

Лікування наркозалежності в Україні та оцінка його ефективності



ЗВІТ ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ

Проект Всеукраїнської наркологічної асоціації (ВНА)
за фінансової підтримки
Міжнародної програми зменшення шкоди (IHRD)
Інституту "Відкрите суспільство" і Уряду Канади
через Канадське агентство міжнародного розвитку (CIDA)

Автори:

Вієвський А. М.
канд. мед. наук, Президент ВНА

Дворяк С. В.
канд. мед. наук, науковий співробітник ВНА

Сидяк С. В.
координатор проекту, науковий співробітник ВНА

План звіту

1. Наркоспоживання і наркозалежність в Україні. Опис ситуації.
2. Наявні стандарти та протоколи лікування наркозалежності в Україні й у світі.
3. Опис проведеного дослідження.
4. Національні протоколи (стандарти лікувальної допомоги).
5. Обґрунтування лікування в місцевих ЛПЗ, включно із фінансовими розрахунками.
6. Обговорення результатів.
7. Висновки та рекомендації.
8. Список літературних джерел і документів, використаних у звіті.

Список скорочень

| | |
|-----------------|---|
| AA | анонімні алкоголіки |
| ARV | антиретровірусна терапія |
| ВААРТ | високоактивна антиретровірусна терапія |
| BГВ | вірусний гепатит В |
| BГС | вірусний гепатит С |
| ВІЛ | вірус імунодефіциту людини |
| ВООЗ | Всесвітня організація охорони здоров'я |
| ГАС | гострий абстинентний синдром |
| ЗПСШ | захворювання, які передаються статевим шляхом |
| ЗТ | замісна терапія |
| ЗПТ | замісна підтримувальна терапія |
| ЗШ | зменшення шкоди |
| ЛЖВС | люди, які живуть із ВІЛ/СНІД |
| ЛПЗ | лікувально-профілактичний заклад |
| МКХ-10 | Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду |
| НА | наркотікус анонімум (анонімні наркомани) |
| НДО | недержавна організація |
| ОІ | опортуністичні інфекції |
| ПАР | психоактивна речовина |
| СІН | споживач ін'єкційних наркотиків |
| NIDA | National Institute on Drug Abuse / Національний інститут з вивчення зловживання наркотиками (США) |
| UNAIDS / ЮНЕЙДС | Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД |
| UNODC / ЮНОДС | Офіс ООН з питань наркотиків та злочинності |

1. Наркоспоживання та наркозалежність в Україні. Опис ситуації.

1.1 Кількісна оцінка СІН та наркозалежних.

Згідно з розрахунками міжнародних організацій (ВООЗ, ЮНЕЙДС) в Україні налічується від 250 до 400 тис. споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН). Не менше як 95% з них вживають або вживали похідні опію, в тому числі героїн. [1, 2, 3, 8] В останні роки до похідних опію додалися саморобні психостимулятори типу амфетаміну та метамфетаміну, які виготовляють з аптечних препаратів, що мають у своєму складі ефедрин та псевдоефедрин. За даними кількох спостережень, серед сучасних споживачів ін'єкційних ПАР приблизно 50% вживають психостимулятори або опіоїди та психостимулятори [4]. Незалежно від виду наркотика, що вживають СІН, серед них велика кількість уражених ВІЛ [5,6]. Частка СІН серед ВІЛ-позитивних (точніше тих, хто інфікувався ін'єкційним шляхом) складає у різних регіонах від 45 до 85% усіх ВІЛ-інфікованих. А серед самих СІН відсоток ВІЛ-інфікованих коливається від 19% (Донецький регіон) до 54% (Одеська обл.)

За даними Українського інституту соціальних досліджень[7], чисельність СІН в Україні в 2003 р. склала 560 тис. осіб. МОЗ України на підставі звітів наркологічної служби має дані про 82 тис. зареєстрованих осіб, які страждають від наркотичної залежності. Близько 97 % від цієї кількості складають ін'єкційні споживачі опіатів. Згідно розрахунків харківських дослідників [9], кількість наркозалежних, які регулярно вживають опіати складає близько 250 тис.

Ін'єкційне наркоспоживання є найвагомим чинником у розповсюдженні епідемії ВІЛ/СНІД в Східній Європі й, зокрема, в Україні [10]. Саме СІН мають найбільший ризик бути інфікованими ВІЛ або через шприци та голки, або через незахищений секс, спровокований вживанням наркотиків [10]. Рівень сероконверсії серед СІН в Україні та інших країнах колишнього СРСР складає близько 15%, тобто приблизно 15 з 100 СІН протягом року стають ВІЛ-позитивними [12]. Це означає, що за подібних темпів розповсюдження, через 7-8 років чисельність ВІЛ-інфікованих тільки за рахунок СІН збільшиться на 400 тис., а всі проблеми, пов'язані з лікуванням цього величезного контингенту, ляжуть тягарем на плечі суспільства.

Таким чином, цілком очевидно, що питання розповсюдження наркотичної залежності та ін'єкційного вживання наркотиків дуже тісно пов'язані з розвитком епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні.

В Україні, на відміну від інших, країн світу існує спеціалізована наркологічна служба, яка діє в структурі МОЗ, з одного боку, та місцевих закладів, підпорядко-

ваних обласним відділам охорони здоров'я, що фінансуються з обласних та/або місцевих бюджетів – з іншого.

Взагалі, наркологічна допомога в Україні почала створюватись з кінця 1959 року згідно наказу МОЗ СРСР № 124-а від 12 березня 1959 р., для виконання якого було організовано відділ наркології Українського психоневрологічного інституту – Республіканський організаційно-методичний та лікувальний центр щодо проблем наркології, а в структурі колишньої 36-ї міської психоневрологічної лікарні було відкрито спеціалізоване наркологічне відділення як клінічна база цього центру [13].

За даними МОЗ України, станом на 01.01.2007 р. існує 48 територіальних наркологічних установ (25 з них – обласні наркодиспансери) та 4 наркологічних лікарні. Розгорнуто 6063 наркологічних стаціонарних ліжок: 4230 – в наркологічних установах і 1451 – в психіатричних та 230 – в міських лікарнях (в тому числі в центральних районних та районних лікарнях – 152).

1.2 Наявні форми отримання медичної допомоги особами з наркотичною залежністю:

- Стаціонарна детоксикація – в усіх наркологічних і деяких психіатричних закладах;
- Амбулаторна детоксикація - в усіх наркологічних закладах і сільських амбулаторних підрозділах;
- Лікарські консультації (амбулаторні та стаціонарні) – в усіх наркологічних закладах і сільських амбулаторних підрозділах;
- Замісна підтримувальна терапія з використанням бупренорфіну – 9 пунктів (Київ, Сімферополь, Донецьк, Дніпропетровськ, Одеса, Миколаїв, Херсон, Вінниця та Полтава);
- Реабілітаційні програми (амбулаторні), декілька, здебільшого у великих містах;
- Реабілітаційні програми (стаціонарні) – приблизно 50 центрів;
- Терапевтичні спільноти (стаціонарні) – приблизно 20 центрів;
- Програми духовної психотерапії та релігійної реабілітації (стаціонарні) – приблизно 40 центрів.

Водночас в Україні терапевтичні заходи щодо наркозалежних та наркоспоживачів порівняно з іншими розвинутими країнами здійснюються недостатньо ефективно: мало використовується передовий досвід фахівців Західної Європи та Північної Америки. В лікуванні застосовують підходи, які використовувались за часів панування репресивних принципів в наркології; як результат лише невели-

кий відсоток осіб, що потребують допомоги, отримують сучасну терапію (менш ніж 10%), і дуже багато СІН повертаються до вживання невдовзі після проходження лікування (понад 90%).

Неопубліковані дані, отримані за результатом проведеної ВНА оцінки ефективності лікування наркозалежності в 2004р., вказують на, в цілому, низьку ефективність терапевтичних інтервенцій щодо наркозалежних, недостатню їх структурованість та здатність обліковуватися. В ході дослідження було встановлено, що практично жодна лікувальна програма не відповідає вимогам, викладеним у наказі МОЗ «Уніфіковані стандарти надання наркологічної допомоги» та в Стандартах надання допомоги наркозалежним, рекомендованих ВООЗ.

Допомога наркоспоживачам та наркозалежним повинна надаватися у різних формах. Цілісний підхід, згідно чинних стандартів, забезпечується проведенням діагностики, лікування та реабілітації. На першому етапі лікування застосовуються медично-біологічні методи, а на наступному проводяться психосоціальні заходи, спрямовані на повернення пацієнтів до повноцінної соціальної активності (реабілітація). Згідно регуляторних вимог України, лікувати хворих на наркоманію можуть тільки спеціалізовані наркологічні заклади державної або комунальної форми власності. Державні наркологічні диспансери та психіатричні клініки, як правило, надають допомогу при гострих порушеннях, викликаних вживанням наркотиків, тоді як реабілітацію можуть проводити також приватні, громадські, благодійні та релігійні організації.

Починаючи з 2002 р., в роботу з організації допомоги наркозалежним та СІН активно включились структури, створені або такі, що їх координують Міністерство у справах сім'ї молоді та спорту України. Задля активізації цієї діяльності в червні 2002 року була видана постанова Кабінету Міністрів «Про розвиток мережі центрів ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога». Ця постанова пропонувала створювати та підтримувати на місцях реабілітаційні центри, незалежно від форми власності та заохочувало їхню діяльність, виходячи з того, що в своїй роботі вони будуть спиратися на накопичений досвід наркологічної служби, відображений в Уніфікованих стандартах наркологічної допомоги населенню, затверджених Міністерством охорони здоров'я України в 1998 р. За даними Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, на 01.01.2007р. організовано 124 реабілітаційних центри для наркозалежних осіб, серед яких - 37 центрів ресоціалізації наркозалежної молоді „Твоя Перемога” [15]. У сільській місцевості розташовано 16 центрів. Такі центри переважно розраховані на 10 – 15 ліжок-місць. За 2006 рік до центрів ресоціалізації „Твоя перемога” за допомогою та консультуванням звернулося 4 556 осіб, успішно закінчили повний курс ресоціалізації 587 осіб. Більшість центрів „Твоя перемога” працюють цілодобово, їхні програми розраховані на різні терміни реабілітації – від 3 місяців до 1,5 року. Станом на 1.01.2007р. в центрах на

різних етапах ресоціалізації перебувало понад 600 осіб.

Українські медичні заклади використовують переважно такі моделі лікування опіоїдної наркозалежності:

- Детоксикація в стаціонарі за допомогою клонідину та неспецифічних засобів (внутрішньовенні інфузії розчинами глюкози, гемодезу або поліглюкіну; транквілізатори, нейролептики, снодійні, вітаміни та загальнозміцнювальні) протягом 10-14 діб з подальшою випискою та рекомендаціями утримуватись від споживання наркотиків.
- Детоксикація за допомогою ін'єкційного бупренорфіну з доданням транквілізаторів та снодійних амбулаторно з подальшим курсом реабілітації в недержавних реабілітаційних центрах
- Лікування стану залежності транквілізаторами, тимолептиками та антидепресантами в стаціонарі протягом 14-21 дня з рекомендаціями після виписки відвідувати будь-яку реабілітаційну програму або зібрання анонімних наркоманів.

Усі згадані моделі припускають, що кінцевою метою лікування, навіть якщо воно триває 2-3 тижні, має бути повна відмова від споживання опіоїдів та інших наркотиків. Однією з цілей лікування є покращення соматичного стану хворих та компенсація отриманих внаслідок хвороби дефектів

2. Рекомендації та протоколи щодо лікування наркозалежності в Україні та світі (ВОЗ, NIDA та ін.)

В Україні існують Стандарти надання наркологічної допомоги, затверджені Наказом МОЗ України і формально обов'язкові для виконання. Проте вони сформульовані в такий спосіб, що дозволяють при тотожних станах застосовувати різні препарати та лікувальні заходи: від замісної терапії до масажу та голковколівання.

Також українські лікарі мають доступ до методичних матеріалів, які від часу видають та розповсюджують ВОЗ, ЮНЕЙДС, ЮНОДС, Національний інститут вивчення зловживання наркотиками (США) та ін. Згідно з цими документами під час лікування наркозалежності та проблем, пов'язаних із споживанням наркотиків, необхідно дотримуватись певних принципів. Вони викладені нижче.

2.1. Принципи ефективного лікування наркозалежності, сформульовані NIDA [16]

1. Не існує єдиного виду лікування, що підходить для всіх хворих. Види і способи терапії, а також необхідні послуги повинні підбиратись індивідуально з урахуванням потреб і ступеню розладу.
2. Потреба в лікуванні має бути, якщо можливо, задоволена якнайшвидше. Оскільки залежні від наркотиків особи часто амбівалентно ставляться до лікування, необхідно використовувати їхню готовність до терапії, як тільки вона виникає.
3. Ефективне лікування спрямоване на багато симптомів і проблем індивіда, а не тільки на зловживання наркотиками. Щоб бути по-справжньому ефективним, лікування має бути адресовано крім зловживання до всіх асоційованих з наркотиками проблем: медичних, психологічних, соціальних, професійних і правових.
4. Індивідуальний лікувальний план необхідно постійно тримати в центрі уваги і коригувати, залежно від потреб пацієнта, що змінюються протягом лікування. Пацієнт може потребувати комбінації різних послуг і терапевтичних компонентів протягом курсу лікування й одужання.
5. Ефективність терапії залежить значною мірою від тривалості терапевтичної програми. Достатня тривалість визначається проблемами і потребами пацієнта. Дослідження показують, що більшість пацієнтів досягають значного поліпшення стану при тривалості терапії не менш трьох місяців.
6. Психологічне консультування (індивідуальне та/або групове) та інші види поведінкової терапії є наріжним компонентом ефективної терапії при наркоманії. (Якщо не йдеться про ЗПТ).
7. Застосування медикаментів є важливим елементом лікування для багатьох пацієнтів, особливо в комбінації з психологічним консультуванням і поведінковою терапією. Метадон (і бупренорфін) є дуже ефективним з погляду надання допомоги залежним від героїну й інших опіатів, стабілізуючи їхнє життя, знижуючи рівень споживання незаконних наркотиків. Для пацієнтів з психічними порушеннями обидва види терапії – поведінкова і медикаментозна є надзвичайно важливими.
8. Особи з наркотичною залежністю або активні споживачі наркотиків з супутніми психічними порушеннями мають одержувати як наркологічну, так і психіатричну допомогу в інтегрованому вигляді.
9. Медична детоксикація є тільки першою стадією лікування наркотичної

залежності й сама по собі дуже мало впливає на довготривалі результати терапії. Детоксикація лікарськими засобами допомагає полегшити симптоми, що виникли у зв'язку з відміною наркотику. Сама по собі детоксикація повинна розглядатися тільки як початковий етап лікування.

10. Лікування не обов'язково має бути добровільним, щоб бути ефективним. Санкції або засоби тиску, що застосовує сім'я, роботодавець або система правосуддя, можуть значною мірою підвищити як рівень звернення по допомогу, ступінь утримання в терапії, так і ефективність лікувальних втручань.
11. Можливе вживання наркотиків постійно слід контролювати об'єктивними методами в ході проведення терапії. Це дозволяє забезпечити позитивний зворотний зв'язок між терапевтом і пацієнтом у разі позитивних даних тестування.
12. Лікувальні програми необхідно забезпечувати діагностикою на ВІЛ, гепатити В і С, туберкульоз та інші інфекційні захворювання. Психологічне консультування й тестування допомагає пацієнту уникнути або знизити інтенсивність ризикованої поведінки. Консультування сприяє також і тим, хто вже інфікований, забезпечувати належний контроль за захворюванням.
13. Одужання від наркоманії зазвичай є довготривалим процесом, що вимагає численних епізодів проведення лікування залежності.

Як і при інших хронічних захворюваннях, зриви можуть мати місце як протягом, так і після закінчення лікування. Участь в програмах самопомоги під час лікування і на підтримувальному етапі часто виявляються дуже корисними з точки зору підтримки абстиненції. [16].

2.2. Базові принципи лікування та психологічної підтримки наркозалежних, запропоновані ВООЗ:

- доступність;
- безкоштовність;
- забезпеченість дружнім та вільним від осудження та стигми персоналом;
- пристосування до індивідуальних потреб пацієнта.

безперервна допомога через систему спрямування до спеціалістів інших медичних закладів та відповідних місцевих НУО, залучення мереж наркоспоживачів та їхніх родин. [14]

Також ВООЗ рекомендує в лікуванні наркозалежних дотримуватись таких принципів:

1. Повага до прав людини та гідності наркозалежного пацієнта. Пацієнти не повинні страждати через стигму та дискримінацію.
2. Лікування та психологічна допомога мають надаватись у спосіб, ефективність якого була доведена науково обґрунтованими методами за принципами доказової медицини.
3. Лікування та психологічна допомога надаються згідно кращих практик і мають включати повний набір якісних послуг: біологічні, психологічні та соціальні інтервенції, профілактику рецидивів, тестування та консультування, діагностику ВІЛ та гепатитів.
4. Хворі на ВІЛ/СНІД мають бути забезпечені можливістю отримувати якісне лікування на тому ж рівні, що й не наркозалежні, включно з антиретровірусною терапією.
5. Хворим на залежність необхідно забезпечити середовище, яке буде допомагати їм отримувати лікування, догляд та психологічну підтримку.
6. Необхідно залучати хворих до активної участі в плануванні, наданні, оцінці та моніторингу лікування; вони не повинні бути пасивними об'єктами, але швидше суб'єктами терапевтичного процесу.
7. До лікування мають бути залучені представники громади та інші зацікавлені сторони, включно із відповідними НУО. Їхня активна участь є запорукою підвищення ефективності лікування. [17]

3. Опис дослідження.

3.1. Цілі та завдання проекту.

Ціль

Оцінити ефективність наркологічного лікування в Україні, що здійснюється переважно в державних лікувальних установах і зіставити вживані підходи і методи з тими, що їх рекомендують ВООЗ, NIDA та інші організації, які забезпечують застосування кращих практик.

Завдання

Завданням дослідження є отримання за допомогою епідеміологічних і со-

ціологічних інструментів об'єктивних даних про доступність лікування, його зміст, медикаменти, що використовуються, методи психологічної реабілітації, фінансові витрати на лікування, реєстрацію пацієнтів і контроль (оцінку) ефективності.

Кажучи докладніше, в дослідженні було поставлено такі завдання:

- зібрати дані щодо залучення пацієнтів в терапевтичні програми й обмежень з боку ЛПЗ при прийомі на лікування;
- зібрати дані проставлення персоналу до своєї роботи та задоволення від неї;
- зібрати дані про систему переадресації пацієнтів і зв'язки наркологічних установ із спеціалізованими ЛПЗ (інфекційними, центрами ВІЛ/СНІД, психіатричними, гінекологічними, дерматовенерологічними тощо);
- зібрати дані про вартість лікування і способи/механізми фінансування;
- зібрати дані про медикаменти, що використовуються для детоксикації, методи психологічного лікування/реабілітації та відповідні протоколи, якщо такі є;
- зібрати інформацію щодо видів лікування: добровільне, примусове, під певним тиском (вимога слідства, суду);
- зібрати інформацію про моделі лікування: стаціонарне, амбулаторне, періодичне тощо;
- зібрати дані про гендерне співвідношення між пацієнтами в терапевтичних програмах;
- отримати інформацію про процедури реєстрації споживачів наркотиків і практичні наслідки цього для них.

3.2. Партнерство

В цьому проєкті брали участь працівники наркологічних установ м. Києва, Одеси, Львова, Миколаєва, Київської і Донецької областей, а також соціологічне агентство “Социс-консалтинг”.

Фінансування проєкту здійснюється Міжнародною “Програмою Зменшення шкоди (IHRD).

Консультації з методології проведення досліджень здійснювалось ГО «Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я».

3.3. Керівництво і персонал проєкту

Головний дослідник і

керівник проєкту -

Вієвський А. Н.

Менеджер проєкту -

Сидяк С. В.

Науковий консультант -

Дворяк С. В.

В дослідницьку групу входять по:

м. Кисву -

головний лікар клінічної

наркологічної лікарні “Соціотерапія”

Ярий В. В.

м. Одесі -

головний нарколог Одеської області

Федорова Н. Н.

м. Львову -

головний нарколог Львівської області

Кабанчик М. В.

м. Миколаєву -

головний нарколог Миколаєвської області

Римар П.І.

Київській обл. -

головний нарколог Кмиївської області

Зильберблат Г. М.

Донецькій обл. -

головний нарколог Донецької області

Циба І. В.

Керівник соціологічної групи -

директор агентства “Социс-Консалтинг” -

канд. екон. наук

Демченко І. В.

3.4. Структура та методи дослідження.

Дослідження складалось з таких компонентів:

- аналіз чинної методичної документації щодо лікування наркозалежності, а також відповідної наукової літератури, що друкувалась в останні 5 років;
- структуровані інтерв'ю з наркологами, відповідальними за надання наркологічної допомоги в областях, які були об'єктом дослідження (Одеська, Миколаївська, Донецька, Львівська, Київська та місто Київ) за створеним зразком із фіксованою кількістю запитань;
- опитування за допомогою стандартних анкет (опитувальник 1) пацієнтів, які нещодавно лікувались у державних наркологічних закладах;
- заповнення пацієнтами опитувальника ASI-Lite (додаток 2)
- опитування за допомогою стандартної анкети (додаток 3) найближчих родичів пацієнтів;
- вивчення за допомогою опитувальника SAQ (додаток 4) ставлення та рівня задоволення персоналу, який працює з наркозалежними клієнтами;
- проведення фокус-груп з пацієнтами та членами їхніх родин;
- внесення усіх отриманих даних до бази SPSS та проведення аналізу щодо особливостей надання наркологічних послуг у різних регіонах та в цілому в країні.

Залучення наркозалежних до виконання дослідження.

Вже на етапі відбору методу оцінки до роботи були залучені неурядові організації, створені наркозалежними особами. Ці НУО працюють, зокрема, для захисту прав наркоспоживачів та допомагають бажаним потрапити на лікування до спеціалізованих установ.

Серед організацій, залучених до пошуку клієнтів та підготовки опитувальників були такі:

ГО «Ера милосердя», м. Одеса,

Костянтин Зверьков, тел. (067)558-98-40, ел. пошта zverkov@list.ru;

ГО «Твій вибір», м. Горлівка (Донецька обл.)

Полехін Сергій, (095) 517-82-63, ел. пошта spolekhin@yandex.ru;

ДО «Всі разом» м. Львів,

Панасюк Сергій, (097) 632-24-74, dragomanov@mail.ru;

ДО «Здоров'я Нації», м. Макіївка,

Кирило Пола, ел. пошта teryaeva@tr.dn.ua.

4. Національні стандарти лікувальної допомоги.

Лікування наркотичної залежності в Україні проводиться в системі наркологічної допомоги, створеної ще в колишньому СРСР у 1959 році. В ній працюють спеціалізовані наркологічні диспансери й лікарні, а також наркологічні кабінети в лікарнях загального профілю. Ці установи перебувають у муніципальній власності, а методичне керівництво та підготовка нормативних документів покладені на МОЗ України. В роки незалежності в Україні з'явилися наркологічні кабінети та програми приватної форми власності, але вони надають допомогу наркозалежним в обмеженому обсязі й практично не впливають на ситуацію із громадським здоров'ям, оскільки адресовані найбільш соціально адаптованій частині хворих.

Якість надання наркологічної допомоги формально регламентується уніфікованими Стандартами наркологічної допомоги населенню в лікувально-профілактичних установах України. Всі медичні, психологічні та соціально-реабілітаційні програми лікування від наркотичної залежності включено до Тимчасових стандартів діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги в Україні, затверджених у 1998 році¹, та Нормативів надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах України, затверджених у 2002 році². Згадані стандарти та нормативи включають різні методи детоксикації, замісну терапію, невідкладну допомогу, психологічні реабілітаційні програми («12 кроків» тощо).

Водночас, на думку більшості наркологів, Стандартами майже не користуються. На це є декілька причин. По-перше, як показує аналіз цих двох документів, застосовувати їх в практичній діяльності досить складно і незручно. Бракує чіткого алгоритму лікувального плану, пропонується безліч варіантів втручання без виділення пріоритетів. Сформовано 24 лікувальних комплекси, окрім цього надаються

¹ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.07.1998р. №226 „Про затвердження Тимчасових стандартів діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги”.

² Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.12.2002р. №507 „Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги”.

рекомендації з кожної діагностичної категорії – в додатку до наказу №507. Ці рекомендації докладні і містять практично весь спектр можливих втручань для кожної категорії (за МКХ-10 аж до 5-го знаку). Водночас практикуючий лікар не може на їхній підставі зробити висновок, який же власне варіант лікування слід вважати оптимальним. Часто рекомендують застарілі і не обгрунтовані методи. Наприклад, для надання допомоги при опіоїдній інтоксикації з судомами рекомендують коразол (який сам здатний викликати судоми); для лікування нікотинової залежності у стадії ремісії пропонують галоперидол в дозах до 50 міліграмів на добу протягом 3 місяців (!) тощо. Більшість з рекомендованих засобів для лікування наркозалежності ніколи не оцінювалися відповідно до стандартів доказової медицини. В кращому разі окремі вітчизняні (радянські) автори вивчали дію препаратів на невеликих групах хворих з подальшими оцінками типу «Стан покращився», «Тривалість розладів скоротилася» тощо.

