, що уніфіковані протоколи з лікування депресії стосуються і сімейних лікарів, які можуть виявляти депресивні стани, призначати препарати і контролювати їх прийом. Водночас, як вже зазначалося, більшість респондентів не погодилась із тим, щоб сімейні лікарі вели пацієнтів із психічними захворюваннями, через те, що сімейний лікар не матиме часу і достатньої кваліфікації для надання цих послуг.

Фахівці наркологічних установ, які завдяки реформі системи охорони здоров'я об'єдналися із психіатричною службою, зауважили, що пацієнти на стаціонарному лікуванні забезпечені необхідними медикаментами, а пацієнти на амбулаторному лікуванні мають доступ до низки препаратів за програмою реімбурсації. Проте більшість визнала, що пацієнти ЗПТ мають купувати антидепресанти за власні кошти. Учасники вважали забезпечення закладів необхідними медикаментами важливою умовою успішного лікування психічних розладів пацієнтів ЗПТ. На їхню думку, пацієнти ЗПТ часто не мають можливості купувати призначені препарати, навіть коли є мотивація лікувати депресію та інші розлади.

Більшість респондентів вважала, що **лідерство** з надання допомоги у сфері психічного здоров'я пацієнтам із розладами внаслідок вживання опіоїдів **мають взяти на себе лікарі-наркологи на сайтах ЗПТ**, які першими можуть помітити зміну психічного стану пацієнта. Інші були впевнені, що **психіатри мають взяти на себе відповідальність** як фахівці з питань психічного здоров'я; водночас наркологи скаржилися на те, що психіатри часто мають упереджене ставлення до наркозалежних пацієнтів і неохоче надають їм послуги. Лунали думки, що лідерство із забезпечення допомоги у

сфері психічного здоров'я потрібне на всіх рівнях: від МОЗ і ЦГЗ МОЗ України до керівників закладів та пацієнтських спільнот.

Учасники поділилися баченням свого особистого внеску у сприяння розширенню доступності лікування психічних розладів в Україні. Відповіді стосувалися самих різних аспектів діяльності. Респонденти бачили свою роль в оптимізації надання послуг на сайті ЗПТ, в інформуванні пацієнтів і лікарів з питань психічного здоров'я і популяризації послуг з охорони психічного здоров'я, у розробці оптимального маршруту пацієнта та інших нормативних документів у сфері психічного здоров'я. Інші говорили про розробку навчальних програм з питань психіатрії і залежностей для лікарів і соціальних працівників, а також про адвокацію доступу до психосоціальних послуг і допомоги у сфері психічного здоров'я і про впровадження додаткових послуг з соціальної підтримки пацієнтів на сайтах ЗПТ. Один учасник вважав, що його основна задача – це просто добре виконувати свою роботу.

На завершення інтерв'ю учасники надали певні рекомендації стосовно покращення доступу людей із залежністю до послуг з психічного здоров'я. Вони вважали важливим привернути увагу лікарів усіх спеціальностей до проблем психічного здоров'я, навчити лікарів звертати увагу на психічний стан пацієнтів і проводити базовий скринінг психічних розладів. Експерти також наголосили на покращенні доступу до психосоціальних послуг на сайтах ЗПТ і на первинній ланці охорони здоров'я.

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%

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/integrovanе-biopovedinkove-doslidzhennya-sered-lyudey-yaki-vzhivayut-narkotiki-inekciynim-shlyakhom>

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 наркосценіи описаним у національних біоповедінкових дослідженнях, – це зменшення частоти вживання кустарних опіоїдів (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 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

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

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%).

Психічне здоров'я

В даному дослідженні за допомогою стандартних скринінгових інструментів були оцінені найпоширеніші психічні розлади і проведено порівняння між двома групами учасників. Поширеність клінічної депресії (від помірного до важкого ступеню) була високою в обох групах дослідження – 54% в групі ЛВІО та 39% в групі ЗПТ за інструментом PHQ-9, що значно вище від рівня 6-10% серед загального населення в Україні. В групі ЛВІО поширеність клінічної депресії була вищою, ніж у біоповедінковому дослідженні 2020 року (29%). Аналогічно поширеність тривожного розладу за інструментом GAD була в даному дослідженні вищою: 34% мали середній або важкий ступінь, порівняно з 15%. Подібна розбіжність може пояснюватись різницею у географії дослідження.