Наприклад, ось як за Уніфікованими стандартами має лікуватись захворювання F11.24 за МКХ-10 (Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів. Синдром залежності.) В цьому випадку пропонується «Лікувальний комплекс 7». До нього входить: «Комплекс взаємопогоджених стаціонарних і/або амбулаторних заходів з веденням необхідної документації. За згодою хворого - диспансерно-динамічний нагляд. Режим лікування – залежно від психічного стану. Дієтотерапія за індивідуалізованою схемою. Дезінтоксикація за індивідуальною схемою, введення антагоністів опіоїдів (наллоксон, налтрексон), препарати групи клофеліну. За індивідуальною схемою атропін, міорелаксанти, N2 – блокатори. У разі необхідності – ненаркотичні та наркотичні анальгетики, атропін, замісна терапія за індивідуальною схемою, вітамінотерапія (за індивідуалізованою схемою протягом всього курсу лікування), у разі необхідності інсулінотерапія в терапевтичних дозах до 20 од. на добу. Снодійні препарати за індивідуальною схемою. Антидепресанти (амітриптилін до 300 мг на добу, флуокситін до 80 мг на добу, ципраміл, золофт, коаксіл та інші), транквілізатори (сібазон до 80 мг на добу, реланіум до 80 мг на добу, феназепам до 0,01 г на добу, нозепам, гідазепам та інші), нейролептики (галоперидол до 50 мг на добу, тізерцин до 400 мг на добу, аміназін до 800 мг на добу, азалептін до 400 мг на добу та інші) за індивідуальною схемою. Курс фізіотерапії за індивідуальною схемою (загалом не менше 8 сеансів). Комплексна взаємопогоджена індивідуалізована програма психологічної корекції (див. Реабілітаційні заходи). Масаж (не менше 3 сеансів на тиждень та загалом не менше 8 сеансів), дихальна гімнастика (не менше 3 сеансів на тиждень та загалом не менше 8 сеансів), стретчинг (не менше 3 сеансів на тиждень та загалом не менше 8 сеансів), кінезіотерапія (не менше 6 занять на тиждень).»

Одного погляду на цей перелік достатньо, щоб зрозуміти, що користуватись ним як протоколом неможливо. Скоріше він нагадує сторінку з посібника, де зга-

дані усі засоби, можливі для застосування при лікуванні наркозалежності.

Друга причина, через яку Стандарти майже не використовуються багатьма практикуючими лікарями, – це відсутність надійного контролю за проведенням терапії для хворих на наркозалежність, та її якістю. Як правило, моніторинг лікування здійснюється тільки всередині ЛПЗ і найчастіше визначається смаками і перевагами головного лікаря. Крім того, в Стандартах бракує основних принципів надання наркологічної допомоги і – що найважливіше – не визначено цілі лікування. Тому можна зробити висновок, що повна відмова пацієнта від наркотиків – основне, якщо не єдине завдання лікування наркозалежності. При цьому немає відомостей про те, наскільки воно реалістичне. Немає також вказівок на те, яким чином слід оцінювати ефективність використаних способів лікування.

У керівництві «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» (В.Д.Мішиєв, 2005), рекомендованому Центральним методичним кабінетом Вищої медичної освіти для наркологів і психіатрів, є великий розділ, присвячений лікуванню залежності від психоактивних речовин. Проте вже його назва (Загальні підходи до лікування залежності від ПАР) говорить про те, що вона не може бути використана як протокол або стандарт. Автор, швидше за все, бачив своє завдання в тому, щоб перерахувати всі методики лікування гострих і хронічних розладів при наркозалежності, що зустрічаються в практиці. Водночас, на відміну від національних Стандартів, у цьому керівництві є загальні засади організації медичної допомоги хворим із залежністю та основні принципи терапії. (Автор не дає посилань на джерело даної інформації). Вони виглядають так:

- лікування в умовах наркологічного відділення наркологічної або психіатричної лікарні;
- повна відмова від прийому психоактивних речовин;
- усвідомлена згода хворого на лікування;
- максимальна індивідуалізація;
- комплексний підхід (безпосередній вплив на біологічну, психологічну і соціальну складові хвороби).

5. Обгрунтування лікування в місцевих ЛПЗ, включно із фінансовими розрахунками (На основі відповідей керівників наркологічних ЛПЗ)

Всім наркологам було запропоновано відповісти на такі питання:

- Якими нормативними документами керуються лікарі, коли здійснюють медичні та психосоціальні втручання при розладах психіки та поведінки

внаслідок вживання наркотичних речовин, включно із гострим абстинентним синдромом при наданні стаціонарної та амбулаторної допомоги (накази по ЛПЗ, накази місцевих управлінь охорони здоров'я, накази МОЗ України)?

- Якими нормативними документами закріплено схеми та строки лікування вищезазначених захворювань? Якщо таких не існує, то, спираючись на які рекомендації (методично-інформаційні листи, підручники і таке ін.), здійснюється лікування?
- Яким чином здійснюються моніторинг та оцінка ефективності лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин?
- Чи існують в ЛПЗ розрахунки щодо витрат на проведення лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин? Про що вони свідчать?
- Чи отримують пацієнти ліки для лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин безкоштовно, а якщо так, то які саме? На підставі яких протоколів чи методичних рекомендацій?
- Опитування включало також прохання надати інформацію стосовно витрат пацієнтів та їхніх родичів на придбання рекомендованих ліків: які саме препарати найчастіше призначаються, за якими схемами і яка їхня ціна в аптеках вашого міста (області)?
- Опитуваних просили додати копії усіх документів, які визначають згадані питання.

В результаті усного і письмового інтерв'ювання наркологів в досліджуваних областях отримано такі відомості.

I. Наркологи в своїх діях керуються:

- 1) Наказом МОЗ СРСР від 30.07.1987 № 256 «Про організацію в госпрозрахункових наркологічних кабінетах і амбулаторіях анонімного лікування хворих на наркоманію і токсикоманію і заходи з підвищення ефективності організаторської роботи».
- 2) Наказом МОЗ СРСР від 12 вересня 1988 р. №704 «Про способи диспансерного нагляду хворими на алкоголізм, наркоманію та токсикоманію».

- 3) Наказом МОЗ України від 27.07.1998 р. №226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей».

Наказом МОЗ України від 27.09.2007 №235 «Про додаткові заходи щодо подальшого поліпшення наркологічної допомоги населенню України». Схеми лікування і його тривалість також визначаються на підставі Стандартів, хоча уважне знайомство з ними не дозволило знайти певних вказівок на тривалість і зміст лікування. Як зазначено вище, в них перераховуються засоби і процедури, які можна застосовувати при лікуванні наркозалежності. Таким чином, справедливо було б чекати, що конкретні схеми з вказівкою тривалості їх застосування будуть розроблені в ЛПЗ на місцях, проте жодна з оцінених установ таких розробок не представила.

II. Судячи з переліку препаратів, наданого головними лікарями, для лікування наркозалежності використовуються: антидепресанти (пароксетін, афобазол, амітриптилін), ноотропи (луцетам, ноотропіл, фезам), гепатотропні засоби (ессенціале, антраль, гепабене), транквілізатори й нейролептики (аміназин, галоперидол, димедрол, клопиксол, карбамазепін, сибазон, феназепам, гідазепам), безліч препаратів, що містять вітаміни й навіть так званий «патогенетичний засіб» для лікування хворих на алкоголізм – медіхронал.

В Одеському обласному наркодиспансері перелік препаратів, які використовують для лікування хворих на наркозалежність, наприклад, містить 30 назв. В інших ЛПЗ він не менший, хоча дещо відрізняється за набором медикаментів.

Табл. 1

Перелік препаратів, що застосовуються для лікування наркоманії в Одеському ОНД

| № | Назва препарату | Фармакологічна група |
|---|-------------------|----------------------|
| 1 | Адаптол (Мебікар) | Анксиолітик |

| | | |
|----|---------------|---|
| 2 | Ессенціале | Гепатопротектор |
| 3 | Реосорбілакт | Плазмозамісний р-н (застосовується в разі шоку та втрати крові) |
| 4 | Цефтриаксон | Антибіотик широкого спектру |
| 5 | Еспумізан | Піногасник (застосовується при захворюваннях шлунково-кишкового тракту – метеоризмі, аерофагії) |
| 6 | Фезам | Ноотроп (застосовується при порушенні мозкового кровообігу: атеросклерозі судин головного мозку, що супроводжується ішемічним інсультом; в період реабілітації після геморагічного інсульту) |
| 7 | Бісептол-480 | Сульфаніламідний препарат протимікробної дії |
| 8 | Левінціале | Гепатопротектор |
| 9 | Нео-гемодез | Дезінтоксикуючий засіб (найповніше зв'язує токсини, що циркулюють в крові хворих при дизентерії, сальмонельозі, харчових інтоксикаціях, токсини, що утворюються в перші 4-5 днів опікової хвороби). |
| 10 | Реополіглюкін | Плазмозамінний засіб (застосовується при паралітичній кишковій непрохідності, жировій емболії; травматичному, опіковому, геморагічному, післяопераційному, кардіогенному і токсичному шоці) |
| 11 | Преднізолон | Глюкокортикостероїд (забезпечує виражену протизапальну, протиалергічну, імуносупресивну, антиексудативну і катаболічну дію. Серед показань наркозалежність не значиться) |
| 12 | Сонміл | Снодійне з антигістамінним компонентом |

| | | |
|----|------------|--|
| 13 | Пиклон | Снодійний і седативний засіб небензодіазепинової структури |
| 14 | Буспірон | Анксиолітик (усуває психічні та вегетативні симптоми страху) |
| 15 | Глюкоза 5% | Розчин для інфузій |
| 16 | Миртазапін | Антидепресант, підвищує норадренергічну та серотонінергічну передачу в ЦНС (застосовується при ангедонії) |
| 17 | Цитагепсал | Антидепресант. Селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну |
| 18 | Ніцеріум | Периферичний вазоділататор (застосовується при гострій і хронічній недостатності мозкового кровообігу, зокрема при атеросклерозі судин головного мозку, скороминущих порушеннях мозкового кровообігу, тромбозі та емболії судин головного мозку) |
| 19 | Кетанов | Нестероїдний протизапальний засіб (забезпечує протизапальну і виражену анальгезовану дію) |
| 20 | Піроксан | Блокатор адренорецепторів (застосовується при лікуванні синдрому відміни при наркозалежності) |
| 21 | Амброксол | Відхаркувальний засіб |
| 22 | Мілдрнат | Препарат, що має стимулюючу, невиражену протисудомну дію |
| 23 | Ретаболіл | Анаболічний стероїд. Виявляє сильну й довготривалу анаболічну дію |
| 24 | Інсулін | Гормон підшлункової залози (застосовується при цукровому діабеті) |

| | | |
|----|------------|---|
| 25 | Дроперидол | Надає антипсихотичну, седативну, протишокову, протиблювотну дію. Потенціює дію засобів для наркозу, опіоїдних анальгетиків, снодійних засобів |
| 26 | Верошпирон | Діуретик, має гіпотензивний ефект |

Як можна бачити з приведеного переліку, для лікування наркоманії використовують і піногасителі, і антибіотики, і нейролептики типу дроперидолу й стероїди анаболізму, але не застосовують рекомендовані ВООЗ агоністи опіатів і клофелін, чия ефективність доведена численними контрольованими й рандомізованими дослідженнями. Отримана від керівників деяких наркологічних установ інформація свідчить про те, що при наданні лікувальної допомоги лікарі орієнтуються на застарілі підручники, керівництва й рекомендації радянської епохи, наприклад, підручники «Психіатрія» (О.В. Кербіков) видання 1968 року; «Наркологія» (Е.А. Баба-ян, М.Х. Гонопольський) видання 1990 року тощо. Фігурують у відповідях лікарів й інші подібні підручники, що не відповідають сучасним вимогам.

III. Щодо ведення моніторингу й оцінки ефективності лікування можна сказати, що більшість наркологів не зовсім собі уявляє, що це таке. Деякі відповіді звучать так: «Моніторинг і оцінка здійснюються 1) Районними наркологами (Київська обл.), 2) Медсестрами й наркологами при райполіклініках (Донецька обл.)». При цьому не повідомляється ні про процедуру, ні про завдання, ні про інструменти. Очевидно, мова йде всього лише про диспансерний нагляд, який ведеться без урахування об'єктивних показників стану пацієнта; в кращому разі з його слів роблять відмітки, приймає він наркотики чи ні. Можна зробити висновок, що на даному етапі більшість наркологів не знають, якими є завдання моніторингу і дуже погано знайомі з методами оцінки ефективності терапії наркозалежності, зокрема ASI, OTI, RAB тощо.

IV. У деяких ЛПЗ є розрахунки щодо витрат на проведення лікування. Оскільки всі наркологічні установи фінансуються з місцевих бюджетів, то дані, отримані з різних регіонів, відрізняються. Водночас всі вони об'єднані загальною ознакою – вони дуже мізерні, щоб задовольнити реальну потребу громадян у ефективному лікуванні.

На одне ліжко-місце на день виділяється 3,18 грн. (\$0,63) /день (Донецька обл.), 2,79 грн. (\$0,55) /день (Київська обл.), 2,24 грн. (\$0,44) /день (Одеська обл.) В Донецькій області на одні амбулаторні відвідини наркохворого витрачається 0,33 грн. (\$0,06). За даними з Львівської області, можна зробити висновок, що фінансування ніколи за останні декілька років не надходило в запланованому об-

сязі. План виконувався на 30-40% щорічно. У 2007 р. фінансування склало 32%, в абсолютному виразі 300,73 грн. (\$59,5) на 1-го пацієнта на місяць. Запланована потреба на одного пацієнта наркологічного диспансеру в стаціонарі, за умови забезпечення державних соціальних нормативів надання медичної допомоги, на даний момент складає 922,79 грн. (\$182,7) на місяць.

В той же час нами було проведено за методикою ВООЗ додаткове дослідження вартості терапії в програмах ЗПТ в Україні [О.Морозова, неопубліковані дані дослідження, 2007]. Було розраховано середню вартість надання послуг одному пацієнту. Без урахування витрат на навчання персоналу й надання соціально-психологічної підтримки та формування прихильності, тобто, беручи до уваги тільки витрати, які несе медична установа, що надає замісну підтримувальну терапію (психосоціальну підтримку та навчання персоналу проводять неурядові організації) було отримано такі оцінки вартості:

При наданні ЗПТ бупренорфіном або метадоном, середня вартість забезпечення лікування на місяць на одного пацієнта (протягом першого року) складе 274 грн. (без урахування препарату). Ця вартість враховує й оцінку потребу в госпіталізації (знаходження в стаціонарі) на перших етапах терапії певного відсотка пацієнтів. При довготривалій підтримці, в подальші роки ця вартість знижується до 162 грн. на місяць за рахунок практично повного переходу пацієнтів на амбулаторний режим. При лікуванні бупренорфіном з урахуванням вартості препарату, ці цифри відповідно складуть 739 (у перший рік) і 627 (у подальші роки) грн. на місяць відповідно (\$146 і \$ 124). При лікуванні метадоном, вартість буде набагато нижча за рахунок того, що цей препарат набагато дешевший ніж бупренорфін, і при середній дозі 80 мг складе 42 грн. (\$8) /міс.

Фокус-групи

У ході фокус-груп було виявлено, що потрапити на лікування не складно, хоча в більшості випадків для цього потрібні документи, що засвідчують особу, а також деякі медичні довідки. Складніше отримати якісне лікування. В основному, лікування зводиться до детоксикації з деякими елементами реабілітації (психологічного консультування).

У диспансері м. Донецька, наприклад, пацієнти стверджують, що лікування з використанням бупренорфіна (ін'єкційного) можна отримати тільки якщо «піти» до головного лікаря. Без цього детоксикацію проводять нейролептиками й внутрішньовенними вливаннями різних препаратів (крапельницями).

Багато пацієнтів, судячи з їхніх висловлювань, не були достатньо інформо-

ваними про особливості течії й лікування наркозалежності. Так, наприклад, на питання, в чому власне полягало їхнє лікування, більшість відповідали: «Ніяке лікування не допоможе, якщо сам не захочеш», «Головне – сила волі», «Потрібно самому узяти себе в руки» тощо.

Лікарі майже не розповідають пацієнтам про природу наркозалежності, але доволі багато часу присвячують розповідям про шкоду наркотиків й їхню згубну дію на організм. Практично повсюдно відзначають патерналістське ставлення до пацієнтів: їх перевиховують і однозначно нав'язують абстиненцію. Жоден з пацієнтів не сказав, що лікар йому рекомендував ЗТ або стратегію зменшення шкоди.

Так само слід зазначити, що в масі пацієнти орієнтовані на стаціонарну допомогу і вважають амбулаторні програми марною тратою часу. Вони переконані, що тільки в ситуації повної ізоляції від свого звичного середовища вони можуть досягти абстиненції. Крім того, в них склалося стійке переконання, що після завершення курсу детоксикації їм не потрібно далі лікуватися, а потрібно просто «тримати себе в руках».

Судячи з відгуків пацієнтів, у них є думка: лікарі позбавляють від «ломок» за допомогою препаратів, а з проблемами психологічного характеру, включно із психологічною залежністю, повинні працювати психологи. Пацієнти з незадоволенням відзначають, що психологи є не у всіх наркологічних установах, а там де вони є, вони недостатньо часу приділяють пацієнтам через свою перевантаженість.

Із зауважень і висловів пацієнтів витікає, що не існує стандартного підходу до лікування наркозалежності. Різні лікарі й різні ЛПЗ по-різному призначають медичні препарати, дають різні рекомендації відносно подальшої поведінки після проходження детоксикації, призначають різні терміни лікування тощо.

Багато пацієнтів визнають, що лікування вони, в основному, отримували безкоштовно, але, втім, всі сходяться на тому, що, якщо хочеш отримати лікування якісне і ефективне, то необхідно або платити лікареві, або оплачувати дорогі медикаменти, або й одне, й друге.

Майже всі відзначають, що медперсонал не знайомить пацієнтів з їхніми правами, не пропонує їм підписувати карту інформованої згоди й взагалі дуже мало приділяє уваги правовим аспектам наркоспоживання й наркозалежності. Пацієнти так само, як і персонал, переконані, що вони самі «винні» в своєму захворюванні і що по відношенню до них заходи дисциплінарного характеру абсолютно виправдані. В даному випадку пацієнти відображають поширену точку зору працівників наркологічних установ і своїх родичів. У тих випадках, коли пацієнти налаштовані не так доброзичливо, вони висловлюються негативно відносно різних репресивних і дискримінаційних заходів, але мотивують свою незгоду тим, що

вони вже звільнилися від залежності, або що у них основна проблема – це фізична залежність. Водночас вони вважають виправданими подібні заходи відносно тих, хто ще не почав лікуватися або у кого хвороба у важчій формі.

Практично всі пацієнти висловлюються негативно відносно практики обов'язкової постановки на диспансерний облік. Особливо їх турбує те, що при цьому не можна отримати посвідчення водія. Однак багато хто стверджує, що у разі необхідності за хабар можна отримати документ про те, що ти не перебуваєш на обліку.

6. Обговорення результатів.

На підставі наявних матеріалів можна зробити висновок, що співвідношення чоловіків і жінок в лікувальних програмах становить 1 : 3. Більшість пацієнтів (67%) люди віком 26-40 років. Значна частина дослідників повідомляє інші дані, відповідно до яких більшість наркоспоживачів – молоді люди віком від 19 до 25 років. Абсолютна більшість тих, хто лікувався, – залежні від опіоїдів. Цей показник відповідає даним МЗ України, відповідно до яких зі всіх наркозалежних кількість споживачів опіоїдів складає понад 90%. Майже половина – пацієнти, які закінчили лікування менше 1 місяця тому. Це слід врахувати при оцінці показників щодо прийому ПАР. З'ясовується, що багато з тих, хто повертається до їх споживання, роблять це практично відразу після виписки.

Хоча принципи надання медичної допомоги наркоспоживачам включають такий як «Надання допомоги має бути забезпечене в той момент, коли пацієнт за нею звертається», за даними нашого дослідження, понад 40% пацієнтів змогло потрапити на лікування після двох і більше днів очікування. Майже 2/3 з них для того, щоб потрапити на лікування, повинні були представляти медичні документи, довідки, відомості про аналізи. Рішення про прийом на лікування ухвалює переважно або головний лікар або знайомий лікар (35 і 36% відповідно). Можна зробити висновок, що даний процес недостатньо формалізований і вимагає якихось спеціальних процедур, які ускладнюють доступ до терапевтичного процесу.

Майже половина пацієнтів не отримувала інформації про те, які цілі й завдання лікування, на що направлені медичні інтервенції. Майже половина пацієнтів не була інформована про свої права. Не складався терапевтичний план і програма психо-соціальної підтримки. Більшість пацієнтів по завершенню лікування вважали, що всі його наслідки залежать від особистої «сили волі» й уміння «тримати себе в руках». Так само незадовільними були показники післялікарняних відвідін. Як правило, після виписки із стаціонару пацієнти не відвідували заходів щодо

реабілітації та профілактики рецидивів.

Пацієнти вважають, що ставлення персоналу до них, в основному, позитивне. Тільки чверть опитаних незадоволені ставленням з боку лікарів і медсестер. Краще всього оцінюється пацієнтами ставлення психологів. Водночас майже 20% стверджують, що консультацій психолога вони не отримували. Добре відомо, що наркозалежність супроводжується багатьма іншими захворюваннями й розладами, це вимагає допомоги фахівців іншого профілю, проте тільки 60% пацієнтів була надана допомога в отриманні консультації або лікування в іншому ЛПЗ. З них 46% просто отримали пораду і лише менше 50% були записані на прийом або отримали направлення до фахівця потрібного профілю.

Більшість пацієнтів (63%) отримували пропозицію після закінчення стаціонарного курсу продовжити лікування в денному стаціонарі або в реабілітаційному центрі. Однак 37% відзначили, що не отримували такої пропозиції. Як з'ясувалося, багато пацієнтів не вважають за необхідне лікування після завершення детоксикації. З ними не проводилася відповідна інформаційна і мотиваційна робота.

Ті пацієнти, які все ж таки отримували пропозицію продовжувати лікування після стаціонару, відзначали, що їм пропонувалося лікування або за програмою реабілітації, або в поєднанні з медико-реабілітаційними підходами. Вважається, що кращим методом допомоги при наркозалежності є реабілітація, а власне медичні засоби дозволяють всього лише підготувати пацієнта до участі в реабілітаційній програмі. Такої думки дотримуються лікарі, що не працювали в програмах ЗПТ. Найбільш негативним фактом є те, що, хоча більшість пацієнтів отримують пропозицію пройти реабілітацію, насправді тільки 34% дотримались цієї рекомендації, а 66% ніякої допомоги після завершення лікування в стаціонарі не отримували. Ті ж, хто все-таки почав реабілітаційну програму, завершував її набагато раніше, ніж це рекомендовано сучасними методами. Так, понад 50% брали участь у реабілітації протягом 3 тижнів і менше. Всього 26% пацієнтів перебувало на реабілітації понад 3 тижні. З цього можна зробити висновок, що пацієнти здебільшого орієнтовані виключно на детоксикацію і персонал ЛПЗ не прикладає достатньо зусиль, щоб мотивувати їх до необхідності тривалого і системного лікування наркозалежності та супутніх захворювань.

Багато пацієнтів не звертаються за наркологічною допомогою через те, що не хочуть, щоб їх ставили на диспансерний облік. Згодом ця обставина не дозволяє їм отримати посвідчення водія або влаштуватися на певні посади. Відповідно до чинного спільного наказу МОЗ і МВС пацієнтів слід ставити на диспансерний облік за їхньою згодою. Проте, як з'ясовується, 67% було взято на облік без урахування їхнього бажання. Тут має місце не лише порушення прав пацієнтів, але й чинних офіційних інструкцій.

Національні стандарти наркологічної допомоги передбачають залучення до процесу терапії членів сім'ї пацієнта. Рекомендується сімейне консультування й терапія. Навіть за відсутності повноцінної роботи з сімейним оточенням слід проводити інформування найближчих членів сім'ї про особливості хвороби, взаємин з наркозалежними. Про роботу з членами сім'ї повідомляють тільки з 38% опитаних пацієнтів. Слід зазначити, що майже 75% відзначили поліпшення своїх взаємовідносин з рідними, після того, як медперсонал провів з ними відповідну роботу.

Більшість пацієнтів відзначали, що їх інформували під час лікування про існування програм реабілітації та груп типу АА або НА. З числа тих, хто був проінформований, а це 65%, приблизно 85% отримали інформацію про роботу таких груп і адреси, де їх можна знайти. Слід зазначити, що ще 5-6 років назад більшість співробітників наркологічних установ нічого не знали про групи самопомоги або не довіряло їхній роботі і, відповідно, не повідомляло про них своїм пацієнтам.

Тільки 18% від всіх опитаних повідомили, що відносно них порушувався принцип конфіденційності. При цьому, що більша частина визнала, що були інформовані про подробиці їхнього захворювання – родичі. Хоча таке порушення є неприпустимим в умовах надання професійної допомоги, задля справедливості зазначимо, що в минулому вони зустрічалися значно частіше. Вже той факт, що самі пацієнти не вважають порушення конфіденційності нормою, можна віднести на рахунок позитивної зміни ситуації з наданням наркологічної допомоги останніми роками.

Окремо слід зупинитися на питаннях, пов'язаних з оплатою наркологічних послуг. Відповідно до чинних правил, заснованих на конституційному положенні про безкоштовну медичну допомогу для громадян України, всі послуги, що надаються в організаціях державної та комунальної форм власності, є безкоштовними. На практиці ж це правило виконується далеко не завжди. Навколо цієї теми завжди існує безліч спекуляцій і міфів. Керівники служб і офіційні особи усюди стверджують, що у них всі послуги надаються безкоштовно, самі пацієнти та їхні родичі, навпаки, часто зізнаються, що без грошей ніде нічого не можна отримати. Майже половина опитаних (43%) заявили, що нічого не платили під час проходження лікування, 20% вносили гроші до каси ЛПЗ відповідно до затверджених тарифів і 37% платили безпосередньо медперсоналу. Найчастіше пацієнтам доводилося за власні кошти купувати медикаменти, таких виявилось 68%. Розбіжності між цими цифрами пояснюється тим, що питання щодо оплати за ліки ставиться окремо від питання щодо оплати за лікування.

З числа 114 пацієнтів, які повідомили, що оплачували послуги в ЛПЗ, більшість – 28% змушені були платити за госпіталізацію і 22% за харчування. Таким чином, можна сказати, що в першу чергу платними виявилися медикаменти, по-

тим сам факт надходження на лікування і потім харчування в ЛПЗ. Менш за все доводилося платити пацієнтам за проведення аналізів і консультації психолога.

У багатьох випадках пацієнти отримували, окрім власне медичної, іншу допомогу. Це були інформаційні послуги, що стосуються профілактики інфекційних хвороб, в першу чергу ВІЛ/СНІД, консультації психолога, юриста тощо. Жодна з послуг не була надана понад 50% опитаних. Максимальний обсяг подібних послуг склав 37% - консультації психолога, і 33% - інформування з питань ВІЛ/СНІД. Іншими словами, в наркологічних ЛПЗ поки що не здійснюється належним чином надання такої комплексної інтегрованої допомоги наркозалежним, подібними послугами повинно бути охоплено 100% пацієнтів.

Хоча в даному дослідженні не ставилося завдання оцінити ефективність терапії, що проводилася, з погляду тривалості ремісії, все ж таки за наслідками ASI-Lite можна судити, що більше чверті всіх опитаних пацієнтів не дотримувалися режиму тверезості і продовжували вживання наркотиків, при тому, що переважна частина опитаних завершила лікування менш ніж за місяць напередодні дослідження. Можна додатково зробити висновок: терапевтичні заходи, що проводяться, не є достатньо ефективними. Нами була зроблена спроба аналізу надання низки послуг залежно від регіону. Ми згрупували пацієнтів за їхнім місцезнаходженням і виявили, що скрізь робота проводиться однаково.

З'ясувалося, що найважче було отримати доступ до госпіталізації в Києві, Київській області й у Львові. Додаткову документацію необхідно було надавати найчастіше в Одесі, Донецьку та Київській обл. У Донецькій обл., Львові й Одесі найчастіше рішення про госпіталізацію ухвалюється на рівні головного лікаря ЛПЗ, що, звичайно ж, ускладнює доступ до лікування для пацієнтів. Найчастіше пацієнти багато разів лікуються у великих містах, тоді як в Донецькій і Київській областях основна маса пацієнтів проходили лікування 1-2 рази. Соціальні працівники найактивніше беруть участь у лікуванні в Києві та Київській області, тоді як в Одесі, Донецьку та Львові головну роль в інформуванні пацієнтів далі грають лікарі. Направлення до інших лікувальних установ активніше застосовують в Києві, Одесі та Донецькій області, тоді як у Львові й особливо в Миколаєві тільки 15-25% пацієнтів мали можливість отримати допомогу в інших ЛПЗ з приводу своїх наркологічних захворювань.

Найчастіше пацієнтам пропонували пройти реабілітацію після завершення терапії в Києві, Одесі й Донецькій області й рідше за все - в Миколаєві та Донецьку. Не погоджували з пацієнтами питання прийняття їх на диспансерний облік в Київській області, Миколаєві та Львові. Найчастіше робили це в Одесі та Києві. Найчастіше робота з рідними проводилася в Київській і Донецькій обл., а також в Донецьку і найрідше в Києві й у Львові. Найгірше йшла справа з інформуван-

ням щодо програм реабілітації в Миколаєві й Донецьку. Найчастіше порушувався принцип конфіденційності в Донецькій області й у Миколаєві, а найрідше - в Києві та Київській обл. Більше половини опитаних заперечували наявність платних послуг в Києві, Одесі, Донецьку та Львові. У Київській обл. половина опитаних стверджувала, що платила через касу за чинними тарифами. Водночас в Донецькій обл., Одесі та Львові значна частина опитаних відповіла позитивно на питання про оплату послуг безпосередньо лікареві або медсестрі. Майже у всіх ЛПЗ пацієнти повинні були платити за ліки, тільки в Одесі таких пацієнтів виявлено всього 20%. В решті відсоток розподілилися від 50 (Київська обл.) до 94 (Львів і Донецька обл.). Понад 1000 грн (\$200) довелось витратити на лікування пацієнтам у Київській обл. (37%) і Донецькій обл. (47%). Оцінили свої витрати в розмірі < 100 грн. 24% опитаних в Одеській обл. В цілому, можна відзначити, що в порівнянні з витратами на проведення реабілітаційних програм (у середньому 600 дол. США на місяць, за даними попереднього дослідження ВНА) витрати населення на наркологічне лікування не є значними. За результатами ASI-Lite найменш задовільні результати терапії було відзначено в Миколаєві, Львові та Донецьку. Хоча ці дані носять дуже приблизний характер.

Аналізуючи відповіді родичів пацієнтів, можна побачити, що переважна більшість пацієнтів лікувалися з приводу залежності від опіатів. Прийом до ЛПЗ проводився за рішенням або головного або знайомого лікаря. Майже 3/4 опитаних не була запропонована психологічна допомога і підтримка в ЛПЗ, одночасно медперсонал в 75% випадків пояснював членам сім'ї, в чому полягають завдання лікування і які правила взаємодії з хворими. Так само потрібно відзначити, що родичі позитивніше, ніж самі пацієнти, оцінюють доброзичливість медперсоналу. Понад половина опитаних родичів відповідали позитивно на питання, пов'язані з якістю надання послуг у ЛПЗ. Можна зробити висновок, що самі пацієнти схильні занижувати або недооцінювати умови надання медичної допомоги. Швидше за все, можна припустити, це пов'язано з атмосферою конфронтації, що зберігається в наркологічних установах між пацієнтами та персоналом, тоді як у взаєминах з родичами є швидше співпраця. Виглядає це так, ніби пацієнти перебувають по одну сторону барикад, а родичі та персонал – по іншу. Очевидно, що персоналу складно дається неосуджуваче і вільне від моралізаторських оцінок ставлення до пацієнтів, яке абсолютно необхідне для встановлення продуктивного терапевтичного контакту й ефективного лікування.

Слід зазначити, що більшість рідних пацієнтів заперечували факт оплати послуг, пов'язаних з лікуванням, і лише відносно купівлі медикаментів позитивно відповіли приблизно 3/4 опитаних.

При опитуванні медперсоналу використовувався стандартний опитувальник SAO, розроблений для оцінки роботи в умовах застосування ЗПТ. У нашому до-

слідженні оцінювалися безнаркотичні програми (drug free), проте ми вирішили, що цей опитувальник дає можливість оцінити ступінь професіоналізму й нестигматизованості пацієнтів в очах персоналу, тому включили його до протоколу дослідження.

Крім того, було оцінено задоволення персоналу умовами праці та її оплати. За даними опитування, персонал в цілому терпимо ставиться до пацієнтів-наркоспоживачів, хоча 30% вважає, що суспільству слід бути більш непримиреним по відношенню до наркоманів. Переважна більшість вважає, що покарання за торгівлю наркотиками слід посилити. Майже 3/4 опитаних проти легалізації продажу маріхуани і приблизно стільки ж по суті не вважають наркозалежність хворобою, оскільки переконані, що в ній винні самі пацієнти. Більше половини переконана, що замісна терапія є ні що інше, як заміна одного наркотика іншим і не має лікувального ефекту. Водночас 80% персоналу “за” те, щоб упроваджувати програми обміну шприців та голочок. Ще кілька років тому більшість була проти подібних заходів. Переважна кількість (80%) вважає головною метою лікування все ж таки утримання від наркотика, а не зменшення пов’язаних з наркотиками проблем. І таке ж число за те, щоб поступово знижувати дозу замісного препарату в ході ЗПТ. Багато хто підтримує ідею обмеження тривалості терапії якимсь конкретним терміном, наприклад 6 міс. і 70% упевнені в тому, що тих, хто продовжує прийом нелегальних наркотиків, необхідно позбавляти права далі лікуватися в програмі ЗПТ. Іншими словами, у більшість працівників наркологічних ЛПЗ стійко переконана, що вживання наркотиків є неприйнятним, незалежно від того, приводить це до проблем чи ні. Персонал не готовий погодитися з правом наркоспоживачів на вживання, навіть якщо воно не супроводжується серйозними проблемами.

Більше половини опитаних не бачить в пацієнтах прагнення до співпраці і вважає, що у них немає готовності до дотримання правил лікування. Багато хто упевнений в необхідності суворих заходів контролю й посилення дисципліни для пацієнтів. Також звертає увагу невинувато високий відсоток (~50) тих, хто вважає, що ЗПТ загрожує соматичними ускладненнями. Можна зробити висновок, що навіть серед працівників медустанов більшість вважає найбільш ефективними виховні, а не медичні заходи щодо наркозалежних.

Умовами роботи, особливо оплатою, більша частина медперсоналу не задоволена. Тільки підтримку з боку керівництва клініки (центру) працівники оцінюють високо (63% опитаних). Цікаво, що ідентичними були оцінки за такими позиціями як ефективність лікування, взаємодія з пацієнтами й задоволеність роботою; лише 16% оцінили позитивно ці параметри. В цілому, можна відзначити, що персонал наркологічних установ не задоволений ні якістю послуг, що надаються, ні їхнім результатом.

7. Висновки та рекомендації.

- 1) Ін'єкційне наркоспоживання до цих пір залишається найбільш вагомим чинником у розповсюдженні епідемії ВІЛ/СНІД в Україні.
- 2) Наркологічна допомога в країні базується на концептуальній моделі, побудованій ще в часи СРСР, якій властиві патерналізм, «вертикальні» стосунки між персоналом і пацієнтами, неповага до прав людини; брак чітко сформульованої програми лікування наркозалежності з певною метою і завданнями. В основі лікувальних заходів лежить швидше прагнення допомогти пацієнту. В цілому, можна засвідчити недолік реалістичності у використовуваних підходах.
- 3) Лікування наркозалежності проводиться без дотримання стандартів, що діють (національних, міжнародних). Бракує чітких рекомендацій або протоколів щодо терапевтичних методик, не визначено обов'язкового мінімуму медикаментів і психо-соціальної допомоги.
- 4) Лікування здійснюється в більшості випадків у стаціонарі й майже не продовжується після виписки із стаціонару. Заходи протидії рецидивуванню проводяться в обмеженому обсязі.
- 5) При проведенні лікування застосовуються методи, ефективність яких не доведена; в багатьох наркологічних закладах для лікування залежності використовуються нейролептики, антидепресанти та інші психотропні засоби, які не знижують рівень вживання наркотиків і не покращують якість життя пацієнтів.
- 6) Пацієнтів протягом лікування недостатньо інформують щодо розповсюдження інфекцій, що передаються ін'єкційним шляхом, їх не залучають до програм зменшення шкоди.
- 7) За невеликим винятком, пацієнтів примусово ставлять на диспансерний наркологічний облік, що значною мірою обумовлює подальшу їх дискримінацію і, відповідно, небажання звертатися добровільно за наркологічною допомогою.
- 8) Практично не використовуються (не рахуючи програм, які фінансуються Глобальним Фондом) методи, які довели свою ефективність, такі як ЗПТ.
- 9) У наркологічних закладах немає механізму оцінки ефективності проведених лікувальних заходів.
- 10) В Україні поки не створена система допомоги СІН і наркозалежним, яка

могла б істотно знизити розповсюдження ВІЛ інфекції. Однією з причин, що впливають на такий стан справ, є те, що замісну терапію, яка є вагомою політикою зниження шкоди, досі застосовують в обмежених масштабах.

11) Пацієнти і їхні родичі пасивно беруть участь у лікуванні і недостатньо заохочуються до профілактичних заходів.

12) Медичний персонал у багатьох випадках ставиться до наркозалежних як до злочинців або суб'єктів з поганою поведінкою, які вимагають жорсткого перевиховання.

13) На загальнодержавному рівні не сформована концепція щодо надання психо-соціальної допомоги наркозалежним і більшість ЛПЗ обмежуються виключно медичними заходами, не проявляючи зацікавленості в співпраці з відповідними НДО.

Рекомендовано:

- Розповсюдити дані, отримані завдяки дослідженню, серед наркологів, організаторів охорони здоров'я та політиків, залучених до вирішення проблем громадського здоров'я;
- Презентувати результати проекту на засіданні робочої групи МОЗ з питань протидії епідемії ВІЛ/СНІД;
- Спільно з працівниками науково-навчальних установ переглянути курс післядипломного навчання наркологів, з метою застосування в лікуванні принципів доказової медицини;
- Запропонувати Міністерству охорони здоров'я України створити модель лікування наркозалежності, привертаючи до роботи з місцевими ЛПЗ відповідні НДО для проведення заходів щодо реабілітації та протирецидивного лікування;
- Створити сучасні протоколи лікування опіоїдної залежності й залежності від психостимуляторів, відповідними розпорядженнями обмежити можливість лікарів застосовувати методи лікування, які не довели своєї ефективності;
- Сприяти розширенню ЗПТ, в першу чергу за рахунок програм, фінансованих з місцевих бюджетів; зробити це лікування більш доступним та забезпечити психо-соціальну підтримку учасників терапії;
- Розробити протокол по роботі з рідними наркозалежних і інформування їх про методи лікування і правила поведінки з наркозалежними;
- Вимагати від ЛПЗ здійснювати моніторинг і оцінку ефективності лікування наркозалежності як мінімум протягом одного року від початку

проходження курсу пацієнтом;

- Рекомендувати залучати до роботи з наркоспоживачами самих наркозалежних, будувати «горизонтальні» стосунків між пацієнтами та персоналом;
- Вести додаткову роз'яснювальну роботу з наркологами з метою позбавитися практики примусової диспансеризації, порушення конфіденційності та інших елементів дискримінації наркозалежних.

Дата
 Код центра/региона
 Код персонала (анкетирuemый)

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 48 | Как Вы оцениваете эффективность лечения в Вашей программе? Как Вы оцениваете поддержку, которую Вам оказывают другие консультанты? | | | |
| 49 | Как Вы оцениваете поддержку, которую Вам оказывают другие консультанты? | | | |
| 50 | Как Вы оцениваете сотрудничество со стороны своих пациентов? | | | |
| 51 | Насколько в целом Вы удовлетворены своей работой? | | | |

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Индекс тяжести пристрастия к психоактивным веществам-сокращенный вариант (ASI-Lite)

| | |
|----------------------------------|-------------------------|
| КОД УЧАСТНИКА: _____/_____/_____ | ДАТА: _____/_____/_____ |
| ДЕНЬ/МЕС./ГОД | |

Я задам Вам несколько вопросов, касающихся употребления алкоголя и других психоактивных веществ (наркотиков) и проблем, которые у Вас, возможно, есть в этих сферах. Я хотел(а) бы напомнить Вам о том, что сообщенная Вами информация конфиденциальная и будет использоваться только для исследования-терапевтических целей.

Для следующих вопросов используются разные временные рамки: «по-средние 30 дней» и «период всей Вашей жизни».

[Для внесения данных в решетку употребления наркотиков спрашивайте сначала о последних 30 днях, а затем обо всем периоде жизни.

Употребление в течение жизни – количество лет употребления три и более раз в неделю или запойное употребление в течение двух и более дней.

Если никогда не употреблял наркотики, код «0»; способ введения наркотика кодируется цифрой «1-5»]

| | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|
| 4.1 Алкоголь – вообще какое-либо употребление | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| 4.2 Алкоголь – употребление по появлению признаков интоксикации | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| 4.3 Героин | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| 4.5 Другие опиаты/анальгетики (ширка) | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| В ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ(дни) | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| УПОТРЕБЛЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| *Способ введения | (годы) | | |

| | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|
| 4.7 Седативные вещества, снотворные, транквилизаторы | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| 4.8 Кокаин | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| 4.9 Амфетамины | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| 4.10 Каннабис (марихуана, драп) | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| 4.11 Галлюциногены | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| 4.12 Летучие вещества | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| 4.13 Более одного ПАВ в день (в том числе алкоголь) | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |

- Способ введения: 1 = per os, 2 = интраназально, 3 = курение, 4 = внутривенная инъекция, 5 = внутривенная инъекция

Удовлетворенность условиями работы

| | | | | |
|----|---|-------|---------------|--------|
| № | Дайте, пожалуйста, ответ по каждой строке! | Плохо | Удов-летельно | Хорошо |
| 43 | Как Вы оцениваете свою зарплату и поощрения? | | | |
| 44 | Как Вы оцениваете достаточность рабочего пространства? | | | |
| 45 | Как Вы оцениваете супервизию (консультации) и поддержку со стороны Вашего непосредственного супервизора (консультанта)? | | | |
| 46 | Как Вы оцениваете поддержку со стороны руководителей Вашей клиники/программы? | | | |
| 47 | Как Вы оцениваете координацию психологического консультирования и различных форм медицинской помощи? | | | |

Мнения о пациентах

| № | Утверждение | Не согласен (не согласна) | Не уверен(а) | Согласен (согласна) |
|----|--|---------------------------|--------------|---------------------|
| 34 | Многие пациенты хотят лишь сделать перерыв в добыче наркотика (на самом деле не желая избавиться от пристрастия к опиатам) | | | |
| 35 | Многие пациенты искренне стремятся к своему выздоровлению | | | |
| 36 | Многие пациенты обычно не склонны к сотрудничеству | | | |
| 37 | Большинство лиц с пристрастием к опиатам употребляют наркотик, потому что они должны (а не хотят) его употреблять | | | |

Медицинская информация

| № | Утверждение | Не согласен (не согласна) | Не уверен(а) | Согласен (согласна) |
|----|--|---------------------------|--------------|---------------------|
| 38 | Поддерживающее лечение заместительным препаратом может вызывать поражение печени | | | |
| 39 | Для пода заместительный препарат опаснее нелегальных опиатов | | | |
| 40 | Стабильные дозы заместительного препарата существенно нарушают способность к вождению автомобилем и управлению движущимися механизмами | | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 41 | Поддерживающая заместительная терапия усугубляет тяжесть уже имеющегося депрессивного расстройства | | | |
| 42 | Поддерживающее лечение заместительным препаратом может вызывать поражение почек | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 17 | Нейтрально держать наркоманов на заместительном препарате бесконечно | | | | |
| 18 | Пациентам программы ЗПТ, регулярно нарушающим график посещения сеансов психологического консультирования, следует постепенно отменить заместительный препарат | | | | |
| 19 | После периода стабильной поддерживающей терапии следует поуждать пациентов приступать к постепенному прекращению употребления | | | | |
| 20 | заместительного препарата | | | | |
| 21 | Пациенту следует позвонить оставаться на поддерживающем лечении заместительным препаратом столько времени, сколько он захочет | | | | |
| 22 | Пациент должен достаточно долго принимать только заместительный препарат, чтобы устранить токсическое действие запящих опиатов | | | | |
| 23 | Заместительная терапия должна быть ограниченной во времени (например, меньше шести месяцев или меньше года) | | | | |
| 24 | Пациентов программы ЗПТ, инордирующих повторные предудерживания о необходимости прекратить употребление нелегальных опиатов, следует исключить из программы | | | | |
| 25 | Следует расширять программы ЗПТ с тем, чтобы все желающие лица с опасной зависимостью могли получить поддерживающее лечение | | | | |
| 26 | Лица с опасной зависимостью следует проводить долгосрочное поддерживающее лечение только в том случае, если краткосрочное поддерживающее лечение оказалось неэффективным | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 27 | Пациентов программы ЗПТ, продолжающих употреблять запященные наркотики, следует выписывать из программы, чтобы дать возможность лечиться тем, у кого вероятность получить пользу от такого лечения выше | | | | |
| 28 | Пациентам, принимающим заместительный препарат, и продолжающим употреблять нелегальные наркотики (не опиаты), следует снизить дозу заместительного препарата | | | | |
| 29 | Лицам с болезненным пристрастием к опиатам следует проводить долгосрочное поддерживающее лечение только в том случае, если альтернативные методы лечения оказались неэффективными | | | | |
| 30 | Пациентов, попавшихся на продаже или торговле своим заместительным препаратом, следует немедленно выписывать из программы | | | | |
| 31 | Пациентов программы ЗПТ, продолжающих употреблять инъекционные наркотики, следует выписывать из программы, чтобы освободить место тем, у кого выше вероятность сократить случаи заражения с риском инфицирования ВИЧ | | | | |
| 32 | Пациентов программы ЗПТ, инордирующих повторные предудерживания прекратив употребление нелегальных наркотиков (не опиатов), следует исключить из программы | | | | |
| 33 | Пациенты на высоких дозах заместительного препарата должны получать меньшее количество заместительного препарата для приема дома, чем пациенты на низких дозах | | | | |
| | Пациентов программы ЗПТ, которые жалуются на свою программу, следует поуждать к уходу из нее | | | | |

ПРИЛОЖЕНИЕ 5 Опросник для оценки отношения и удовлетворенности персонала (SASQ)

Этот анкетный опросник предназначен для выяснения отношения и информированности персонала в сфере заместительной поддерживающей терапии его удовлетворенности работой.

Пожалуйста, отметьте один ответ: "Несогласен (несогласна)", "Неуверен(а)" или "Согласен(согласна)"

Ваша точка зрения на болезненное пристрастие к психоактивным веществам

| № | Утверждение | Не согласен (не согласна) | Не уверен(а) | Согласен (согласна) |
|---|---|---------------------------|--------------|---------------------|
| 1 | Современное общество слишком терпимо относится к наркоманам | | | |
| 2 | Возрасте, осужденные за продажу героина или кокаина несовершенными, должны находиться в тюрьме пожизненно | | | |
| 3 | Лица, осужденные за продажу запрещенных наркотиков, не подлежат досрочному или условному освобождению из тюрьмы | | | |
| 4 | Марихуану следует легализовать | | | |
| 5 | Лица, приставившиеся к опатам, должны обвинять в этом только себя | | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| 6 | Заместительная терапия это не более чем замещение одного наркотика другим | | | |
| 7 | Омнен ил/шприцев следует вводить во всех породах, в которых по имеющимся данным живет значительное количество потребителей инъекционных наркотиков | | | |
| 8 | Врачи должны иметь возможность выписывать героин лицам с героиновой зависимостью | | | |
| 9 | Заместительная поддерживающая терапия в значительной степени уменьшает последствия для здоровья, социальные и правовые последствия пристрастия к наркотикам | | | |
| 10 | Пристрастие к наркотикам – это порок | | | |
| 11 | Наркоманы это слабые люди, которые не могут устоять перед искушением употреблении наркотиков | | | |
| 12 | Главным должно быть воздержание от употребления всех наркотиков (включая заместительный препарат) | | | |
| 13 | Пациентам, принимающим заместительный препарат и продолжающим употреблять негеральные опаты, следует снизить дозу заместительного препарата | | | |
| 14 | Не следует устанавливать для человека никаких ограничений на законную продолжительность заместительной поддерживающей терапии | | | |
| 15 | Пациент должен постепенно сокращать употребление заместительного препарата как только он(она) прекратит употребление негеральных опатов | | | |
| 16 | Пациентам программы ЗПТ следует давать заместительный препарат в количестве, достаточном только для предотвращения развития симптомов отмены | | | |

И медицинские, и психологические программы реабилитации
 3
 Программы реабилитации
 4
 Другое (что именно?) _____
 5

20. ПРОДОЛЖАЛ/ЛА ЛИ ОН/ОНА ЛЕЧЕНИЕ В ТАКОМ ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ, ОТДЕЛЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ Амбулаторно?

Да 1
 Нет 2 Переход к вопросу №22

21. КАК ДОЛГО? _____ дней

22. СПРАШИВАЛИ ЛИ ЕГО/ЕЕ, ХОЧЕТ ЛИ ОН/ОНА СОСТОЯТЬ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ?

Да 1
 Нет 2

23. ОПЛАЧИВАЛИ ЛИ ВЫ УСЛУГИ В ДАННОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ?

Нет 1
 Существуют официальные тарифы.
 Услуги оплачиваются через кассу 2
 Давал деньги непосредственно врачу, медсестре 3
 Другое (что именно?) _____ 4

24. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОКУПАТЬ МЕДИЦИМЕНТЫ ЗА СВОИ ДЕНЬГИ?

Да 1
 Нет 2
 _____ грн.

25. ВО СКОЛЬКО ОБОШЛОСЬ ВАМ ЛЕЧЕНИЕ В ЛПУ, ВКЛЮЧАЯ ВСЕ РАСХОДЫ НА МЕДИКАМЕНТЫ И УСЛУГИ?