Вперше в Україні для даних досліджуваних груп були застосовані інструменти скринінгу психотичних розладів (PRIME), розладів настрою (MDQ) та розладів харчування (EDDS). Позитивний результат скринінгу на психотичні розлади був виявлений у 18% групи ЗПТ та 21% групи ЛВІО.

Порівняння двох груп дослідження виявило зв'язок між отриманням ЗПТ та наявністю клінічно виражених психічних розладів. Цей зв'язок був значущим для депресії (обидва інструменти), тривожного розладу (обидва інструменти), розладів настрою та психозів. Помітна, але статистично незначуща різниця також спостерігалася у поширеності розладів харчування. Ці результати є важливим свідченням про позитивний вплив лікування ЗПТ на психічне здоров'я людей, які мають розлади внаслідок вживання опіюїдів.

Якісна частина дослідження підтвердила значущість психічних розладів серед ЛВІО та пацієнтів ЗПТ, їх негативний вплив на здоров'я та ефективність лікування залежностей та інших хронічних захворювань. Подвійна стигма, пов'язана з наркозалежністю та психічними розладами, перешкоджає

отриманню послуг з психічного здоров'я цією групою пацієнтів. На сайтах ЗПТ послуги з психічного здоров'я є дуже актуальними, але мало закладів їх надають через відсутність стандартизованих маршрутів пацієнтів, відсутність цих послуг у складі пакету НСЗУ та недостатню кількість персоналу.

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

Психічне здоров'я

Розлади психічного здоров'я є поширеними серед ЛВІО і мають негативний ефект на залучення до всіх видів лікування здоров'я в цілому. Подвійна стигма, що стосується залежності та наявності психічних розладів, перешкоджає отриманню послуг з психічного здоров'я. Зважаючи на значний ефект ЗПТ у зниженні рівня психічних розладів, доступ до ЗПТ має бути першим засобом у покращенні психічного здоров'я для цієї групи.

Розповсюдженість розладів психічного здоров'я серед пацієнтів ЗПТ є меншою, ніж серед ЛВІО, але значно вищою, ніж серед загального населення. На більшості сайтів ЗПТ доступність послуг з

психічного здоров'я є низькою, і переадресація до профільних спеціалістів не налагоджена – попри те, що оцінка наявності психічних розладів включена до Стандарту медичної допомоги особам з розладами внаслідок вживання опіоїдів⁵. Через низьку обізнаність та подвійну стигму попит на послуги з психічного здоров'я серед пацієнтів ЗПТ також є низьким.

З метою покращення психічного здоров'я серед пацієнтів ЗПТ потрібно запровадити моніторинг та забезпечити виконання обстежень психічного здоров'я згідно Стандартів. Крім цього, слід розробити маршрути пацієнтів із супутніми психічними розладами, в яких передбачити подальше обстеження та лікування на сайті ЗПТ або за перенаправленням. Для впровадження цих послуг потрібно проводити навчання не тільки лікарів, але і середнього медперсоналу та соціальних працівників, які також можуть проводити скринінг. Для пацієнтів потрібно розробити інформаційні заходи з підвищення їхньої обізнаності з питань психічного здоров'я. Задля підвищення доступності медикаментозного лікування психічних розладів потрібно включити актуальні препарати у програму реімбурсації, а також розглянути можливість фінансування їх за рахунок донорських коштів.

⁵ Стандарт медичної допомоги "Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів"
<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2555282-20#Text>

Додатки

Наступні додатки до звіту доступні у електронному вигляді:

1. Таблиця з описовою статистикою результатів кількісної частини дослідження
2. Повний звіт якісної частини дослідження психічних розладів
3. Повний звіт кабінетного дослідження