26. ЗА КАКИЕ ВИДЫ УСЛУГ ВАМ ПРИХОДИЛОСЬ ПЛАТИТЬ В ДАННОМ УЧРЕЖДЕНИИ?

Госпитализацию 1
 Питание 3
 Диагностику 4
 За каждую манипуляцию (укол, капельница и т.д.) 5
 За каждый анализ 6
 За консультацию психолога 7
 За консультацию др. специалистов (терапевта, психолога, невропатолога и т.д.) 8
 Другое (что именно?) _____ 9

БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В НАШЕМ ОПРОСЕ!

13. ИНФОРМИРОВАЛИ ЛИ ВАС ИЛИ ВАШЕГО СЫНА/ДОЧЬ (МУЖА/ЖЕНУ) В ЛПУ ВО ВРЕМЯ ЕГО/ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ О ДРУГИХ СУЩЕСТВУЮЩИХ ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ (НАПРИМЕР, О ПРОГРАММЕ 12-ТИ ШАГОВ, ПО КОТОРОЙ РАБОТАЮТ АНОНИМНЫЕ НАРКОМАНЫ/АЛКОГОЛИКИ)?

14. БЫЛА ЛИ ПРЕДОСТАВЛЕНА ВАМ ИЛИ ВАШЕМУ СЫНУ /ДОЧЕРИ (МУЖУ/ЖЕНЕ) ИНФОРМАЦИЯ О МЕСТЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТАКИХ ГРУПП В ВАШЕМ ГОРОДЕ?

15. НАРУШАЛСЯ ЛИ МЕДПЕРСОНАЛОМ В ОТНОШЕНИИ ВАШЕГО/ЕИ СЫНА/ДОЧЕРИ (МУЖА/ЖЕНЫ) ПРИНЦИП КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ?

16. КОГО ИНФОРМИРОВАЛИ ВРАЧИ О БОЛЕЗНИ ВАШЕГО СЫНА /ДОЧЕРИ (МУЖА/ЖЕНЫ)?

17. ОКАЗЫВАЛИ ЛИ МЕДПЕРСОНАЛ ЛПУ ВАШЕМУ СЫНУ/ДОЧЕРИ (МУЖУ/

47

Других родственников
1
Друзей/соседей/знакомых
2
Другое (кого именно?)
3

Да
Нет

Да
Нет

Да
Нет

1
2 Переход к вопросу №17

1
2 Переход к вопросу №15

17.1. КАКОЕ ИМЕННО СОДЕЙСТВИЕ ОКАЗЫВАЛ МЕДПЕРСОНАЛ ЛПУ ВАШЕМУ СЫНУ/ДОЧЕРИ (МУЖУ/ЖЕНЕ) В ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДРУГИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ?

18. ПРЕДЛАГАЛИ ЛИ ВАШЕМУ СЫНУ/ДОЧЕРИ (МУЖУ/ЖЕНЕ) ПОСЛЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ПРОДОЛЖИТЬ ЛЕЧЕНИЕ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ, В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ИЛИ АМБУЛАТОРНО?

19. КАКИЕ ФОРМЫ ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЕМУ/ЕЙ БЫЛИ ПРЕДЛОЖЕНЫ?

Только медицинские
1
Только психологические
2

Да
Нет

Да
Нет

1

Посоветовали к кому из специалистов
лучше обратиться
2

Посадили в записи на прием
3
Направили к штатному консультанту
4

Другое (что именно?)
5

Да
Нет

1
2 Переход к вопросу №20

46

КАКИЕ-ЛИБО ДОКУМЕНТЫ: СПРАВКИ, НАПРАВЛЕНИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ, АНАЛИЗЫ?

Да (укажите, какие именно) _____ 1

Нет _____ 2

Не знаю _____ 3

7. КТО ПРИНИМАЛ РЕШЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ЕГО/ЕЕ ПОСТУПЛЕНИЯ?

Участковый врач _____ 1

Дежурный врач _____ 2

Главный врач _____ 3

Другое (кто именно?) _____

_____ 4

8. ПРЕДЛАГАЛИ ЛИ ВАМ, КАК ЧЛЕНУ СЕМЬИ, КАКУЮ-ЛИБО ПОМОЩЬ В ЛПУ?

Да _____ 1

Нет _____ 2 Переход к вопросу №10

9. КАКУЮ ИМЕННО ПОМОЩЬ ВАМ ПРЕДЛАГАЛИ?

10. ОБЪЯСНЯЛИ ЛИ ВАМ МЕДПЕРСОНАЛ, В ЧЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ СУТЬ ЛЕЧЕНИЯ, КАКОВ БУДЕТ ЕГО РЕЗУЛЬТАТ?

| | | | |
|--|-------|-----------|-----------|
| Ответ по каждому столбцу | Врачи | Медсестры | Психологи |
| Обычно добродетельное и внимательное отношение ко всем пациентам там | 1 | 1 | 1 |
| Добродетельное и внимательное отношение только к своим знакомым или тем, кто платит деньги | 2 | 2 | 2 |
| Обычно недобродетельное, предубежденное отношение к пациентам | 3 | 3 | 3 |
| Затрудняюсь ответить/не было специалиста | 4 | 4 | 4 |

12. ОЦЕНИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ОТНОШЕНИЕ МЕДПЕРСОНАЛА К ПАЦИЕНТАМ

_____ часов

11. СКОЛЬКО, ПО ВРЕМЕНИ С ВАМИ РАБОТАЛ ВРАЧ, ПСИХОЛОГ (В ОБЩЕЙ СУММЕ, ЧАСОВ)?

Да _____ 1

Нет _____ 2

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Анкета пациента

ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ В УКРАИНЕ: 2007 ПРОЕКТ P021107

| | | | | | |
|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|
| 1. НОМЕР ИНТЕРВЬЮ | 2. КОД ИНТЕР-ВЬЮ-РА | 3. ДАТА ИНТЕР-ВЬЮ | 4. НАЧАЛО ИН-ТЕРВЬЮ | 5. КОНЕЦ ИН-ТЕРВЬЮ | 6. ЯЗЫК ИНТЕРВЬЮ |
| | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|------|--------------|---|
| УКРА-ИН-СКИЙ | 1 | ЧАСОВ | МЕСЯЦ | ЧАСОВ | МИНУТ | ЧАСОВ | МИН. | УКРА-ИН-СКИЙ | 1 |
| ПРС-СКИЙ | 2 | | | | | | | ВСЕ РАВНО | 3 |

7. РЕГИОН:

Киев1
 Киевская обл.2
 Донецк.....3
 Донецкая обл.4
 Одесса.....5
 Львов.....6

РЧАТЕЛЬСТВО: Я подтверждаю, что опрос проведен мной в соответствии с инструкцией методом личного интервью с респондентом, обработанным согласно инструкции

8. НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ

ПОДПИСЬ ИНТЕРВЬЮЕРА:

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО:

ПОДПИСЬ БРИГАДИРА:

Аналитический центр "Социоконалтинг" проводит опрос родителей/близких пациентов наркологических диспансеров с целью оценить качество медицинской помощи, которая предоставляется пациентам, отношение к ним персонала. В

АНКЕТА РОДСТВЕННИКА ПАЦИЕНТА

дальнейшем Ваши замечания и пожелания будут использоваться для улучшения работы наркологической службы.
 Перед началом интервью я хочу подчеркнуть, что не существует правильных или неправильных ответов на один вопрос анкеты.
 Вы можете быть полностью уверены в том, что Ваши ответы останутся ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО между нами и будут использоваться БЕЗ УВАЖАНИЯ ИМЕН ТОЛЬКО в обобщенном виде. Мы очень благодарны за Ваше участие в этом исследовании.

1. КЕМ ВЫ ПРИХОДИТЕСЬ ПАЦИЕНТУ?

- 1 Муж/жена
- 2 Мать/отец
- 3 Другой родственник (кто именно?)

3. КОГДА ВАШ СЫН/ДОЧЬ (МУЖ/ЖЕНА) ПРОХОДИЛ ПОСЛЕДНИЙ РАЗ ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ В НАРКОДИСПАНСЕРЕ? СООБЩИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОКОНЧАНИЯ

_____ год по 3.1 _____ месяц _____ год

4. В КАКОМ ЛПУ ОН/ОНА ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЕ?

5. ОТ КАКОГО ТИПА ЗАВИСИМОСТИ ОН/ОНА ЛЕЧИЛСЯ?

- 1 Опыты
- 2 Стимуляторы
- 3 Другое (что именно?) _____

6. ТРЕБОВАЛИ ЛИ ОТ НЕЕ/НЕГО ДЛЯ ПОСТУПЛЕНИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ

Согласны ли Вы с утверждениями по поводу лечения пациентов?

| № | Дайте, пожалуйста, ответ по каждой строке! | Не согласен (не согласна) | Уверен(а) | Согласен(согласна) |
|----|---|---------------------------|-----------|--------------------|
| 38 | Поддерживающее лечение замещающих препаратов может вызывать поражение печени | 1 | 2 | 3 |
| 39 | Для подавления замещающих препаратов нежелательных опитов | 1 | 2 | 3 |
| 40 | Стабильные дозы замещающего препарата существенно нарушают способность к вождению автомобиля и управлению движущимися механизмами | 1 | 2 | 3 |
| 41 | Поддерживающая заместительная терапия усугубляет тяжесть уже | 1 | 2 | 3 |
| 42 | Поддерживающее лечение замещающих препаратов может вызывать поражение почек | 1 | 2 | 3 |

И в заключение несколько вопросов по поводу условий работы

| № | Дайте, пожалуйста, ответ по каждой строке! | Не согласен (не согласна) | Уверен(а) | Согласен(согласна) |
|----|---|---------------------------|-----------|--------------------|
| 43 | Как Вы оцениваете свою зарплату и поощрения? | 1 | 2 | 3 |
| 44 | Как Вы оцениваете достаточность рабочего пространства? | 1 | 2 | 3 |
| 45 | Как Вы оцениваете супервизию (консультации) и поддержку со стороны Вашего непосредственного супервизора (консультанта)? | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|----|--|---|---|---|
| 46 | Как Вы оцениваете поддержку со стороны руководителей Вашей клиники/программы? | 1 | 2 | 3 |
| 47 | Как Вы оцениваете координацию психологического консультирования и различных форм медицинской помощи? | 1 | 2 | 3 |
| 48 | Как Вы оцениваете эффективность лечения в Вашей программе? Как Вы оцениваете поддержку, которую Вам оказывают другие консультанты? | 1 | 2 | 3 |
| 49 | Как Вы оцениваете поддержку, которую Вам оказывают другие консультанты? | 1 | 2 | 3 |
| 50 | Как Вы оцениваете сотрудничество со стороны своих пациентов? | 1 | 2 | 3 |
| 51 | Насколько в целом Вы удовлетворены своей работой? | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|----|---|---|---|---|
| 23 | 1 | 2 | 3 | Пациент должен достаточно долго принимать только заместительные препараты, чтобы устранить токсическое действие запрецированных опиатов |
| 24 | 1 | 2 | 3 | Заместительная терапия должна быть ограниченной во времени (например, меньше шести месяцев или меньше года) |
| 25 | 1 | 2 | 3 | Пациентов программы ЗПТ, игнорирующих повторные предупреждения о необходимости прекратить употребление из препаратов |
| 26 | 1 | 2 | 3 | Следует расширять программы ЗПТ с тем, чтобы все желающие лица с опиатной зависимостью могли получить поддерживающее лечение |
| 27 | 1 | 2 | 3 | Лицам с опиатной зависимостью следует проводить долгосрочное поддерживающее лечение только в том случае, если краткосрочное поддерживающее лечение оказалось неэффективным |
| 28 | 1 | 2 | 3 | Лицам с болезненным пристрастием к опиатам следует проводить долгосрочное поддерживающее лечение только в том случае, если альтернативные методы лечения оказались неэффективными |
| 29 | 1 | 2 | 3 | Пациентов, понававшихся на продаже или торговле своим заместительным препаратом, следует немедленно выписывать из программы |
| 30 | 1 | 2 | 3 | Пациентов программы ЗПТ, продолжающих употреблять инъекционные наркотики, следует выписывать из программы, чтобы освободить место тем, у кого выше вероятность сократиться с ризику связанного с ризику инфицирования ВИЧ |

| | | | | |
|----|---|---|---|---|
| 31 | 1 | 2 | 3 | Пациентов программы ЗПТ, игнорирующих повторные предупреждения о том, чтобы прекратить употребление нелегальных наркотиков (не опиатов), следует исключать из программы |
| 32 | 1 | 2 | 3 | Пациенты на высоких дозах заместительного препарата должны получать меньшее количество заместительного препарата для приема дома, чем пациенты на низких дозах |
| 33 | 1 | 2 | 3 | Пациентов программы ЗПТ, которые жалуются на свою программу, следует побуждать к уходу из нее |

Согласны ли Вы с утверждениями по поводу пациентов?

| № | Не согласен (не совсем) | Не уверен (а) | Согласен (совершенно) | |
|----|-------------------------|---------------|-----------------------|--|
| 34 | 1 | 2 | 3 | Многие пациенты хотят лишь сделать перерыв в добыче наркотика (на самом деле не желая избавиться от пристрастия к опиатам) |
| 35 | 1 | 2 | 3 | Многие пациенты искренне стремятся к своему выздоровлению |
| 36 | 1 | 2 | 3 | Многие пациенты обычно не склонны к сотрудничеству |
| 37 | 1 | 2 | 3 | Большинство лиц с пристрастием к опиатам употребляют наркотики, |

| № | Дайте, пожалуйста, ответ по каждой строке! | Не согласен (не согласен) | Не уверен(а) | Согласен (согласен) |
|----|---|---------------------------|--------------|---------------------|
| 1 | Современное общество слишком терпимо относится к наркоманам | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Взрослые, осужденные за продажу героина или кокаина в тюрьме пожизненно | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Лица, осужденные за продажу запрещенных наркотиков, не подлежат досрочному или условному освобождению из тюрьмы | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Марихуану следует легализовать | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Лица, пристрастившиеся к опиатам, должны обвинять в этом только себя | 1 | 2 | 3 |
| | Заместительная терапия это не более чем замещение одного наркотика другим | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Обмен и/или прицев следует внедрять во всех городах, в которых по имеющимся данным живет значительное количество потребителей инъекционных наркотиков | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Врачи должны иметь возможность выписывать героин лицам с героиновой зависимостью | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Заместительная поддерживающая терапия в значительной степени уменьшает последствия для здоровья, социальные и правовые последствия пристрастия к наркотикам | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Пристрастие к наркотикам – это порок | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Наркоманы это слабые люди, которые не могут устоять перед искушением употреблением наркотиков | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Наркоманы это слабые люди, которые не могут устоять перед искушением употреблением наркотиков | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|----|---|---|---|---|
| 12 | Главным должно быть воздержание от употребления всех наркотиков (включая заместительный препарат) | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Пациентам, принимающим заместительный препарат и продолжающим употреблять нелегальные опиаты, следует снизить дозу заместительного препарата | 1 | 2 | 3 |
| 14 | | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Не следует устанавливать для человека никаких ограничений на законную поддерживающей терапии | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Пациент должен постепенно сокращать употребление заместительного препарата как только он(она) прекратит употребление нелегальных опиатов | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Пациентам программы ЗПТ следует давать заместительный препарат в количестве, достаточном только для предотвращения развития симптомов отмены | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Нетично держать наркоманов на заместительном препарате бесконечно | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Пациентам программы ЗПТ, регулярно нарушающим график посещения сеансов психологического консультирования, следует постепенно отменять заместительный препарат | 1 | 2 | 3 |
| 20 | После периода стабильной поддерживающей терапии следует поуждать пациентов приступать к постепенному прекращению употребления | 1 | 2 | 3 |
| 21 | заместительного препарата | 1 | 2 | 3 |
| 22 | Пациенту следует позволять оставаться на поддерживаемом лечении заместительным препаратом столько времени, сколько он захочет | 1 | 2 | 3 |

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Анкета пациента

ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ В УКРАИНЕ: 2007 ПРОЕКТ P021107

| | | | | | |
|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|
| 1. НОМЕР ИНТЕРВЬЮ | 2. КОД ИНТЕР-ВЬЮ-РА | 3. ДАТА ИНТЕР-ВЬЮ | 4. НАЧАЛО ИН-ТЕРВЬЮ | 5. КОНЕЦ ИН-ТЕРВЬЮ | 6. ЯЗЫК ИНТЕРВЬЮ |
| | | ЧИСЛО МЕСЯЦ ЧАСОВ | МИНУТ ЧАСОВ | МИН. ЧАСОВ | УКРА-ИН-СКИЙ |
| | | | | | 1 |
| | | | | | 2 |
| | | | | | 3 |

| | | |
|----------------------|--|-------------------------|
| 7. РЕГИОН: | | Киев1 |
| | | Киевская обл.2 |
| | | Донецк3 |
| | | Донецкая обл.4 |
| | | Одесса5 |
| | | Львов6 |
| ПОДПИСЬ ИНТЕРВЬЮЕРА: | | ПОДПИСЬ БРИГАДИРА: |
| 8. НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ | | ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО: |

Аналитический центр «Социоконалтинг» по заказу Всеукраинской нар-кологической ассоциации проводит опрос медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений Украины. Цель опроса – выяснить отношение медицинских работников к современным методам лечения наркозависимых и

Искренне благодарим за участие в опросе!

условиям работы с ними.
 В последующем эта информация будет использована для улучшения усло-вий работы медицинского персонала и совершенствования предоставления по-мощи наркозависимым пациентам.
 Ваши ответы полностью анонимны и конфиденциальны. Никто, кроме ис-следователей в Киеве не будет иметь доступа к ним. Ваше имя не будет упоми-наться в анкете, а Ваши данные будут использоваться только вместе с ответами других людей в обобщенном виде.
 Заполнить анкету несложно: отметить, пожалуйста, один вариант ответа, который наиболее точно соответствует Вашей точке зрения, по поводу каждого из приведенных ниже утверждений.

0. Кем вы работаете в лечебно-профилактическом учреждении?
 1. Врач
 2. Психолог
 3. Медицинская сестра/брат
 4. Согласны ли Вы с утверждениями по поводу болезненного пристрастия к психоактивным веществам?

чае, если респондент употребляет наркотик, который указан в соответствующей строке

2. Копируйте ответы на вопрос №32: Способ введения:

1 = per os,

2 = интраназально,

3 = курение,

4 = внутривенная инъекция,

5 = внутривенная инъекция

| | | | |
|---------------------|---|---|-----------------------------------|
| 32.*Способ введения | 30. Упо- треблял последние 30 дней | 31. Упо- треблял в течение жизни | Ответ по каждому столбцу и строке |
|---------------------|---|---|-----------------------------------|

| | | |
|---|---|---|
| 1. Алкоголь (вообще какое-либо упо- требление) | 1 | 2 |
| 2. Алкоголь (употребление до появления признаков интоксикации) | 1 | 2 |
| 3. Героин | 1 | 2 |
| 5. Седативные вещества, транквилизаторы, антидепрессанты | 1 | 2 |
| 6. Кокаин | 1 | 2 |
| 7. Амфетамины | 1 | 2 |
| 8. Каннабис (марихуана, дран) | 1 | 2 |
| 9. Галлюциногены | 1 | 2 |
| 10. Летучие вещества | 1 | 2 |
| 11. Более одного ПАВ в день (в том числе алкоголь) | 1 | 2 |
| 12. Клубные наркотики (экстази и др.) | 1 | 2 |

БЛАГОДАРИМ ЗА УЧАСТИЕ В НАШЕМ ОПРОСЕ!

1. Обведите кружочком в вопросах №30 и 31 цифру в том слу-

29. КАКИЕ УСЛУГИ (КРОМЕ МЕДИЦИНСКИХ) ВЫ ПОЛУЧАЛИ В ПРОЦЕ-
ССЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В ДАННОМ УЧРЕЖДЕНИИ?

Индивидуальные консультации о ВИЧ/СПИДе
1
Занятия/тренинг о предупреждении инфицирования гепатитами В, С, ВИЧ/
СПИД
2
Участие в группах самопомощи
3
Консультация психолога
4
Консультация юриста
5
Консультация с участием членов семьи
6
Консультация по трудоустройству
7
Не получал
8
Другое (что именно?)
9

1. Гостеприимство
2. Питание
3. Диагностика
4. За каждую манипуляцию (укол, капельница и т.д.)
5. За каждый анализ
6. За консультацию психолога
7. За консультацию др. специалистов (терапевта, психолога,
невропатолога и т.д.)
8
Другое (что именно?)
9

ИНТЕРВЬЮЕР!

1. Обведите кружочком в вопросах №30 и 31 цифру в том слу-

19. РАБОТАЛ ЛИ МЕДПЕРСОНАЛ ЛПУ, В КОТОРОМ ВЫ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЕ, С ВАШИМИ РОДНЫМИ (БЛИЗКИМИ)?

Да 1
Нет 2 Переход к вопросу №21

20. КАК ИЗМЕНИЛОСЬ ОТНОШЕНИЕ РОДНЫХ (БЛИЗКИХ) К ВАМ ПОСЛЕ РАБОТЫ С НИМИ МЕДПЕРСОНАЛА ЛПУ?

Заметно улучшилось 1
Стало немного лучше 2
Никак не изменилось 3
Ухудшилось 4
Трудно сказать 5
Другое (что именно?) 6

21. ИНФОРМИРОВАЛИ ЛИ ВАС В ЛПУ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ О ДРУГИХ СУЩЕСТВУЮЩИХ ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ (НАПРИМЕР, О ПРОГРАММЕ 12-ТИ ШАГОВ, ПО КОТОРОЙ РАБОТАЮТ АНОНИМНЫЕ НАРКОМАНЫ/АЛКОГОЛИКИ)?

Да 1
Нет 2 Переход к вопросу №23

22. БЫЛА ЛИ ПРЕДОСТАВЛЕНА ВАМ ИНФОРМАЦИЯ О МЕСТЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТАКИХ ГРУПП В ВАШЕМ ГОРОДЕ?

Да 1
Нет 2

23. НАРУШАЛСЯ ЛИ МЕДПЕРСОНАЛОМ В ОТНОШЕНИИ ВАС ПРИНЦИП КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ?

Да 1
Нет 2 Переход к вопросу №25

24. КОГО ИНФОРМИРОВАЛИ ВРАЧИ О ВАШЕЙ БОЛЕЗНИ?

Ближких родственников 1
Друзей/соседей/знакомых 2
Другое (кого именно?) 3

25. ОПЛАЧИВАЛИ ЛИ ВЫ УСЛУГИ В ДАННОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ?

Нет 1
Существуют официальные тарифы. Услуги оплачиваются через кассу 2
Давали деньги непосредственно врачу, медсестре 3
Другое (что именно?) 4

26. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОКУПАТЬ МЕДИЦИНАМЕНТЫ ЗА СВОИ ДЕНЬГИ?

Да 1
Нет 2

27. ВО СКОЛЬКО ОБОШЛОСЬ ВАМ ЛЕЧЕНИЕ В ЛПУ, ВКЛЮЧАЯ ВСЕ РАСХОДЫ НА МЕДИКАМЕНТЫ И УСЛУГИ?

_____ грн.

28. ЗА КАКИЕ ВИДЫ УСЛУГ ВАМ ПРИХОДИЛОСЬ ПЛАТИТЬ В ДАННОМ УЧРЕЖДЕНИИ?

11. СКОЛЬКО ВСЕГО РАЗ ЗА ВРЕМЯ ВАШЕЙ ЗАВИСИМОСТИ ВЫ ЛЕЧИЛИСЬ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ ИЛИ ПРОХОДИЛИ КУРС РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ?

12. ОЦЕНИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ОТНОШЕНИЕ МЕДПЕРСОНАЛА К ПАЦИЕНТАМ

| | | | |
|--|-------|-----------|-----------|
| Ответ по каждому столбцу | Врачи | Медсестры | Психологи |
| Обычно доброжелательное и внимательное отношение ко всем пациентам там | 1 | 1 | 1 |
| Доброжелательное и внимательное отношение только к своим знакомым или тем, кто платит деньги | 2 | 2 | 2 |
| Обычно недоброжелательное, пренебреженное отношение к пациентам | 3 | 3 | 3 |
| Затрудняюсь ответить/не было специалиста | 4 | 4 | 4 |

13. ОКАЗЫВАЛ ЛИ ВАМ СОДЕЙСТВИЕ МЕДПЕРСОНАЛ ЛПУ В ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДРУГИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ?

Да 1
Нет 2

13.1. КАКОЕ ИМЕННО СОДЕЙСТВИЕ ВАМ ОКАЗЫВАЛ МЕДПЕРСОНАЛ ЛПУ В ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДРУГИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ?

1 Дали контактный телефон
2 Ответовали к кому из специалистов
3 лучше обратится
4 Направили к штатному консультанту

14. ПРЕДЛАГАЛИ ЛИ ВАМ ПОСЛЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ПРОДОЛЖИТЬ ЛЕЧЕНИЕ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ, В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ИЛИ АМБУЛАТОРНО?

Да 1
Нет 2

15. КАКИЕ ФОРМЫ ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ ВАМ БЫЛИ ПРЕДЛОЖЕНЫ?

1 Только медицинские
2 Только психологические
3 И медицинские, и психологические
4 Программа реабилитации
5 Другое (что именно?)

16. ПРОДОЛЖАЛИ ЛИ ВЫ ЛЕЧЕНИЕ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ, ОТДЕЛЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АМБУЛАТОРНО?

Да 1
Нет 2

17. КАК ДАВНО?

1
2 Переход к вопросу №18

18. СТАВШАВАЛИ ЛИ У ВАС, ХОТИТЕ ЛИ ВЫ СОСТОЯТЬ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ?

Да 1
Нет 2

Перед началом интервью я хочу подчеркнуть, что не существует правильных или неправильных ответов ни на один вопрос анкеты. Вы можете быть полностью уверены в том, что Ваши ответы останутся только между нами и будут использоваться только в обобщенном виде. Мы очень благодарны за Ваше участие в этом исследовании.

1. ВАШ ВОЗРАСТ _____ лет

2. ПОЛ: Мужской.....1 Женский.....2

3. КОГДА ВЫ ПРОХОДИЛИ ПОСЛЕДНИЙ РАЗ ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ В НАРКОДИСПАНСЕРЕ? СООБЩИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, МЕСЯЦ И ГОД НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОКОНЧАНИЯ

_____ месяц _____ год по 3.1 _____ месяц _____ год

4. В КАКОМ ЛПУ ВЫ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЕ?

5. ОТ КАКОГО ТИПА ЗАВИСИМОСТИ ВЫ ЛЕЧИЛИСЬ?

| | |
|---|---|
| Опиаты | 1 |
| Стимуляторы | 2 |
| Другое (что именно?) | 3 |
| 6. СКОЛЬКО ДНЕЙ ВАМ ПОНАДОБИЛОСЬ, ЧТОБЫ ПОПАСТЬ НА ЛЕЧЕНИЕ? | |
| Попал в тот же день | 1 |
| Попал на следующий день | 2 |
| Ждал 2 дня и более | 3 |

7. ТРЕБОВАЛИ ЛИ ОТ ВАС ДЛЯ ПОСТУПЛЕНИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ КАКИЕ-ЛИБО ДОКУМЕНТЫ: СПРАВКИ, НАПРАВЛЕНИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ, АНАЛИЗЫ?

Да (укажите, какие именно) _____ 1

Нет _____ 2

8. КТО ПРИНИМАЛ РЕШЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ВАШЕГО ПОСТУПЛЕНИЯ?

Участковый врач _____ 1

Дежурный врач _____ 2

Главный врач _____ 3

Другое (кто именно?) _____ 4

9. КТО ОБЪЯСНЯЛ ВАМ, В ЧЕМ БУДЕТ СОСТОЯТЬ ЛЕЧЕНИЕ И КАКОВЫ ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ?

Врач при приеме _____ 1

Медсестра _____ 2

Социальный работник _____ 3

Другое (кто именно?) _____ 4

10. БЫЛИ ЛИ ВЫ ПРОИНФОРМИРОВАНЫ ОТНОСИТЕЛЬНО ВАШИХ ПРАВ?

Да _____ 1

Нет _____ 2

Частично _____ 3

19. Во сколько обошлось вам лечение в ЛПУ, включая все расходы на медикаменты и услуги?

0 ~ 2800 грн.

20. За какие виды услуг вам приходится платить в данном учреждении?

| | N | % |
|--|----|----|
| Госпитализацию | 6 | 12 |
| Питание | 0 | 0 |
| Диагностику | 6 | 12 |
| За каждую манипуляцию (укол, капельница и т.д.) | 6 | 12 |
| За каждый анализ | 3 | 6 |
| За консультацию психолога | 0 | 0 |
| За консультацию др. специалистов (терапевта, невропатолога и т.д.) | 3 | 6 |
| Другое (что именно?) | 26 | 52 |

Анкета пациента

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

| ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ В УКРАИНЕ: 2007 | | | | | | | | | | ПРОЕКТ P021107 | | |
|---|-----------------|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|--------------|-----|------|------|----------------|------|------|
| 1. НОМЕР ИНТЕРВЬЮ | 2. КОД РА ВЪЮЕ- | 3. ДАТА ИНТЕР-ВЬЮ | 4. НАЧАЛО ИН-ТЕРВЬЮ | 5. КОНЕЦ ИН-ТЕРВЬЮ | 6. ЯЗЫК ИНТЕРВЬЮ | УКРА-ИН-СКИИ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ЧАСОВ | МЕСЯЦ | ЧАСОВ | МИНУТ | ЧАСОВ | МИН. | РАВНО | ВСЕ | СКИИ | СКИИ | СКИИ | СКИИ | СКИИ |
| <p>7. РЕГИОН:</p> <p>1 Киев 2 Киевская обл. 3 Донецк 4 Донецкая обл. 5 Одесса 6 Львов.....</p> <p>опрос проведен мной в соответствии с инструкцией методом личного интервью с респондентом, одобренным согласно инструкции</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>8. НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ</p> <p>ПОДПИСЬ ИНТЕРВЬЮЕРА:</p> <p>ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО:</p> <p>ПОДПИСЬ БРИГАДИРА:</p> | | | | | | | | | | | | |

Аналитический центр "Социоконалтинг" проводит опрос пациентов наркологических диспансеров с целью оценить качество медицинской помощи, которая им предоставляется, отношение к ним персонала. В дальнейшем Баши замечания и предложения будут использоваться для улучшения работы наркологической службы.

13. Предлагали ли ем/ей после лечения в стационаре продолжить лечение в дневном стационаре, в реабилитационном отделении или амбулаторно?

| | | | |
|----|----|----|-----|
| Да | 33 | 17 | Нет |
| % | N | | |
| | | | 33 |

14. Какие формы лечения или реабилитации ем/ей были предложены?

| | | | |
|----------------------------------|----|----|---|
| Только медицинские | 7 | 13 | % |
| Только психологические | 13 | 26 | |
| И медицинские, и психологические | 19 | 39 | |
| Программа реабилитации | 11 | 22 | |
| Другое (что именно?) | 0 | 0 | |
| Другое (что именно?) | 0 | 0 | |
| | | | 0 |

15. Продолжал/ла ли она/на лечение в таком дневном стационаре, отделении реабилитации или амбулаторно?

| | | | |
|----|----|----|-----|
| Да | 20 | 30 | Нет |
| % | N | | |
| | | | 59 |

16. Спрашивали ли его/ее, хочет ли она/она состоять на диспансерном учете?

| | | | |
|----|----|----|-----|
| Да | 20 | 41 | Нет |
| % | N | | |
| | | | 59 |

17. Оплачивали ли вы услуги в данном медицинском учреждении?

| | | | |
|---|----|----|---|
| Нет | 27 | 54 | % |
| Существуют официальные тарифы. | 0 | 0 | |
| Услуги оплачиваются через кассу | 13 | 25 | |
| Давал деньги непосредственно врачу, медсестре | 9 | 18 | |
| Другое (что именно?) | 1 | 3 | |

18. Приходилось ли вам во время лечения покупать мед. препараты за свои деньги?

| | | | |
|----|----|----|-----|
| Да | 40 | 79 | Нет |
| % | N | | |
| | | | 21 |

7. Информировали ли вас или вашего сына/дочь (мужа/жену) в ЛПУ во время его/ее лечения о других существующих программах реабилитации (например, о программе 12-ти шагов, по которой работают анонимные наркоманы/алкоголики)?

| | | |
|-----|----|----|
| Нет | 20 | 39 |
| Да | 30 | 61 |
| | N | % |

8. Была ли предоставлена вам или вашему сыну/дочери (мужу/жене) информация о месте проведения таких групп в вашем городе?

| | | |
|-----|----|----|
| Нет | 15 | 29 |
| Да | 35 | 71 |
| | N | % |

9. Нарушались ли мединформационные отношения с кем-либо из персонала ЛПУ?

| | | |
|-----|----|----|
| Нет | 43 | 86 |
| Да | 7 | 14 |
| | N | % |

10. Кого информировал персонал о его/ее болезни?

| | | |
|----------------------|----|----|
| Других родственников | 37 | 75 |
| | N | % |

11. Оказывали ли медицинский персонал ЛПУ помощь в получении медицинской помощи в других учреждениях?

| | | |
|-----|----|----|
| Нет | 32 | 64 |
| Да | 18 | 36 |
| | N | % |

12. Какое именно действие оказывал медицинский персонал ЛПУ вашему сыну/дочери (мужу/жене) в получении медицинской помощи в других учреждениях?

| | | |
|--|----|----|
| Дали контактный телефон | 10 | 21 |
| Посоветовали к кому из специалистов обратиться | 0 | 0 |
| лучше обратиться | 21 | 42 |
| Посоветовали встать на учет | 11 | 21 |
| Направили к штатному консультанту | 8 | 16 |
| Другое (что именно?) | 0 | 0 |
| | N | % |

| | | |
|--|----|----|
| 42. Поддерживающее лечение замещающим препаратом может вызывать поражение почек | | |
| | N | % |
| Не согласен (не согласна) | 13 | 26 |
| Не уверен(а) | 27 | 54 |
| Согласен (согласна) | 10 | 20 |

И в заключение несколько вопросов по поводу условий работы

| | | |
|---|----|----|
| 43. Как Вы оцениваете свою зарплату и поощрения? | | |
| | N | % |
| Не удовлетворен (а) | 35 | 70 |
| Не уверен(а) | 12 | 24 |
| Удовлетворен (а) | 3 | 6 |

| | | |
|---|----|----|
| 44. Как Вы оцениваете достаточность рабочего пространства? | | |
| | N | % |
| Не удовлетворен (а) | 15 | 30 |
| Не уверен(а) | 30 | 60 |
| Удовлетворен (а) | 5 | 10 |

| | | |
|--|----|----|
| 45. Как Вы оцениваете супервизию (консультации) и поддержку со стороны Вашего непосредственного супервизора (консультанта)? | | |
| | N | % |
| Не удовлетворен (а) | 5 | 10 |
| Не уверен(а) | 27 | 54 |
| Удовлетворен (а) | 18 | 36 |

| | | |
|---|----|----|
| 46. Как Вы оцениваете поддержку со стороны руководителя Вашей клиники/программы? | | |
| | N | % |
| Не удовлетворен (а) | 3 | 6 |
| Не уверен(а) | 15 | 30 |
| Удовлетворен (а) | 32 | 64 |

| | | |
|---|----|----|
| 47. Как Вы оцениваете координацию психологического консультирования и различных форм медицинской помощи? | | |
| | N | % |
| Не удовлетворен (а) | 12 | 24 |
| Не уверен(а) | 30 | 60 |
| Удовлетворен (а) | 8 | 16 |

| | | |
|---|----|----|
| 36. Многие пациенты обычно не склонны к сотрудничеству | | |
| | N | % |
| Не согласен (не согласна) | 10 | 20 |
| Не уверен(а) | 13 | 26 |
| Согласен (согласна) | 27 | 54 |

| | | |
|---|----|----|
| 37. Большинство лиц с призраком к опиям употребляют наркотик, потому что они должны (а не хотят) его употреблять | | |
| | N | % |
| Не согласен (не согласна) | 18 | 36 |
| Не уверен(а) | 12 | 24 |
| Согласен (согласна) | 20 | 40 |

Согласны ли Вы с утверждениями по поводу лечения пациентов?

| | | |
|---|----|----|
| 38. Поддерживающее лечение заместительным препаратом может вызывать поражение печени | | |
| | N | % |
| Не согласен (не согласна) | 12 | 24 |
| Не уверен(а) | 15 | 30 |
| Согласен (согласна) | 23 | 46 |

| | | |
|--|----|----|
| 39. Для пода заместительный препарат опаснее нелегальных опиаов | | |
| | N | % |
| Не согласен (не согласна) | 23 | 46 |
| Не уверен(а) | 21 | 42 |
| Согласен (согласна) | 6 | 12 |

| | | |
|---|----|----|
| 40. Стабильные дозы заместительного препарата существенно нарушают способность к вождению автомобилем и управлению движущимися механизмами | | |
| | N | % |
| Не согласен (не согласна) | 13 | 26 |
| Не уверен(а) | 12 | 24 |
| Согласен (согласна) | 25 | 50 |

| | | |
|---|----|----|
| 41. Поддерживающая заместительная терапия усугубляет тяжесть уже имеющегося депрессивного расстройства | | |
| | N | % |
| Не согласен (не согласна) | 18 | 36 |
| Не уверен(а) | 18 | 36 |
| Согласен (согласна) | 14 | 28 |

| | | |
|---|----|----|
| 30. Пациентов программы ЗПТ, продолжающих употреблять инъекционные наркотики, следует выписывать из программы, чтобы освободить место тем, у кого выше вероятность сократить случаи поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ | | |
| Не согласен (не согласна) | 12 | 24 |
| Не уверен(а) | 3 | 6 |
| Согласен (согласна) | 35 | 70 |
| % | N | |

| | | |
|--|----|----|
| 31. Пациентов программы ЗПТ, игнорирующих повторные предупреждения о том, чтобы прекратить употребление нелегальных наркотиков (не опиатов), следует исключать из программы | | |
| Не согласен (не согласна) | 7 | 14 |
| Не уверен(а) | 8 | 16 |
| Согласен (согласна) | 35 | 70 |
| % | N | |

| | | |
|---|----|----|
| 32. Пациенты на высоких дозах заместительного препарата должны получать меньшее количество препарата для приема дома, чем пациенты на низких дозах | | |
| Не согласен (не согласна) | 10 | 20 |
| Не уверен(а) | 28 | 56 |
| Согласен (согласна) | 12 | 23 |
| % | N | |

| | | |
|---|----|----|
| 33. Пациентов программы ЗПТ, которые жалуются на свою программу, следует поощрять к уходу из нее | | |
| Не согласен (не согласна) | 23 | 46 |
| Не уверен(а) | 20 | 40 |
| Согласен (согласна) | 7 | 14 |
| % | N | |

Согласны ли Вы с утверждениями по поводу абстиненции и ориентации на поддерживающее употребление наркотиков?

| | | |
|--|----|----|
| 35. Многие пациенты искренне стремятся к своему выздоровлению | | |
| Не согласен (не согласна) | 3 | 6 |
| Не уверен(а) | 30 | 60 |
| Согласен (согласна) | 17 | 34 |
| % | N | |

| | | |
|---|----|----|
| 36. Многие пациенты обычно не склонны к сотрудничеству | | |
| Не согласен (не согласна) | 10 | 20 |
| Не уверен(а) | 13 | 26 |
| Согласен (согласна) | 27 | 54 |
| % | N | |

24. Следует расширять программы ЗПТ с тем, чтобы все желающие лица с опитной зависимостью могли получать поддерживающее лечение

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 13 | 26 |
| Не уверен(а) | 3 | 6 |
| Согласен (согласна) | 34 | 66 |
| % | N | |

25. Лицам с опитной зависимостью следует проводить долгосрочное поддерживающее лечение только в том случае, если краткосрочное поддерживающее лечение оказалось неэффективным

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 10 | 20 |
| Не уверен(а) | 5 | 10 |
| Согласен (согласна) | 35 | 70 |
| % | N | |

26. Пациентов программы ЗПТ, продолжающих употреблять запрещенные наркотики, следует выписывать из программы, чтобы дать возможность лечиться тем, у кого вероятность получить пользу от такого лечения выше

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 5 | 10 |
| Не уверен(а) | 12 | 24 |
| Согласен (согласна) | 33 | 66 |
| % | N | |

27. Пациентам, принимающим заместительный препарат, и продолжающим употреблять нелегальные наркотики (не опиты), следует снижать дозу заместительного препарата

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 8 | 16 |
| Не уверен(а) | 12 | 24 |
| Согласен (согласна) | 30 | 60 |
| % | N | |

28. Лицам с болезненным пристрастием к опитам следует проводить долгосрочное поддерживающее лечение только в том случае, если альтернативные методы лечения оказались неэффективными

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 3 | 6 |
| Не уверен(а) | 10 | 20 |
| Согласен (согласна) | 37 | 74 |
| % | N | |

29. Пациентов, попавшихся на продаже или торговле своим заместительным препаратом, следует немедленно выписывать из программы

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 5 | 10 |
| Не уверен(а) | 5 | 10 |
| Согласен (согласна) | 40 | 80 |
| % | N | |

18. Пациентам программы ЗПТ, регулярно нарушающим график посещения сеансов психологического консультирования, следует постепенно отменить заместительный препарат

| | | |
|---------------------------|----|----|
| | N | % |
| Не согласен (не согласна) | 8 | 16 |
| Не уверен(а) | 20 | 40 |
| Согласен (согласна) | 22 | 44 |

19. После периода стабильной поддерживающей терапии следует побуждать пациентов приступить к постепенному прекращению употребления заместительного препарата

| | | |
|---------------------------|----|----|
| | N | % |
| Не согласен (не согласна) | 2 | 4 |
| Не уверен(а) | 3 | 6 |
| Согласен (согласна) | 45 | 90 |

20. Пациенту следует позволять оставаться на поддерживающем лечении заместительным препаратом столько времени, сколько он захочет

| | | |
|---------------------------|----|----|
| | N | % |
| Не согласен (не согласна) | 25 | 50 |
| Не уверен(а) | 15 | 30 |
| Согласен (согласна) | 10 | 20 |

21. Пациент должен достаточно долго принимать только заместительный препарат, чтобы устранить токсическое действие запрещенных опиаов

| | | |
|---------------------------|----|----|
| | N | % |
| Не согласен (не согласна) | 18 | 36 |
| Не уверен(а) | 17 | 34 |
| Согласен (согласна) | 15 | 30 |

22. Заместительная терапия должна быть ограниченной во времени (например, меньше шести месяцев или меньше года)

| | | |
|---------------------------|----|----|
| | N | % |
| Не согласен (не согласна) | 17 | 34 |
| Не уверен(а) | 10 | 20 |
| Согласен (согласна) | 23 | 46 |

23. Пациентов программы ЗПТ, игнорирующих повторные предупреждения о необходимости прекратить употребление нелегальных опиаов, следует исключать из программы

| | | |
|---------------------------|----|----|
| | N | % |
| Не согласен (не согласна) | 8 | 16 |
| Не уверен(а) | 7 | 14 |
| Согласен (согласна) | 35 | 70 |

Согласны ли Вы с утверждениями по поводу абстиненции и ориентации на поддерживающее употребление наркотиков?

| | | |
|--|----|----|
| 12. Главным должно быть воздержание от употребления всех наркотиков (включая заместительный препарат) | | |
| Не согласен (не согласна) | 3 | 6 |
| Не уверен(а) | 7 | 14 |
| Согласен (согласна) | 40 | 80 |
| % | N | |

| | | |
|--|----|----|
| 13. Пациентам, принимающим заместительный препарат и продолжающим употреблять нелегальные препараты, следует снизить дозу заместительного препарата | | |
| Не согласен (не согласна) | 14 | 26 |
| Не уверен(а) | 10 | 20 |
| Согласен (согласна) | 26 | 54 |
| % | N | |

| | | |
|--|----|----|
| 14. Не следует устанавливать для человека никаких ограничений на законную продолжительность заместительной поддерживающей терапии | | |
| Не согласен (не согласна) | 15 | 30 |
| Не уверен(а) | 10 | 20 |
| Согласен (согласна) | 25 | 50 |
| % | N | |

15. Пациент должен постепенно сокращать употребление заместительного препарата как только он(она) прекратит употребление нелегальных опиагов

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 7 | 14 |
| Не уверен(а) | 3 | 6 |
| Согласен (согласна) | 40 | 80 |
| % | N | |

16. Пациентам программы ЗПТ следует давать заместительный препарат в количестве, достаточном только для предотвращения развития симптомов отмены

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 5 | 10 |
| Не уверен(а) | 3 | 6 |
| Согласен (согласна) | 42 | 84 |
| % | N | |

17. Неточно держать наркоманов на заместительном препарате бесконечно

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 8 | 16 |
| Не уверен(а) | 7 | 14 |
| Согласен (согласна) | 35 | 70 |
| % | N | |

6. Заместительная терапия это не более чем замещение одного наркотика другим

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 37 | 74 |
| Не уверен(а) | 10 | 20 |
| Согласен (согласна) | 3 | 6 |
| N | | |
| % | | |

7. Обмен игл/шприцев следует внедрять во всех городах, в которых по имеющимся данным живет значительное количество потребителей инъекционных наркотиков

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 2 | 4 |
| Не уверен(а) | 8 | 16 |
| Согласен (согласна) | 40 | 80 |
| N | | |
| % | | |

8. Врачи должны иметь возможность выписывать героин лицам с героиновой зависимостью

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 35 | 70 |
| Не уверен(а) | 10 | 20 |
| Согласен (согласна) | 5 | 10 |
| N | | |
| % | | |

9. Заместительная поддерживающая терапия в значительной степени уменьшает последствия для здоровья, социальные и правовые последствия пристрастия к наркотикам

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 5 | 10 |
| Не уверен(а) | 13 | 26 |
| Согласен (согласна) | 32 | 64 |
| N | | |
| % | | |

10. Пристрастие к наркотикам - это порок

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 23 | 46 |
| Не уверен(а) | 10 | 20 |
| Согласен (согласна) | 17 | 34 |
| N | | |
| % | | |

11. Наркоманы это слабые люди, которые не могут устоять перед искушением употреблением наркотиков

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 18 | 36 |
| Не уверен(а) | 14 | 28 |
| Согласен (согласна) | 18 | 36 |
| N | | |
| % | | |

Одномерное распределение респондентов на вопрос анкеты
АНКЕТА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
ОТВЕТОВ

Согласны ли Вы с утверждениями по поводу болезненного пристрастия к психоактивным веществам?

| 1. Современное общество слишком терпимо относится к наркоманам | | |
|--|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 23 | 46 |
| Не уверен(а) | 12 | 24 |
| Согласен (согласна) | 15 | 30 |
| N | | % |

| 2. Взрослые, осужденные за продажу героина или кокаина несовершеннолетним, должны находиться в тюрьме пожизненно | | |
|--|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 7 | 14 |
| Не уверен(а) | 10 | 20 |
| Согласен (согласна) | 33 | 66 |
| N | | % |

| 3. Лица, осужденные за продажу запрещенных наркотиков, не подлежат досрочному или условному освобождению из тюрьмы | | |
|--|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 5 | 10 |
| Не уверен(а) | 10 | 20 |
| Согласен (согласна) | 34 | 70 |
| N | | % |

| 4. Марихуану следует легализовать | | |
|-----------------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 37 | 74 |
| Не уверен(а) | 10 | 20 |
| Согласен (согласна) | 3 | 6 |
| Согласен (согласна) | 34 | 70 |
| N | | % |

| 5. Лица, пристрастившиеся к опиатам, должны обивать в этом только себя | | |
|--|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 18 | 36 |
| Не уверен(а) | 15 | 30 |
| Согласен (согласна) | 17 | 34 |
| N | | % |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|----|---|---|---|---|---|---|
| 10. Летучие вещества | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11. Больше одного ПАВ в день (в том числе алко-голь) | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| 12. Клубные наркотики (экстази и др.) | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------|-------------|---------------|--------|-------|-----------|--|----|----|-----|----|----|----|----|
| Киев | Киев-ская обл. | Донецк обл. | Донецкая обл. | Одесса | Львов | Нико-лаев | 1. Алкоголь (вообще какое-либо употребление) | 75 | 75 | 94 | 65 | 47 | 0 | 91 |
| | | | | | | | 2. Алкоголь (употребление к появлению признаков ин-токсикации) | 31 | 44 | 6 | 18 | 6 | 0 | 43 |
| | | | | | | | 3. Героин | 25 | 31 | 29 | 6 | 12 | 6 | 14 |
| | | | | | | | 4. Другие опиаты/ анальгетики (ширка, трамадол) | 50 | 94 | 100 | 76 | 35 | 82 | 91 |
| | | | | | | | 5. Седативные вещества, транквилизаторы, антиде-прессанты | 50 | 63 | 59 | 18 | 18 | 6 | 24 |
| Употреблял на протяжении жизни | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|----|---|
| 6. Коксин | 25 | 19 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7. Амфетамин | 19 | 56 | 47 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| 8. Каннабис (марихуана, драп) | 56 | 63 | 88 | 41 | 12 | 41 | 57 | |
| 9. Галлюцино-гены | 25 | 38 | 35 | 6 | 0 | 0 | 14 | |
| 10. Летучие вещества | 0 | 25 | 18 | 0 | 0 | 0 | 14 | |
| 11. Больше одного ПАВ в день (в том числе алко-голь) | 19 | 25 | 29 | 6 | 35 | 0 | 29 | |
| 12. Клубные наркотики (экстази и др.) | 25 | 50 | 35 | 6 | 12 | 0 | 0 | |

20. Какие виды услуг (кроме медицинских) вы получали в процессе лечения в данном учреждении?

| Индивидуаль- ные консуль- тации о ВИЧ/ СПИД | Занятия/тре- нинг о преду- преждении ин- фицирования ВИЧ/СПИД | Участие в группах само- помощи | Консультация психолога | Консультация юриста | Консультация при участии членов семьи | Консультация с трудострой- ства | Не получал | Другое |
|---|---|--------------------------------------|---------------------------|------------------------|---|---------------------------------------|------------|--------|
| Киев обл. Киев- ская обл. Донецк обл. Одесса Львов Нико- лаев | 44 | 31 | 38 | 44 | 0 | 13 | 19 | 0 |
| 6 | 36 | 29 | 43 | 21 | 14 | 21 | 36 | 7 |
| 88 | 59 | 6 | 18 | 0 | 24 | 0 | 29 | 0 |
| 18 | 12 | 6 | 53 | 6 | 18 | 0 | 24 | 12 |
| 7 | 7 | 0 | 13 | 0 | 0 | 0 | 73 | 0 |
| 38 | 19 | 10 | 29 | 0 | 0 | 5 | 43 | 0 |

21. ASI-LITE
 Употребляли ли вы после прохождения лечения алкоголь или другие психоактивные вещества

| Киев обл. Киев- ская обл. Донецк обл. Одесса Львов Нико- лаев | Употреблял последние 30 дней | | | | | | | | |
|---|---|---|-----------|--|--|-----------|---------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| | 1. Алкоголь (вообще какое-либо употребление) | 2. Алкоголь (употребление к появлению признаков ин- токсикации) | 3. Героин | 4. Другие опиаты/ аналь- гетики (ширка, трамадол) | 5. Седативные вещества, транквилиза- торы, антиде- прессанты | 6. Кокаин | 7. Амфетамин- ны | 8. Каннабис (марихуана, дроп) | 9. Галлюцино- гены |
| Киев обл. Киев- ская обл. Донецк обл. Одесса Львов Нико- лаев | 25 | 6 | 0 | 13 | 6 | 6 | 13 | 0 | 0 |
| 6 | 47 | 0 | 0 | 35 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 53 | 24 | 0 | 29 | 29 | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 0 | 53 | 12 | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 |
| 75 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 42 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|
| Услуги оплаты- вакотся через кассу | 38 | 50 | 18 | 12 | 6 | 19 |
| Давал деньги непосред- ственно меде- стре | 6 | 13 | 18 | 65 | 35 | 24 |
| Другое | 6 | 6 | 11 | 5 | 6 | 19 |

17. Приходилось ли вам во время лечения покупать мед, препараты за свои деньги?

| | | | | | |
|------|--------------------|-------------|--------|-------|---------------|
| Киев | Киев- ская обл. | Донецк обл. | Одесса | Львов | Нико- лаев |
| Да | 75 | 50 | 71 | 94 | 86 |
| Нет | 25 | 50 | 29 | 6 | 14 |

18. Во сколько обошлось вам лечение в ЛПУ, включая все расходы на медикаменты и услуги?

| | | | | | |
|-----------------|--------------------|-------------|--------|-------|---------------|
| Киев | Киев- ская обл. | Донецк обл. | Одесса | Львов | Нико- лаев |
| Нет ответа | 38 | 44 | 47 | 0 | 24 |
| Меньше 100 грн. | 0 | 6 | 12 | 18 | 0 |
| 150 - 300 грн. | 13 | 0 | 12 | 0 | 48 |

19. За какие виды услуг вам приходилось платить в данном учреждении?

| | | | | | | | |
|------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 450 - 1000 грн. | 19 | 13 | 18 | 35 | 11 | 18 | 29 |
| Больше 1000 грн. | 31 | 37 | 11 | 47 | 0 | 17 | 0 |

| | | | | | | |
|--|--------------------|-------------|--------|-------|---------------|----|
| Киев | Киев- ская обл. | Донецк обл. | Одесса | Львов | Нико- лаев | |
| Госпитализа- цию | 36 | 27 | 0 | 53 | 7 | 56 |
| Литание | 7 | 36 | 6 | 59 | 13 | 0 |
| Диагностику | 21 | 18 | 6 | 41 | 0 | 11 |
| За каждую манипуляцию (укол, капельница и др.) | 7 | 18 | 12 | 18 | 27 | 56 |
| За каждый анализ | 7 | 18 | 0 | 6 | 6 | 0 |
| За консультацию психолога | 14 | 18 | 6 | 6 | 6 | 0 |
| За консультации специалистов др. (терапевта, невропатолога и т.д.) | 43 | 9 | 0 | 35 | 7 | 0 |
| Другое | 36 | 46 | 82 | 24 | 60 | 11 |

12. Как изменилось отношение ваших родных (близких) к вам после работы с ними медперсонала ЛПУ?
 % к тем, с чьими родными (близкими) работал медперсонал ЛПУ, в котором респондент проходил лечение

| | | | | | | | |
|---------------------|--|---|--|--|------------|---------------|----|
| Заметно улучшилось | 75 | 50 | 64 | 33 | 40 | 0 | 57 |
| Стало немного лучше | 25 | 25 | 18 | 33 | 20 | 0 | 14 |
| Никак не изменилось | 0 | 0 | 0 | 22 | 40 | 100 | 14 |
| Ухудшилось | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Тяжело сказать | 0 | 0 | 25 | 9 | 11 | 0 | 0 |
| Другое | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| | Киев, обл., скай-обл., Днепропетр., Одес., Львов, Николаев, n=14 | Киев, обл., скай-обл., Днепропетр., Одес., Львов, Николаев, n=7 | Днепропетр., обл., Скай-обл., Одес., Львов, Николаев, n=15 | Днепропетр., обл., Скай-обл., Одес., Львов, Николаев, n=12 | Львов, n=8 | Николаев, n=7 | |

13. Информировали ли вас в ЛПУ во время лечения о других существующих программах реабилитации (например о программе 12-ти шагов, по которой работают анонимные наркоманы/алкоголики)?

| | | | | | | | |
|-----|--|--|--|-----------------|----------|----|----|
| Да | 75 | 75 | 75 | 35 | 82 | 65 | 43 |
| Нет | 25 | 25 | 25 | 65 | 18 | 35 | 57 |
| | Киев, обл., скай-обл., Днепропетр., Одес., Львов, Николаев | Киев, обл., скай-обл., Днепропетр., Одес., Львов, Николаев | Днепропетр., обл., Скай-обл., Одес., Львов, Николаев | Львов, Николаев | Николаев | | |

14. Была ли предоставлена вам информация о месте проведения таких групп в вашем городе?
 % к тем, кого информировали в ЛПУ во время лечения о других существующих программах реабилитации (например, о программе 12-ти шагов, по которой работают анонимные наркоманы/алкоголики)

| | | | | | | | |
|-----|------------|---|--|---|------------|---------------|-----|
| Да | 100 | 83 | 83 | 50 | 91 | 100 | 100 |
| Нет | 0 | 17 | 17 | 50 | 9 | 0 | 0 |
| | Киев, n=14 | Киев, обл., скай-обл., Днепропетр., n=7 | Днепропетр., обл., Скай-обл., Одес., Львов, Николаев, n=15 | Одес., Скай-обл., Львов, Николаев, n=12 | Львов, n=8 | Николаев, n=7 | |

15. Нарушал ли медперсонал относительно вас принцип конфиденциальности? (например 12-ти шагов, по которой работают анонимные наркоманы/алкоголики)?

| | | | | | | | |
|-----|--|--|--|-----------------|----------|----|----|
| Да | 9 | 6 | 6 | 65 | 6 | 18 | 14 |
| Нет | 94 | 94 | 94 | 35 | 94 | 82 | 86 |
| | Киев, обл., скай-обл., Днепропетр., Одес., Львов, Николаев | Киев, обл., скай-обл., Днепропетр., Одес., Львов, Николаев | Днепропетр., обл., Скай-обл., Одес., Львов, Николаев | Львов, Николаев | Николаев | | |

16. Платили ли вы за услуги в данном медицинском учреждении?

| | | | | | | | |
|-----|--|--|--|-----------------|----------|----|----|
| Нет | 50 | 31 | 53 | 18 | 53 | 53 | 38 |
| | Киев, обл., скай-обл., Днепропетр., Одес., Львов, Николаев | Киев, обл., скай-обл., Днепропетр., Одес., Львов, Николаев | Днепропетр., обл., Скай-обл., Одес., Львов, Николаев | Львов, Николаев | Николаев | | |

| | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|----|
| Посоветова- ли к какому специалисту лучше обра- титься | 36 | 40 | 50 | 71 | 44 | 33 | 33 |
| Поспособство- вали записи на прием | 27 | 40 | 25 | 14 | 44 | 0 | 67 |
| Направили к штатному консультанту | 36 | 20 | 0 | 29 | 0 | 0 | 33 |
| Другое | 27 | 40 | 25 | 0 | 0 | 0 | 33 |

8. Предлагали ли вам после прохождения лечения в стационаре, в реабилитационном отделении или амбула-
торно?

| | | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| Нет | 12 | 56 | 59 | 12 | 29 | 53 | 67 |
| Да | 88 | 44 | 41 | 82 | 71 | 47 | 33 |

9. Какие формы лечения или реабилитации вам предлагали?
% к тем, кому предлагали после лечения в стационаре продолжить лечение в дневном стационаре, реабилитационном отделении или амбулаторно

| | | | | | | | |
|-----------------------------|----|---|----|---|----|---|----|
| Только меди- цинские | 7 | 0 | 29 | 7 | 25 | 0 | 43 |
| Только психо- логические | 29 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |

10. У вас спрашивали, хотите ли вы находиться на диспансерном учете?

| | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|----|
| И медицин- ские, и психо- логические | 64 | 29 | 57 | 47 | 42 | 50 | 29 |
| Программа реабилитации | 43 | 43 | 29 | 47 | 67 | 88 | 57 |
| Другое | 0 | 29 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Главный врач | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |

11. Работал ли медперсонал ЛПУ, в котором вы проходили лечение, с вашими родственниками?

| | | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|----|-----|----|
| Нет | 44 | 81 | 76 | 65 | 35 | 100 | 90 |
| Да | 56 | 19 | 24 | 35 | 65 | 0 | 10 |

| | | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| Нет | 75 | 50 | 35 | 47 | 71 | 94 | 67 |
| Да | 25 | 50 | 65 | 53 | 29 | 6 | 33 |

4. Кто принимал решение о вашем поступлении?

| | | | | | | | |
|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Участковый врач | 6 | 0 | 12 | 29 | 19 | 0 | 52 |
| Дежурный врач | 6 | 0 | 6 | 12 | 35 | 18 | 19 |
| Главный врач | 38 | 13 | 12 | 53 | 47 | 47 | 10 |
| Другое | 50 | 75 | 71 | 6 | 6 | 12 | 19 |
| Заведующий отделением | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 24 | 0 |
| Директор центра | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

5. Кто объяснял вам, в чем заключается лечение и какие его результаты

| | | | | | | | |
|----------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Врач при поступлении | 56 | 31 | 53 | 88 | 88 | 94 | 86 |
| Медсестра | 0 | 0 | 0 | 6 | 6 | 0 | 0 |
| Социальный работник | 25 | 31 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Другое | 19 | 31 | 35 | 6 | 6 | 6 | 14 |
| Директор центра | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Главный врач | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |

6. Сколько всего раз во время вашей зависимости вы проходили лечение в медицинском учреждении или реабилитационном центре?

| | | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 раз | 13 | 44 | 6 | 41 | 12 | 18 | 5 |
| 2 раза | 25 | 13 | 35 | 18 | 24 | 6 | 29 |
| 3-5 раз | 19 | 13 | 29 | 41 | 41 | 18 | 24 |
| 6-40 раз | 31 | 19 | 29 | 0 | 18 | 35 | 29 |
| Нет ответа | 13 | 13 | 0 | 0 | 6 | 0 | 14 |

7. Способствовал ли вам персонал ЛПУ в получении медицинской помощи в других учреждениях?

| | | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| Да | 69 | 31 | 24 | 41 | 53 | 24 | 14 |
| Нет | 31 | 69 | 76 | 59 | 47 | 76 | 86 |

7.1. Как именно способствовал вам персонал ЛПУ в получении медицинской помощи в других учреждениях? % к тем, кому персонал ЛПУ способствовал в получении медицинской помощи в других учреждениях

| | | | | | | | |
|-------------------------|------|---------------|---------------|--------------|----------------|-------------------|-------------------|
| Дали контактный телефон | 36 | 40 | 0 | 14 | 44 | 33 | 33 |
| Київська обл. | Київ | Київська обл. | Донецька обл. | Одеська обл. | Львівська обл. | Нікопольська обл. | Нікопольська обл. |

Однородное распределение ответов респондентов на вопрос анкеты, по регионам, (%)

1. Когда вы проходили последний раз лечение в стационаре в наркодиспансере?

| | | | | | | | |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Меньше 1 месяца | 0 | 31 | 82 | 12 | 71 | 94 | 10 |
| 1 месяц | 56 | 25 | 12 | 59 | 29 | 6 | 43 |
| 2 месяца | 19 | 25 | 0 | 29 | 0 | 0 | 48 |
| 3 и больше месяцев | 25 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

2. Сколько дней вам потребовалось, чтобы попасть на лечение?

| | | | | | | | |
|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Попал в тот же день | 38 | 27 | 82 | 24 | 41 | 12 | 67 |
| Попал на следующий день | 19 | 27 | 0 | 47 | 29 | 6 | 23 |
| Ждал 2 дня и больше | 44 | 47 | 18 | 29 | 29 | 82 | 10 |

3. Требовали ли от вас для поступления на лечение какие-нибудь документы?

| | | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|-----|----|----|
| Да | 38 | 88 | 71 | 47 | 100 | 82 | 95 |
| Нет | 62 | 12 | 29 | 53 | 0 | 18 | 5 |

3. Какие именно документы для поступления на лечение от вас требовали? % к тем, от кого требовали какие-либо документы для поступления на лечение

| | | | | | | | |
|------------------------|----|----|-----|----|-----|----|----|
| Направление на лечение | 50 | 0 | 25 | 38 | 6 | 92 | 25 |
| Флюорография | 17 | 57 | 25 | 0 | 6 | 46 | 65 |
| Справка от дерматолога | 0 | 43 | 0 | 13 | 6 | 0 | 0 |
| Паспорт | 17 | 29 | 100 | 50 | 100 | 8 | 20 |
| Анализы | 67 | 43 | 8 | 50 | 0 | 0 | 10 |
| Справка о ВИЧ/СПИД | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |

| | | |
|---------------------------------------|----|------|
| Участие в группах самопомощи | 25 | 12,5 |
| Консультация психолога | 75 | 37,5 |
| Консультация юриста | 13 | 6,3 |
| Консультация при участии членов семьи | 25 | 12,5 |
| Консультация по трудоустройству | 10 | 5,2 |
| Другое | 6 | 3,1 |

| | | | | |
|---|---|----|----|----|
| 10. Летучие вещества | 0 | 0 | 7 | 14 |
| 11. Больше одного ПАВ в день (в том числе алкоголь) | 5 | 10 | 19 | 38 |
| 12. Клубные наркотики (экстази и др.) | 3 | 6 | 21 | 42 |

Таблица 29. ASI-LITE
 Употребляли ли вы после прохождения лечения алкоголь или другие ПАВ (наркотики)

| Употреблял последние 30 дней | % | | N | |
|---|----|----|----|-----|
| | % | N | % | N |
| 1. Алкоголь (вообще какое-либо употребление) | 26 | 52 | 99 | 198 |
| 2. Алкоголь (употребление к появлению признаков интоксикации) | 2 | 4 | 57 | 114 |
| 3. Героин | 0 | 0 | 18 | 36 |
| 4. Другие опиаты/анальгетики (ширка, трамадол) | 25 | 50 | 93 | 186 |
| 5. Седативные вещества, транквилизаторы, антидепрессанты | 13 | 26 | 35 | 70 |
| 6. Кокаин | 1 | 2 | 9 | 18 |
| 7. Амфетамины | 0 | 0 | 20 | 40 |
| 8. Каннабис (марихуана, дран) | 20 | 40 | 50 | 100 |
| 9. Галлюциногены | 1 | 2 | 17 | 34 |

| | | |
|--------------------------|---|------|
| Друзья/соседи / знакомые | 2 | 5,5 |
| Другое | 4 | 11,2 |

Таблица 24. Платили ли вы за услуги в данном медицинском учреждении?

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Не согласен (не согласна) | 13 | 26 |
| Не уверен(а) | 3 | 6 |
| Согласен (согласна) | 34 | 66 |
| N | | % |

Таблица 25. Приходилось ли вам во время лечения покупать медицинские препараты за свои деньги?

| | | |
|-------|-----|----|
| Ответ | N | % |
| Да | 76 | 38 |
| Нет | 124 | 62 |

Таблица 26. Сколько стоило лечение в ЛПУ, включая расходы на медикаменты и услуги?

| | | |
|------------------------|----|------|
| Изменения относительно | N | % |
| Заметно улучшилось | 38 | 50 |
| Стало немного лучше | 18 | 23,7 |
| Никак не изменилось | 10 | 13,2 |
| Стало хуже | 0 | 0 |

| | | |
|---------------------|---|------|
| Никак не изменилось | 8 | 10,5 |
| Другое | 2 | 2,6 |

Таблица 27. За какие виды услуг вам приходилось платить? % к тем, кто платил за услуги, n = 114

| | | |
|--|----|------|
| Виды услуг | N | % |
| Госпитализацию | 32 | 28,1 |
| Питание | 25 | 21,9 |
| Диагностику | 19 | 16,7 |
| За каждую манипуляцию (укол, капельница и др.) | 23 | 20,2 |
| За каждый анализ | 5 | 4,4 |
| За консультацию психолога | 8 | 7,0 |
| За консультацию (терапевта, др. специалистов (терапевта, невропатолога и т.д.) | 19 | 16,7 |
| Другое | 55 | 48,2 |

Таблица 28. Какие услуги (кроме медицинских) вы получили в процессе лечения?

| | | |
|---|----|------|
| Виды услуг | N | % |
| Индивидуальные консультации относительно ВИЧ/СПИД | 67 | 33,3 |
| Занятия/тренинги о предупреждении инфицирования гепатитами В, С, ВИЧ/СПИД | 54 | 27,1 |

Таблица 17. СОГЛАСОВАНЫВАЛИ ли с вами взятие на диспансерный учет?

| Ответ | N | % |
|-------|-----|----|
| Да | 66 | 33 |
| Нет | 134 | 67 |

Таблица 18. РАБОТАЛ персонал ЛПУ с вашими родственными (близкими)?

| Ответ | N | % |
|-------|-----|----|
| Да | 76 | 38 |
| Нет | 124 | 62 |

Таблица 19. КАК ИЗМЕНИЛОСЬ отношение родных (близких) к вам после работы с ними персонала ЛПУ? % к тем, с чьими родственными (близкими) работал персонал ЛПУ, в котором респондент проходил лечение, n=76

| Изменения отношения | N | % |
|---------------------|----|------|
| Заметно улучшилось | 38 | 50 |
| Стало немного лучше | 18 | 23,7 |
| Никак не изменилось | 10 | 13,2 |
| Стало хуже | 0 | 0 |
| Никак не изменилось | 8 | 10,5 |
| Другое | 2 | 2,6 |

Таблица 20. Информировали ли вас в ЛПУ о других существующих программах реабилитации (например, о программе 12-ти шагов, по которой работают анонимные наркоманья/алкоголики)?

| Ответ | N | % |
|-------|-----|------|
| Да | 131 | 65,5 |
| Нет | 69 | 34,5 |

Таблица 21. Была ли предоставлена вам информация о месте проведения таких групп в вашем городе? % к тем, кого информировали в ЛПУ во время лечения о других существующих программах реабилитации (например, о программе 12-ти шагов, за которой работают анонимные наркоманья/алкоголики), n=131

| Ответ | N | % |
|-------|-----|------|
| Да | 109 | 83,2 |
| Нет | 22 | 16,8 |

Таблица 22. Нарушался ли медперсоналом относительно вас принцип конфиденциальности?

| Ответ | N | % |
|-------|-----|----|
| Да | 36 | 18 |
| Нет | 164 | 82 |

Таблица 23. Кого информировали врачи о вашей болезни? % к тем, относительно кого нарушался принцип конфиденциальности, n=36

| Личность | N | % |
|-----------------------|----|------|
| Близкие, родственники | 30 | 83,2 |

Таблица 12. Способствовал ли персонал ЛПУ получению медицинской помощи в других учреждениях?

| Ответ | N | % |
|-------|-----|----|
| Да | 78 | 39 |
| Нет | 122 | 61 |

Таблица 12.1. Как именно персонал ЛПУ способствовал получению медицинской помощи в других учреждениях? % к тем, кому персонал ЛПУ способствовал в получении медицинской помощи в других учреждениях, n=78

| Содержание пер-сонала | N | % |
|--|----|------|
| Дали контакти телефон | 24 | 30,8 |
| Посоветовали к какому специалисту лучше обратиться | 36 | 46,2 |
| Записали на прием | 22 | 28,2 |
| Направили к штатному консультанту | 14 | 17,9 |
| Другое | 14 | 17,9 |

Таблица 13. Предлагали ли вам после лечения в стационаре продлить его в дневном стационаре, в реабилитационном отделении или амбулаторно?

| Ответ | N | % |
|-------|-----|----|
| Да | 126 | 63 |
| Нет | 74 | 37 |

Таблица 14. Какие формы лечения или реабилитации вам были предложены? % к тем, кому предлагали после прохождения лечения в стационаре продлить лечение в дневном стационаре, в реабилитационном отделении или амбулаторно, n=126

| Формы лечения | N | % |
|----------------------------------|----|------|
| Программа реабилитации | 66 | 52,4 |
| И медицинские, и психологические | 62 | 49,2 |
| Только медицинские | 14 | 11,1 |
| Только психологические | 10 | 7,9 |
| Другое | 4 | 3,2 |

Таблица 15. Продолжали ли вы лечение после стационара?

| Ответ | N | % |
|-------|-----|----|
| Да | 67 | 33 |
| Нет | 133 | 67 |

Таблица 16. Как долго? % к тем, продолжал лечение в дневном стационаре, отделении реабилитации или амбулаторно, n=67

| Срок лечения | N | % |
|-------------------|----|------|
| 1-2 недели | 17 | 26,5 |
| 3 недели | 20 | 29,4 |
| больше 3-х недель | 17 | 26,5 |
| Нет ответа | 12 | 17,6 |

| | | |
|-----------------------|----|-----|
| Джурный врач | 26 | 23 |
| Участковый врач | 20 | 10 |
| Заведующий отделением | 9 | 4,5 |
| Участковый врач | 3 | 1,5 |

Таблица 8. Кто информировал, в чем заключается лечение и какие возможные результаты?

| | | |
|-------------------------|----|------|
| Личность | N | % |
| Никто | 98 | 49 |
| Врач при первом осмотре | 69 | 34,5 |
| Другое | 17 | 8,5 |
| Социальный работник | 12 | 6 |
| Медсестра | 2 | 1 |
| Директор центра | 1 | 0,5 |
| Главный врач | 1 | 0,5 |

Таблица 9. Были ли вы проинформированы о ваших правах как пациента?

| | | |
|----------|-----|------|
| Ответ | N | % |
| Да | 115 | 57,5 |
| Частично | 57 | 23,5 |
| Нет | 28 | 14 |

Таблица 10. Сколько всего раз вы лечились в медицинском учреждении или проходили курс в реабилитационном центре?

| | | |
|------------|----|------|
| Количество | N | % |
| 1 раз | 44 | 22 |
| 2 раза | 39 | 19,5 |
| 3-5 раз | 63 | 31,5 |
| 6-40 раз | 44 | 22 |
| Нет ответа | 10 | 5 |

Таблица 11. Оцените отношение медицинского персонала к пациентам

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|-----|----|-----|-------------|-----|----|---|----|----|-----------------|----|----|----|
| 11.3. Психологи | N | % | 11.2. | | N | % | 11.1. Врачи | N | % | 11.1. Врачи | N | % | 11.3. Психологи | | | |
| | | | N | % | | | | | | | | | | N | % | |
| Ответ по каждой колонке | | | Обычно приветливое и внимательное отношение ко всем пациентам | 126 | 63 | 109 | 55 | 140 | 70 | Приветливое и внимательное отношение только к своим знакомым или тем, кто платит деньги | 53 | 26 | 49 | 24 | 19 | 9 |
| | | | Обычно не приветливое, предвзятое отношение к пациентам | 6 | 3 | 22 | 11 | 5 | 3 | Тяжело ответить/не было ответа | 15 | 8 | 20 | 10 | 36 | 18 |

Таблица 3. КОГДА последний раз лечился в наркодиспансере

| Последнее лечение | N | % |
|--------------------------|----|------|
| Меньше 1-го месяца назад | 99 | 49,5 |
| 1 месяц назад | 62 | 31 |
| 2 месяца назад | 24 | 12 |
| 3 месяца назад и больше | 15 | 7,5 |
| 41+ | 18 | 9 |

Таблица 4. ПАВ, с которой связана зависимость

| ПАВ | N | % |
|-------------|-----|----|
| Опиаты | 170 | 85 |
| Стимуляторы | 26 | 13 |
| Другое | 4 | 2 |

Таблица 5. СКОЛЬКО дней понадобилось, чтобы попасть на лечение?

| Количество дней | N | % |
|---------------------------|----|------|
| Попасть в тот же день | 54 | 27 |
| Попасть на следующий день | 63 | 31,5 |
| Ждал два дня и больше | 83 | 41,5 |
| 41+ | 18 | 9 |

Таблица 6. Требовали ли от вас при приеме на лечение какие-нибудь документы: справки, направления, результаты обследований, анализы?

| Ответ | N | % |
|-------|-----|------|
| Да | 141 | 70,5 |
| Нет | 59 | 29,5 |

Таблица 6.1. Какие именно документы от вас требовали? % к тем, от кого требовали какие-нибудь документы для приема на лечение, n=141

| Документ | N | % |
|------------------------|-----|------|
| Паспорт | 111 | 55,3 |
| Направление на лечение | 62 | 31,2 |
| Флюорография | 54 | 26,9 |
| Анализы | 43 | 21,3 |
| Справка от дерматолога | 23 | 11,3 |
| Справка о ВИЧ/СПИД | 5 | 2,1 |

Таблица 7. Кто принимал решение касательно приема?

| Лицо, принявшее решение | N | % |
|-------------------------|----|----|
| Главный врач | 70 | 35 |
| Знакомый врач | 72 | 36 |

8. Балакорева О.М., Гусак Л.М., Довбах Г.В., Лавренев О.О., Ланиотто В.И., Петренко Т.В., Поргила Н.Б., Салюк Т.О., Сидяк С.Б., Хуткий Д.О., Шамота Т.С. Оценка численности групп повышенного риска инфицирования ВИЧ в Украине. Киев: МБФ «Міжнародний Альянс по ВИЧ/СПИД в Україні», 2006. – 28 с.

9. Линский И. В., Минко А. И., Первомайский Э. Б. Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине // Наркология. — 2005. — № 4. — С. 12–17.

10. HIV/AIDS in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management. Edited by Srdan Matić, Jeffrey V. Lazarus & Martin C. Donoghoe. Publications WHO Regional Office for Europe. 2006

11. International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, WHO, UNAIDS. (June 2006). Report on the National Consensus Estimates on HIV and AIDS in Ukraine as of end of 2005. Kiev.

12. Robert E. Booth, John T. Brewster, Sergey Dvoryak and Larisa Sinitina (2007) Drug use patterns, risk level and seroconversion among IDUs in Ukraine. In press.

13. Борогова З. Н., Самойленко В. Я. Организация наркологической помощи населению г. Харьков и Харьковской области (1959–1994 гг.) // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрука. — Харьков, 1994. — Т. 1. — С. 17–21.

14. HIV/AIDS Treatment and Care for Injecting Drug Users. Clinical Protocol for the WHO European Region (2006). Edited by: Irina Eratova, Srdan Matić, Monique Munz. Publications WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 2006

15. Зрів'язаної ситуації в Україні. Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України. 2007

16. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide. NIH Publication No. 99-4180

17. Basic principles for treatment and psychosocial support of drug dependent people living with HIV/AIDS. Publication by World Health Organization, 2006 ISBN 92 4 159473 X (NLM classification: WC 503.2)

1. International HIV/AIDS Alliance in Ukraine, WHO, UNAIDS. (June 2006). Report on the National Consensus Estimates on HIV and AIDS in Ukraine as of end of 2005. Kiev.

2. Robert E. Booth, John T. Brewster, Sergey Dvoryak and Larisa Sinitina (2007) Drug use patterns, risk level and seroconversion among IDUs in Ukraine. In press.

3. Борогова З. Н., Самойленко В. Я. Организация наркологической помощи населению г. Харьков и Харьковской области (1959–1994 гг.) // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрука. — Харьков, 1994. — Т. 1. — С. 17–21.

4. HIV/AIDS Treatment and Care for Injecting Drug Users. Clinical Protocol for the WHO European Region (2006). Edited by: Irina Eratova, Srdan Matić, Monique Munz. Publications WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 2006

5. Зрів'язаної ситуації в Україні. Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України. 2007

6. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide. NIH Publication No. 99-4180

7. Basic principles for treatment and psychosocial support of drug dependent people living with HIV/AIDS. Publication by World Health Organization, 2006 ISBN 92 4 159473 X (NLM classification: WC 503.2)

Данные опросов

Данные анкетирования пациентов, прошедших лечение по поводу наркотической зависимости, в 7 городах и регионах Украины: Киев, Киевская обл., Донецкая обл., Львов, Николаев. Всего в анкетировании приняло участие 200 респондентов. Данные представлены в следующих таблицах.

Таблица 1. ВОЗРАСТ

| Возраст | N | % |
|-----------|----|------|
| 17-20 лет | 10 | 5 |
| 21-25 лет | 38 | 19 |
| 26-30 лет | 57 | 28,5 |
| 31-40 лет | 77 | 38,5 |
| 41+ | 18 | 9 |

Таблица 2. ПОЛ

| Пол | N | % |
|---------|-----|----|
| Мужской | 154 | 77 |
| Женский | 46 | 23 |

- бесплатно.
14. В Украине пока не создана система помощи ПИН и наркозависимым, которая могла бы существенно снизить распространение ВИЧ-инфекции. Одной из причин, влияющих на такое положение дел, является то, что заместительная терапия, которая есть весомой составляющей политики снижения вреда, до сих пор используется в ограниченных масштабах.
15. Пациенты и их родственники пассивно участвуют в лечении и недостаточно поощряются к мероприятиям по профилактике ВИЧ/СПИД и гепатитов.
16. Сотрудники наркологических ЛПУ зачастую органичиваются исключительно медицинскими мерами и не проявляют заинтересованности в сотрудничестве с соответствующими НПО.

Рекомендовано:

- Распространить полученные данные среди наркологов, организаторов здравоохранения и политиков, занятых решением проблем общественного здоровья;
- Презентовать результаты проекта на заседании рабочей группы МЗ по вопросам противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД;
- Совместно с работниками научно-учебных учреждений пересмотреть курс последипломного обучения наркологов, с целью применения в лечении принципов доказательной медицины;
- Пролонгировать Министрству здравоохранения Украины создать модель лечения наркозависимости, которая бы опиралась преимущественно на амбулаторные методы; привлекать к работе с местными ЛПУ соответствующие НПО для проведения мероприятий по реабилитации и противорецидивного лечения;
- Разработать современные протоколы лечения опиоидной зависимости; дополнить Стандарты наркологической помощи пунктами, которые должны организовать возможность врачей применять методы лечения с недоказанной эффективностью, в частности применение нейролептиков, гипнотиков, «кодированья» и т.п.;
- Способствовать расширению ЭПТ, в первую очередь за счет программ, финансируемых из местных бюджетов; сделать это лечение более доступным и обеспечить психосоциальную поддержку участников терапии.
- Разработать протокол по работе с родственниками наркозависимых

Список использованной литературы

1. Khodakevich L, Dehne KL. HIV epidemics in drug-using population and increasing Drug use in Central and Eastern Europe. Inaugural Meeting of the Global Research Network on HIV Prevention in Drug-Using Populations, Geneva, June 1998.
 2. UNAIDS. (2002). Report on the global HIV/AIDS epidemic 2002. Retrieved 2007, from http://www.unaids.org/html/pub/global-reports/barcelona/BR-global_AIDS_Report_en.pdf
 3. Robert E. Booth, Wayne E. K. Lehman, Carol F. Kwiatkowski, John T. Brewster, Larisa Sinityna, Sergey Dvoryak Stimulant Injectors in Ukraine: The Next Wave of the Epidemic? AIDS and Behavior, 2008, 10.1007/s10461-008-9359-3.
 4. UNAIDS/WHO – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS epidemic update. Geneva, Switzerland: UNAIDS and WHO, 2002.
 5. Robert E. Booth, Carol F. Kwiatkowski, John T. Brewster, Larisa Sinityna and Sergey Dvoryak. Predictors of HIV sero-status among drug injectors at three Ukraine sites. AIDS 2006, 20:2217–2223
 6. Nadia Abdala, Jean-Paul C. Grund, Yanis Tolstov, Andrei P. Kozlov & Robert Heimer. Can home-made injectable opiates contribute to the HIV epidemic among injection drug users in the countries of the former Soviet Union? Addiction, 101, (2006) 731–737
 7. Balakireva O. M., Varban M. Y., Yaremko A. A. (2003): Evaluation of development possibilities for HIV prevention programs amongst injection drug users, UNAIDS-UNICEF, Kyiv.
- и их информированния о методах лечения и правилах обращения с наркотическими;
- Требовать от ЛПУ осуществлять мониторинг и оценку эффективности лечения наркозависимости как минимум в течение одного года от начала прохождения курса пациентом с использованием объективных методов (стандартизированные опросники, структурированные интервью).
 - Рекомендовать привлекать к работе с наркопотребителями самих наркозависимых, что безусловно поможет персоналу воспринимать их не как преступников, но как партнеров в работе, строить «горизонтальные» отношения между пациентами и персоналом;
 - Провести дополнительную разъяснительную работу с наркологами с целью исключить практику принудительной диспансеризации, нарушения конфиденциальности и прочие элементы дискриминации наркозависимых.

не определен обязательный минимум медикаментов и психосоциальной помощи.

4. Лечение осуществляется в большинстве случаев в стационаре и почти не продолжается после выписки из стационара. Меры противодействия рецидивированию проводятся в ограниченном объеме.
5. При проведении лечения применяются методы, эффективность которых не доказана; во многих наркоучреждениях для лечения зависимости используются нейролептики, антидепрессанты и другие психотропные средства, которые не снижают потребление наркотиков и не улучшают качество жизни пациентов.
6. Пациентов в течение лечения недостаточно информируют относительно распространения инфекций, передающихся инъекционным путем, их не привлекают к программам снижения вреда.
7. Не всем пациентам предоставляется помощь психолога и обеспечивается психологическое консультирование, несмотря на то, что, по мнению пациентов именно такой вид лечения наиболее эффективен; также в недостаточном объеме предоставляются услуги по семейному консультированию.
8. Только половина пациентов получают информацию от персонала о целях и задачах лечения, а также о применяемых методиках, что, с одной стороны, нарушает их права на информированность, а с другой – снижает эффективность оказания помощи.
9. За небольшим исключением пациентов принудительно ставят на диспансерный наркологический учет, что в значительной степени обуславливает дальнейшую их дискриминацию и, соответственно, нежелание обращаться добровольно за наркологической помощью.
10. Практически не используются (не считая программ, которые финансируются Глобальным Фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией) методы, которые доказали свою эффективность, такие как ЗПТ.
11. Значительная часть наркозависимых лечилась от 5 до 40 раз, что свидетельствует о низкой эффективности терапии.
12. В наркологических заведениях нет механизма оценки эффективности проведенных лечебных мероприятий.
13. Наркологические учреждения получают финансирование из местных бюджетов не полностью в сравнении с запланированными объемами; в некоторых учреждениях финансирование одного посещения составляет около 30 коп.; пациенты и их родственники вынуждены нередко оплачивать те услуги, которые по закону должны оказываться

рекомендаций или протоколы относительно терапии. Стандарты (национальные, международные). Отсутствуют четкие

3. Лечение наркозависимости проводится без соблюдения действующих ипользуемых подходов.
- В целом, можно засвидетельствовать недостаток реалистичности и легитимности помощи пациентам полностью отказаться от наркотиков. Определенными целями и задачами. В основе лечебных мероприятий четко сформулированной программы лечения наркозависимости с и папентами, преобладающие правами пациентов; отсутствие патернализм, «вертикальные» отношения между персоналом модели, построенной еще во времена СССР, которой присущи: Наркологическая помощь в стране базируется на концептуальной фактором в распространении эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине.
1. Инъекционное наркотребление до сих пор остается наиболее весомым

7. Выводы и рекомендации

не удовлетворены качеством предоставляемых услуг, ни их результатами. Однако, в целом, можно отметить, что персонал наркологических учреждений с пациентами и инициативность работы; 16% пациентов и парамедиков были или имели такие позиции как эффективное лечение, взаимодействие трудники оценивают высоко (63% опрошенных). Интересно, что идентифицированы. Только поддержка со стороны руководства клиники (центра) со- Условиями работы, особенно оплата, большая часть медперсонала

наркозависимых. более эффективными воспитательные, а не медицинские меры в отношении выявлять, так же как средние и высокие уровни эффективности. Можно считать тех, кто считает, что ЗПТ грозит соматическим осложнениями. Также обращает внимание на высокий процент (~50) пациентов. Многие уверяют в необходимости строгих мер контроля и усиления дисциплины. Более половины опрошенных не видят в пациентах стремления к сотрудничеству и считают, что у них нет готовности к соблюдению правил лечения.

Также если они не сотрудничают с серьезными проблемами. Персонал не готов сотрудничать с правом наркопотребителей на употребление влечет к зависимости от того привоит это к проблемам или нет. в наркологических учреждениях, что употребление наркотиков должно быть в программе ЗПТ. Другими словами, у большинства права про- кто продолжает прием генеральных препаратов необходимо лишать права про- ками-то конкретным сроком, например 6 мес. и 70% уверены в том, что тех,

Многие пациенты не обращаются за наркологической помощью из-за того, что не хотят, чтобы их ставили на диспансерный учет. Впоследствии данное обстоятельство не позволяет им получить водительское удостоверение или устроиться на некоторые виды работ. В соответствии с существующим совместным приказом МЗ и МВД на диспансерный учет пациентов должны ставиться по их желанию. Однако, как выясняется, 67% были поставлены на учет без учета их желания. В данном случае имеет место не только нарушение прав пациентов, но и существующих официальных инструкций.

Национальные стандарты наркологической помощи предусматривают вовлечение в процесс терапии членов семьи пациента. Рекомендуются семейное консультирование и терапия. Даже при отсутствии полноценной работы с семейным окружением должно проводиться, как минимум информирование ближайших членов семьи об особенностях болезни, а также их взаимоотношений с наркозависимыми. Работа с членами семьи проводилась только с 38% опрошенных пациентов. Следует отметить, что почти 75% отметили улучшение своих взаимоотношений с родственниками, после того, как с ними работал медперсонал.

Большинство пациентов отметили, что их информировали во время лечения о существующих программах реабилитации и группах типа АА или НА. Из числа тех, кто был проинформирован, - в это 65% - примерно 85% получили сведения о работе таких групп и адреса, где их можно найти. Следует отметить, что еще 5-6 лет назад большинство сотрудников наркологической службы ничего не знало о группах самопомощи либо не доверяло их работе и, соответственно, не сообщало о них своим пациентам.

Только 18% от всех опрошенных сообщили, что по отношению к ним на путился принцип конфиденциальности. Большая часть признала, что информация о подробностях их заболевания – родственных или профессиональной принадлежности – в условиях предоставления наркологической помощи является нормой, можно отнести на счет позитивного изменения ситуации с оказанием наркологической помощи в последние годы.

Отдельно следует остановиться на вопросах, связанных с оплатой наркологических услуг. В соответствии с существующими правилами, основанными на конституционном положении о бесплатной медицинской помощи для граждан Украины, все услуги, предоставляемые в организациях государственной и коммунальной собственности, являются бесплатными. На практике же данное правило выполняется далеко не всегда. Вокруг этой темы всегда существует множество

спекуляций и мифов. Руководители служб и официальные лица всякую утверждают, что у них все услуги предоставляются бесплатно, сами пациенты и их родственники, напротив, часто утверждают, что без денег ничего нельзя получить. По данным нашего исследования почти половина опрошенных (43%) заявили, что ничего не платили во время прохождения лечения, 20% вносили деньги в кассу ЛПУ в соответствии с утвержденными тарифами и 37% платили непосредственно при обращении медикамента. Чаще всего пациенты приходилось за средства приобретать медикаменты, таких оказалось 68%. Расхождение между этими цифрами объясняется тем, что вопрос об оплате за лекарства ставился отдельно от вопроса об оплате лечения. Видно, что многие больные покупают медикаменты от своего кармана, что многие больные покупают медикаменты от своего кармана, что многие больные покупают медикаменты от своего кармана, что многие больные покупают медикаменты от своего кармана.

Что касается тех пациентов, которые оплачивали услуги в ЛПУ, то из 14, сообщивших об этом, большинство – 28% - вынуждены были платить за госпитализацию и 22% за питание. Таким образом, можно сказать, что в первую очередь платными оказались медикаменты, затем сам факт поступления на лечение и затем питание в ЛПУ. Меньше всего приходилось платить пациентам за проведение анализов и консультиации психолога.

Во многих случаях пациенты получали кроме собственно медицинской помощи, помощь. Это были информационные услуги, касающиеся профилактики инфекционных болезней, в первую очередь ВИЧ/СПИД, консультиации психолога, юриста и т.п. Ни одна из услуг не была предоставлена в объеме более 50% к числу опрошенных. Максимальный охват подобными услугами составил 37% - консультиации психолога, и 33% - проблемами ВИЧ/СПИД. Другими словами, в наркологической ЛПУ пока не осуществляется должным образом оказание комплексной и интегрированной помощи наркозависимым, когда подобными услугами должны быть охвачены 100% пациентов.

Хотя в настоящее время исследования не ставилась задача оценить эффективность проводимой терапии, по продолжительности ремиссии, все же по результатам ASI-Lite можно судить, что более четверти всех опрошенных пациентов, что больше половины трезвости и продолжали употреблять наркотики, при том, что большая их часть завершила лечение менее чем за 1 месяц накануне исследования. Можно косвенно судить о вводе проводимые терапевтические мероприятия не достаточно эффективно.

Нами была предпринята попытка анализа предоставления ряда услуг в зависимости от региона. Мы структурировали пациентов по их местонахождению и выявили, что не везде работа ведется одинаково.

Выяснилось, что труднее всего было получить доступ к госпитализации в Киевской области, Киевской области и во Львове. Дополнительно документально было предоставлено чаще всего в Одессе, Донецке и Киевской обл. В Донецкой

неская зависимость. В то же время они считают оправданными подходы меры в отношении тех, кто еще не начал лечиться или у кого болезнь в более тяжелой форме.

Практически все пациенты высказываются отрицательно в отношении практики обязательной постановки на диспансерный учет. Особенно их беспокоит то, что при этом нельзя получить водительское удостоверение. В то же время многие утверждают, что при необходимости за взятку можно получить документ о том, что не стоишь на учете.

6. Обсуждение результатов.

На основании анализа полученных материалов можно сделать вывод, что соотношение мужчин и женщин в лечении программ равняется 1 : 3. Большинство пациентов (67 %) люди в возрасте 26 - 40 лет. Значительная часть украинского специалиста сообщает иные данные, в соответствии с которыми большинство наркопотребителей – молодые люди в возрасте от 19 до 25 лет.

Абсолютное большинство лечившихся – зависимость от опиоидов. Этот показатель соответствует данным МЗ Украины, в соответствии с которыми из всех наркозависимых количество потребителей опиоидов составляет более 90%. Почти половина опрошенных пациентов, закончивших лечение менее 1 мес. назад, это следует учесть при оценке показателя относительного приема ЛАВ в период после лечения. Выясняется, что многие возвращаются к их потреблению практически сразу после выписки.

Хотя принципы оказания помощи медицинскими наркопотребителям включают и такой, как «Предоставление помощи должно быть обеспечено в тот момент, когда пациент за ней обратится», по данным ашера исследования более 40 % пациентов смогли попасть на лечение после 2-х дней и более ожидания. Почти 2/3 из них для того, чтобы попасть на лечение должны были представлять медицинские документы, справки, сведения об анализах. Решение о приеме на лечение принимает в большинстве случаев главный врач либо знакомый врач (35 и 36 % соответственно). Можно сделать вывод, что данный процесс недостаточен и формализован и требует каких-то специальных процедур, которые осложняют доступ к терапевтическому процессу.

Почти половина пациентов не получила информации о том, каковы цели и задачи лечения, на что направляются медицинские вмешательства. Почти половина пациентов не была информирована о своих правах. Не составлялся терапевтический план и программа психосоциальной поддержки. Большинство пациентов по завершению лечения считали, что все его последствия зависят от личной

«силы воли» и умения «держаться себя в руках». Так же не удовлетворительными были показатели послеобследовательного посещения. Как правило, после выписки из стационара пациенты (67 %) не посещали мероприятия по реабилитации и профилактике рецидивов.

Пациенты считают, что отношение персонала к ним, в основном, позитивное. Только четверть опрошенных не удовлетворены отношением со стороны врачей и медсестер. Лучше всего оценивают отношение к пациентам психологов. В то же время, почти 20 % утверждают, что консультации психолога они вообще не получали.

Хорошо известно, что наркозависимость сопровождается многими другими ми заболеваниями и расстройствами, это требует помощи специалистов другого профиля, тем не менее, только 60 % пациентов была оказана помощь в получении консультации или лечения в другом ЛПУ. Из них 46 % просто получили совет и только менее 50 % были записаны на прием или получили направление к специалисту нужного профиля.

Большинство пациентов (63 %) получали предложение после окончания стационарного курса продолжить лечение в дневном стационаре либо в реабилитационном центре. В то же время 37 % отметили, что не получали такого предложения. Как выяснилось в ходе фокус-групп, многие пациенты не считают необходимым длительное лечение после завершения лечения. Скорее всего, с ними не проводилась соответствующая информационная и мотивационная работа.

Те пациенты, которым все же предлагалось продолжить лечение после стационара, отметили, что им рекомендовали лечение либо по программе реабилитации, либо со стороны реабилитационных подходов. Судя по заявлениям представителей медицинских учреждений, это лучше, чем просто получение предложения реабилитационности считается реабилитация, а собственные средства позволяют всего лишь подготовить пациента к участию в реабилитационной программе. Такого мнения придерживаются врачи, не работавшие в программах ЗПТ.

Наиболее негативным фактом является то, что хотя большинство пациентов получают предложение пройти реабилитацию, в реальности только 34 % после двояки этой рекомендации и 66 % никакой помощи после завершения лечения в стационаре не получили. Те же, кто все таки начал реабилитационную программу, завершал ее гораздо раньше, чем это рекомендовано современными руководствами. Так, более 50 % продолжили реабилитацию в течение 3 недель и менее. Всего 26 % пациентов находились на реабилитации более 3-х недель. Из этого можно сделать вывод, что пациенты ориентированы исключительно на детоксикацию и персонал ЛПУ не прикладывает достаточных усилий, чтобы мотивировать их в необходимости длительного и системного лечения наркозависимости и

неправительственные организации) были получены такие оценки стоимости:

При предоставлении ЗПТ бупренорфин или метадон, средняя стоимость обеспечения лечения в месяц на одного пациента (в течение первого года) составит 274 грн. (без учета цены препарата). Эта стоимость учитывает и оценочную потребность в госпитализации (нахождение в стационаре) на первых этапах терапии опрделенного пациента. При долговременной поддержке, в последующие годы эта стоимость снижается до 162 грн. в месяц за счет практики полного перехода пациента на амбулаторный режим.

При лечении бупренорфином с учетом стоимости препарата, эти цифры соответствуют 739 (в первый год) и 627 (в последующие годы) грн. в месяц соответственно (\$146 и \$ 124). При лечении метадон, стоимость будет гораздо ниже за счет того, что этот препарат намного дешевле бупренорфина, и при средней дозе 80 мг составит 42 грн. (\$8) /мес.

Фокус-группы

Фокус-группы проводились с наркозависимыми пациентами, лечившимися в наркологической клинике Олесея, Донецка и Киева. Всего было охвачено 24 чел. (7 – в Донецке, 8 – в Киеве, 9 – в Олесе). Всем участникам фокус-групп задавались примерно одинаковые вопросы, которые касались их опыта прохождения лечения. В частности, бывшим пациентам предлагали рассказать о том, как они поступали на лечение, кто принимал решение о приеме в клинику, за что и сколько им пришлось платить, какие услуги им предоставлялись и т.д. В ходе проведения фокус-групп велся протокол. Протоколы были обработаны и наиболее часто встречающиеся ответы включены в отчет.

В ходе проведения фокус-групп было выявлено, что поступить на лечение не сложно, хотя в большинстве случаев для этого требуются документы, удостоверение личности, а также некоторые медицинские справки. Сложнее получить качественное лечение. В основном, лечение сводится к детоксикации с некоторыми элементами реабилитации (психологическое консультирование).

В диспансере г. Донецка, например, пациенты утверждают, что лечение с использованием бупренорфина (инъекционного) можно добиться только если «пойти» к главному врачу. Без этого, детоксикацию проводят нейротипиками и внутривенными вливаниями различных препаратов (капельницами).

Многие пациенты, судя по их высказываниям, не были достаточно информированы об особенностях лечения и лечения наркозависимости. Так, например, на вопрос, в чем собственно состояло их лечение, большинство отвечало: «Никакое лечение не поможет, если сам не захочешь», «Главное – сила воли», «Нужно самому взять себя в руки» и т.п.

Врачи почти не рассказывают пациентам о природе наркозависимости, льбольшинство времени посвящают рассказам о вреде наркотиков и их пагубном действии на организм. Практически повсеместно отмечается патерналистское отношение к пациентам: их перевоспитывают и однозначно навязывают абстиненцию. Ни один из пациентов не сказал, что врач ему рекомендовал замещающую терапию или стратегию снижения вреда.

Также следует отметить, что пациенты преимущественно ориентированы на стационарную помощь и считают амбулаторные программы пустой тратой времени. Они убеждены, что только в ситуации полной изоляции от своей привычной среды они могут достичь абстиненции. Кроме того, у них сложилось стойкое убеждение, что после завершения курса детоксикации им не нужно дальше лечиться, а нужно просто «держат себя в руках».

Судя по отзывам пациентов, у них имеется мнение: врачи избегают «помощи» с помощью препаратов, а проблемами психологического характера, в том числе и психологической зависимости занимаются психологи. Пациенты с неудовлетворением отмечают, что психологи есть не во всех наркологических учреждениях, а там где они есть, они не достаточно времени уделяют пациентам из-за своей перегруженности.

Из замечаний и высказываний пациентов вытекает, что не существует стандартного подхода к лечению наркозависимости. Разные врачи и различные ЛПУ по-разному назначают медицинские препараты, дают различные рекомендации, на относительно длительный период прохождение детоксикации, назначают различные сроки лечения и т.д.

Многие пациенты признают, что лечение они, в основном, получали бесплатно, впрочем, все сходится на том, что если хочешь получить качественное лечение и эффективное, то необходимо либо платить врачу, либо покупать дорогое дополнительное медикаменты, либо и то и другое.

Почти все участники фокус-групп отметили, что медицинская помощь им не знакома и поэтому очень мало уделяет внимания правовым аспектам наркопотребления и в своем заблуждении и то по отношению к ним меры дисциплинарного характера совершенно оправданы. В данном случае пациенты откровенно расстроены по поводу зрения работников наркологических учреждений и своих родственников. В тех случаях, когда пациенты настроены не столь благожелательно, они высказываются негативно в отношении различных представителей дискриминативных мер, но мотивируют свое несогласие с ними тем, что они уже освободились от зависимости или их основная проблема – это физи-

| | | |
|----|------------|--|
| 18 | Низерим | острая и хроническая недостаточность мозгового кровотока при атеросклерозе сосудов головного мозга, проходящих наружных сосудов головного мозга); показаны: Периферический вазодилатор. Локазия: |
| 19 | Кетанов | Нестероидное противовоспалительное средство. Оказывает противовоспалительное и выраженное анальгезирующее действие. |
| 20 | Пироксан | Блокатор аденорецепторов. Показан для лечения синдрома отмены при наркозависимости. |
| 21 | Амроксол | Отхаркивающее средство |
| 22 | Милдронат | Препарат, обладающий отвязывающим, стимулирующим и невывраженным противосудорожным действием. |
| 23 | Ретаболил | Анаболический стероид. Оказывает сильное и длительное анаболическое действие. |
| 24 | Инсулин | Гормон поджелудочной железы, показан при сахарном диабете. |
| 25 | Дроперидол | Нейролептик. Оказывает антипсихотическое, седативное, протившоковое, противорвотное действие. Потенцирует действие средств для наркоза, омиоидных анальгетиков, снотворных средств. |
| 26 | Верошпирон | Диуретик, обладающий гипотензивным эффектом. |

Как можно видеть из приведенного перечня для лечения наркомании и злоупот и пелогасители, и антибиотики, и нейролептики типа дроперидола и абао-лические стероиды, но не применяются в ОЗ аргонисты опиатов и клофелин, чья эффективность доказана многократными контролируванными и рандомизованными исследованиями.

Полученная от рководителей некоторых наркологических учреждений информация свидетельствует о том, что при оказании лечебной помощи врачи

III. Относительно ведения мониторинга и оценки эффективности лечения можно сказать, на основании опроса, что большинство наркологов не вполне себе представляют, что это такое. Некоторые ответы звучат так: «Мониторинг и оценка осуществляются: 1) Районными наркологами (Киевская обл.), 2) Медсестрами и наркологами при райопсихиатрических (Донецкая обл.). При этом не сообщается ни о процедурах, ни о задачах, ни об инструментах. Очевидно, речь идет всего лишь о диспансерном наблюдении, который ведется без учета объективных показателей состояния пациента; в лучшем случае с его слов отмечается, принимает он наркотики или нет. Можно сделать вывод, что на данном этапе большинство наркологов не знает как вести мониторинг и в очень малой степени знакомы с методами оценки эффективности терапии наркозависимости.

IV. В некоторых ЛПУ имеются расчеты относительно затрат на проведение лечения. Поскольку все наркологические учреждения финансируются из местных бюджетов, то данные, полученные из разных регионов отличаются. В то же время, все объединены общим признаком – они слишком мизерны, чтобы удовлетворить реальную потребность граждан в лечении.

На одно койко-место выделяется 3,18 грн (\$0,63)/день (Донецкая обл.), 2,79 грн (\$0,55)/день (Киевская обл.), 2,24 грн (\$0,44)/день (Одесская обл.). В Донецкой области на одно амбулаторное посещение наркологического расходуются 0,33 грн (\$0,06). По данным из Львовской области можно сделать вывод, что финансирование за последние несколько лет никогда не поступало в запланированном объеме. План выполнялся на 30-40% ежегодно. В 2007 г. финансирование составило 32%, в абсолютном выражении 300,73 грн (\$59,5) на 1-го пациента в месяц. Планируемая потребность на одного пациента наркологического диспансера в стационаре, при условии обеспечения государственных социальных нормативов предоставления медицинской помощи, на данный момент составляет 922,79 грн (\$182,7) в месяц.

В то же время, нами было проведено по методике ВОЗ дополнительное исследование стоимости терапии в программах ЗПТ в Украине. Была рассчитана средняя стоимость предоставления услуги одному пациенту.

Без учета затрат на обучение персонала и предоставления социально-психологической поддержки и формирования приверженности, т.е. принимая во внимание только затраты, которые несет медицинское учреждение, предоставляющая ЗПТ (психосоциальную поддержку и обучение персонала проводят

II. Судя по перечню препаратов, представляющими главными врачами, для лечения наркозависимости используются: антидепрессанты (пароксетин, афобазол, amitriptилин), ноотропы (лукцетам, ноотропил, фезам), гепатотропные средства (эссенциале, антрал, гепабене), транквилизаторы и нейролептики (аминазин, галоперидол, диметипол, клопиксол, карбамазепин, сибазон, феназепам, глизепам), множество витаминсодержащих препаратов и даже так называемое «патогенетическое средство» для лечения больных алкоголизмом – медихронал.

В Одесском областном наркодиспансере, например, перечень препаратов, используемых для лечения больных с наркозависимостью, содержит 30 названий. В других ЛПУ он не меньший, хотя несколько отличается по набору медикаментов.

Табл. 1

Перечень препаратов, применяемых для лечения наркомании в Одесском ОНД

| № препарата | Название (Медикар) | Фармакологическая группа |
|-------------|--------------------|--|
| 1 | Адатол | Анксиолитик. |
| 2 | Эссенциале | Гепатопротектор. |
| 3 | Ресорбипакт | Плазмозамещающий раствор (применяется при шок и кровопотере). |
| 4 | Цетриаксон | Антибиотик широкого спектра. |
| 5 | Эспумизан | Пеносагитель (применяется при заболеваниях желудочно-кишечного тракта – метеоризме, аэрофагии). |
| 6 | Фезам | Ноотроп, показан при нарушениях мозгового кровообращения: атеросклерозе сосудов головного мозга, который сопровождается ишемическим инсультом; в период реабилитации после геморагического инсульта. |

| | | |
|----|---------------|---|
| 7 | Бисептол-480 | Сульфаниламидный препарат противомикробного действия. |
| 8 | Левинциале | Гепатопротектор. |
| 9 | Нео-гемодез | Дезинтоксикационное средство. Наиболее полно связывает токсины, циркулирующие в крови больных при дизентерии, сальмонеллезе, пищевых интоксикациях; токсины, образующиеся в первые 4-5 дней ожоговой болезни. |
| 10 | Реополиглокин | Плазмозамещающее средство, показано при паралитической кишечной непроходимости, жировой эмболии; травматическом, ожоговом, геморагическом, послеоперационном, кардиогенном и токсическом шоке. |
| 11 | Прединзолон | Глюкокортикостероид. Оказывает выраженное противовоспалительное, противоаллергическое, иммуносупрессивное, антиаггудативное и катаболическое действие. Среди показаний наркозависимость не значится. |
| 12 | Соннил | Снотворное с антигистаминным компонентом. |
| 13 | Ликлон | Снотворное и седативное средство небензодиазепиновой структуры. |
| 14 | Буспирон | Анксиолитик. Устраняет психические и вегетативные симптомы страха. |
| 15 | Глюкоза 5% | Раствор для инфузий. |
| 16 | Миртазапин | Антидепрессант, повышает норадренергическую и серотонинергическую передачу в ЦНС, показан при ангедонии. |
| 17 | Цитагепал | Антидепрессант. Селективный ингибитор обратного захвата серотонина. |

образом следует оценивать эффективность применяемых способов лечения.

В руководстве «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов» (В.Д. Мишев, 2005 г.), рекомендованном Центральным методическим кабинетом Высшего медицинского образования, для нарколов и психиатров имеется большая глава, посвященная лечению зависимости от психоактивных веществ. Однако, уже ее название (Общие подходы к лечению зависимости от ПАВ) говорит о том, что она не может быть использована в качестве протокола или стандарта. Автор, скорее всего, видел свою задачу в том, чтобы перечислить все встречающиеся в практике методики лечения острых и хронических расстройств при наркозависимости. В то же время, в отличие от национальных стандартов, приводятся общие принципы организации медицинской помощи больным с зависимостью и основные принципы терапии. (Автор не дает ссылок на источник данной информации.) Они выглядят следующим образом:

- лечение в условиях наркологического отделения наркологической или психиатрической больницы;
- одновременный и полный отказ от приема психоактивных веществ;
- осознанное согласие больного на лечение;
- максимальная индивидуализация;
- комплексный подход (одномоментное влияние на биологическую, психологическую и социальную составляющую болезни).

4. Основание лечения в местных ЛЦЗ, включая финансовые расчеты затрат. (на основании ответов руководителей наркологических ЛПУ).

Всем участвующим в исследовании наркологам было предложено ответить на следующие вопросы:

- Какими нормативными документами руководствуются врачи, когда осуществляют медицинские и психосоциальные вмешательства при расстройствах психики и поведения, вызванных употреблением наркотических веществ, включая острый абстинентный синдром при предоставлении стационарной и амбулаторной помощи (приказы по ЛПУ, приказы местных управлений здравоохранения, приказы МЗ Украины)?
- Какими нормативными документами закреплены схемы лечения и сроки

лечения выше отмененных заболеваний? Если таковых не существует, то, опираясь на какие рекомендации (методические, информационные, письма, учебники и проч.), осуществляется лечение?

- Каким образом осуществляются мониторинг и оценка эффективности лечения расстройств психики и поведения в результате употребления наркотических веществ?

Существуют ли в ЛПУ расчеты относительных расходов на проведение лечения расстройств психики и поведения, вызванных употреблением наркотических веществ? О чем они свидетельствуют?

- Получают ли пациенты лекарства для лечения расстройств психики и поведения, вызванных употреблением наркотических веществ в бесплатной, если да, то какие именно? На основании каких протоколов или методических рекомендаций?

Какие расходы несут пациенты и их родственники на приобретение лекарств: какие препараты чаще всего назначаются, по каким схемам и какова их цена в аптеках вашего города (области)?

В результате устного и письменного интервьюирования наркологов в исследуемых областях получены следующие сведения.

1. Наркологи в своих действиях руководствуются: 1) Приказом МЗ СССР от 30.07.1987 г. №256 «Об организации в хозрасчетных наркологических кабинетах и амбулаториях анонимного лечения больных наркоманией и мерах по повышению эффективности организаторской работы». 2) Приказом МЗ СССР от 12 сентября 1988 г. №704 «О способах диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией». 3) Приказом МЗ Украины от 27.07.1998 г. №226 «Об утверждении временных инструктивных стандартов медицинской технологии диагностики-лечения процесса стадии-анонимной помощи взрослому населению в лечебно-профилактических заведениях Украины и критерии качества лечения детей». 4) Приказом МЗ Украины от 27.09.2007 г. №235 «О дополнительных мероприятиях по дальнейшему улучшению наркологической помощи населению Украины».

Схемы лечения и его продолжительность также определяются на основе Стандартов, хотя внимательное знакомство с ними не позволило найти четкие указания на продолжительность и содержание лечения. Как указывалось выше, перечисляются средства и процедуры, которые можно применять при лечении наркозависимости. Таким образом, справедливо было бы ожидать, что конкретные схемы с указанием длительности их применения будут разработаны в ЛПУ. Однако ни одно из оцененных учреждений таких разработок не представило.

также наркологические кабинеты в больницах общего профиля. Данные удержания находятся в муниципальной собственности, а методическое руководство и создание нормативных документов возложено на Министерство здравоохранения Украины. В годы независимости в Украине появились наркологические кабинеты и программы частной формы собственности, но они оказывают помощь наркозависимым в ограниченном объеме и практикуют на ситуационно-ответственном уровне, поскольку адресованы наиболее социально адаптированным части больных.

Качество оказания помощи наркологической помощью формально регламентировано Унифицированными стандартами наркологической помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях Украины. Все медицинские, психологические и социальные реабилитационные программы лечения от наркотической зависимости включены во Временные стандарты диагностики и лечения наркологической помощи в Украине, утвержденные в 1998 году, и Нормативы предоставления помощи и реабилитации взрослому населению в амбулаторных поликлиниках Украины, утвержденные в 2002 году. Упомнутые стандарты и нормативы включают различные методы детоксикации, заместительную терапию, неотложную помощь, психологические реабилитационные программы (12 шагов и другие).

В то же время, по мнению большинства наркологов, Стандартами почти не пользуются. На это есть несколько причин. Во-первых, как показывает анализ этих двух документов, применять их в практической работе довольно сложно и неудобно. Отсутствует четкий алгоритм лечебного плана, предлагается множество вариантов вмешательства без выделения приоритетов. Сформировано 24 лечебных комплексов, кроме этого даются рекомендации и типичной диагностики некой категории – в приложении к приказу МЗ №507. Эти рекомендации довольно подробно и содержат практически весь спектр возможных вмешательств для каждой категории (по МКБ-10 вплоть до 5-го знака). В то же время практический врач не может сделать вывод, какой же собственно вариант лечения должен применяться. Зачастую рекомендуются устаревшие или не обоснованные методы. Например, для оказания помощи при опиоидной интоксикации с судорогами рекомендуются корзол в дозе 0,5 в сутки (который сам способен вызывать судороги); для лечения никотиновой зависимости ремиссии рекомендуются в среднем до 50 мг в сутки в течение 3 месяцев (i) и т.п. Большие рекомендации средств для лечения наркотической зависимости не оценивались в соответствии со стандартами (советские) авторы изучали действие препаратов на небольших группах больных с последующими оценками типа «Состояние улучшилось», «Длительность расстройств сократилась» и т.п.

Вот один лишь пример: каким образом в соответствии с Унифицированными

стандартами должно лечиться заболевание F1.24 по МКБ-10 (Расстройство психики и поведения в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости от опиоидов: «Лечебный комплекс 7». В него входит сле-дующее: «Комплекс взаимосогласованных стационарных и/или амбулаторных мероприятий с ведением необходимой документации. По согласию больного – диагностика-динамический учет. Режим лечения – в зависимости от психического состояния. Лечение по индивидуализированной схеме. Дезинтоксикация по индивидуальной схеме, введение антагонистов опиоидов (налорксон), препараты группы клофелина. По индивидуальной схеме атропин, миорелаксанты, Н2 – блокаторы. При необходимости – ненаркотические и наркотические анальгетики, атропин, заместительная терапия по индивидуальной схеме, витаминотерапия (по индивидуальной схеме в течение всего курса лечения), при необходимости инициация в терапевтических дозах до 20 ед. в сутки. Снотворные препараты по индивидуальной схеме. Антидепрессанты (амитриптилин до 300 мг в сутки, флуоксетин до 80 мг в сутки, ципрамин, золофт, кокасил и другие), транквилизаторы (сбазолон до 80 мг в сутки, реланиум до 80 мг в сутки, гдазепам, гидазепам и другие); антиаритмики (таблетки, инъекции до 800 мг в сутки, азартин до 400 мг в сутки и другие) по индивидуальной схеме. Курс физиотерапии по индивидуальной схеме (в целом не меньше 8 сеансов). Комплексная взаимосогласованная индивидуализированная программа психологической реабилитации по индивидуальной схеме (в целом не меньше 8 сеансов). Коррекция (см. Реабилитационные мероприятия). Массаж (не меньше 3 сеансов в неделю и в целом не меньше 8 сеансов), дыхательная гимнастика (не меньше 3 сеансов в неделю и в целом не меньше 8 сеансов), стретчинг (не меньше 3 сеансов в неделю и в целом не меньше 8 сеансов), кинезотерапия (не меньше 6 занятий в неделю)».

Одного взгляда на этот перечень достаточно, чтобы понять, что пользоваться им как протоколом невозможно. Скорее он напоминает пособие, в котором перечислены все возможные средства когда-либо применявшиеся при лечении наркозависимости.

Вторая причина, по которой Стандарты почти не используются многими практикующими врачами – это отсутствие надежного контроля за применением терапии для больных наркозависимостью, его качеством. Как правило, мониторинг лечения осуществляется только внутри ЛПУ и чаще всего определяется вкусами и предпочтениями главного врача.

Кроме того, в Стандартах отсутствуют основные принципы предоставления помощи наркологической помощи и – что самое важное – не обозначены цели лечения. По умолчанию может быть сделан вывод, что полный отказ от наркотиков – основная цель не единственная задача лечения наркозависимости. При этом не приводятся данные о том, насколько она реалистична. Отсутствуют также указания, каким

Исследовательская группа по г. Киеву - главный врач Киевской городской клинической наркологической больницы «Социотерапия» -

г. Одессе -

главный нарколог

Одесской области -

г. Львову -

главный нарколог

Львовской области -

г. Николаеву -

главный нарколог

Николаевской области -

Киевской обл. -

главный нарколог

Киевской области -

Донецкой обл. -

главный нарколог

Донецкой области -

Цыба И. В.

Руководитель социологической группы -

директор агентства Социс-Консалтинг,

канд. экон. наук - Демченко И.В.

3.4 Структура и методы исследования.

Исследование состоит из следующих компонентов:

- Анализ существующей методической документации относительно лечения наркозависимости, а также соответствующей научной

Рыль В.В.
Федорова Н.
Кабанчик М. В.
Рымарь П. И.
Зильберблат Г. М.

3.5 Привлечение наркозависимых к выполнению исследования

- Структурированные интервью с наркологами, ответственными за предоставление наркологической помощи в областях, которые были объектом исследования (Одесская, Николаевская, Донецкая, Львовская, Киевская и город Киев) по созданному образцу с фиксированным количеством вопросов;
- Опрос с помощью стандартных анкет (опросник 1) пациентов, которые недавно лечились в государственных наркологических учреждениях;
- Заполнение пациентами опросника ASI-Lite (опросник 2) ;
- Опрос с помощью стандартной анкеты (опросник 3) близких родственников пациентов;
- Изучение с помощью опросника SASQ (опросник 4) отношения и уровня удовлетворения персонала, который работает с наркозависимыми пациентами;
- Проведение фокусных групп с пациентами и членами их семей;
- Внесение всех полученных данных в базу SPSS и проведение анализа качественно особенностей предоставления наркологических услуг в разных регионах и в стране в целом.

Уже на этапе выбора метода оценки к работе были привлечены неравнодушные организации, которые были созданы наркозависимыми лицами. Эти НПО работают, в частности, для защиты прав наркопотребителей и помогают желающим попасть на лечение в специализированные учреждения. Среди организаций, вовлеченных в поиск клиентов и подготовку опросников, были такие: ООО «Эра милосердия», г. Одесса, Константин Зверьков, тел. (067) 558-98-40, эл.почта zverkov@list.ru; ООО «Твой выбор», г. Горловка (Донецкая обл.), Полексин Сергей, (095) 517-82-63, эл.почта spokekin@yandex.ru; БО «Все вместе» г. Львов, Панасюк Сергей (097) 632-24-74, эл.почта dragomanov@mail.ru; БО «Здоровье Нации», г. Макеевка, Кирилл Пота, эл.почта teryualeva@tr.dn.ua.

3. Национальные стандарты лечебной помощи.

Лечение наркотической зависимости в Украине проводится в системе наркологической помощи, созданной еще в бывшем СССР в 1959 году. В ней работают специализированные наркологические диспансеры и больницы, а

5. Большим с зависимостью необходимо обеспечить среду, которая поможет получать им лечение, уход и психологическую поддержку.
6. Необходимо вовлекать больных в планирование, предоставление, оценку и мониторинг лечения; они должны быть не пассивными объектами, а субъектами терапевтического процесса.
7. В лечение должны быть вовлечены представители общины и другие заинтересованные стороны, включая соответствующие НПО. Их активное участие является залогом повышения эффективности лечения. [17]

3. Описание проведенного исследования

3.1 Цели и задачи проекта

Цель
Описать наркологическое лечение и оценить его эффективность, осуществленного преимущественно в государственных лечебных учреждениях Украины и сопоставить применяемые подходы и методы с теми, что рекомендуются ВОЗ, NIDA и другими организациями, обеспечивающими применение лучших практик.

Задачи
Задачи исследования являются получение с помощью эпидемиологических и социологических инструментов объективных данных о доступности лечения, его содержании, применяемых медикаментах, методах психологической реабилитации, финансовых затратах на лечение, регистрации пациентов и контроле (оценке) эффективности.

Говоря подробнее, в исследовании были поставлены следующие задачи:

- собрать данные относительно привлечения пациентов в терапевтические программы и организации со стороны ЛПУ при приеме на лечение;
- собрать данные об опыте медицинского персонала, их подготовке, сертификации, текущей и обновляемости кадров, отношении персонала к своей работе и удовлетворенности от нее;
- собрать данные о системе перепредачи пациентов и связи (инфекционными, центрами ВИЧ/СПИД, психиатрическими, наркологическими учреждениями со специализированными ЛПУ (неврологическими, дерматовенерологическими и т.д.);

- собрать данные о стоимости лечения и способах/механизмах финансирования;
- собрать данные о применении медикаментах для детоксикации, методах психологического лечения/реабилитации и соответствующих протоколах, если таковые имеются;
- собрать информацию относительно видов применяемого лечения: добровольное, принудительное, под определенным давлением (требование следствия, суда);
- собрать информацию о применяемых методах лечения: стационарное, амбулаторное, дневное и т.д.;
- собрать данные о гендерном соотношении между пациентами в терапевтических программах;
- получить информацию о процедурах регистрации потребителей наркотиков и практических последствиях этого для них.

3.2 Партнерство

В этом проекте принимали участие сотрудники наркологических учреждений г. Киева, Одессы, Львова, Николаева, Киевской и Донецкой областей, а также социологическое агентство Социс-Консалтинг.

Финансировался проект Международной Программой Снижения Вреда (INRD).

Консультирование по методологии проведения исследования осуществлялось Украинским институтом исследования политики общественного здоровья.

3.3 Руководство и персонал проекта

Главный исследователь проекта -
Виеский А.Н.
Менеджер проекта -
Сидяк С.В.
Научный консультант -
Дворяк С.В.

5. Эффективность терапии зависит в значительной степени от длительности терапевтической программы. Достаточная длительность определяется проблемами и потребностями пациента. Исследования показывают, что большинство пациентов достигают значительного улучшения состояния при длительности терапии не менее 3-х месяцев.
6. Психологическое консультирование (индивидуальное и/или групповое) и другие виды поведенческой терапии являются главными компонентами эффективной терапии при наркомании (при условии, что речь идет о программе, ориентированной на полный отказ от наркотиков).
7. Применение медикаментов является важным элементом лечения для многих пациентов, особенно в комбинации с психологическим консультированием и поведенческой терапией. Метадон (и бупренорфин) является очень эффективным с точки зрения предотвращения помощи в зависимости от героина и других опиатов, стабилизируя их жизнь, снижая уровень потребления незаконных наркотиков. Для пациентов с психическими нарушениями оба вида терапии – поведенческая и медикаментозная являются чрезвычайно важными.
8. Лица с наркотической зависимостью или активные потребители наркотиков с сопутствующими психическими нарушениями должны получать как наркологическую, так и психиатрическую помощь в интегрированном виде.
9. Медикационная детоксикация является первой стадией лечения наркотической зависимости и сама по себе очень мало влияет на долгосрочные результаты терапии. Детоксикация лекарственными средствами помогает облегчить симптомы, которые возникли в связи с отменой наркотика. Сама по себе детоксикация должна рассматриваться только как начальный этап лечения.
10. Лечение не обязательно должно быть добровольным, чтобы быть эффективным. Санкции или средства давления, применяемые семьей, работодателям или системой правосудия могут в значительной степени повысить как уровень обращения за помощью, степень удержания в терапии, так и эффективность лечебных вмешательств.
11. Возможное употребление наркотиков постоянно нужно контролировать объективными методами в ходе проведения терапии. Это позволяет обеспечить позитивную обратную связь от терапевта к пациенту в случае позитивных данных тестирования.
12. Лечебные программы необходимо обеспечивать диагностикой на ВИЧ,

Базовые принципы лечения и психологической поддержки наркозависимых, предложенные ВОЗ:

- Доступность.
 - Бесплатность.
 - Обеспеченность дружеским и свободным от осуждения и стигмы персоналом.
 - Приспособление к индивидуальным потребностям пациента.
 - Непрерывная помощь через систему направления к специалистам других медицинских заведений и соответствующих местных НПО, привлечение сетей наркопотребителей. [14].
- Также ВОЗ рекомендует в лечении наркозависимых следовать следующим принципам:
1. Важнее прав человека и достоинства наркозависимого пациента. Пациенты не должны страдать из-за стигмы и дискриминации.
 2. Лечение и психологическая помощь должны предоставляться способом, эффективным которого была доказана научно обоснованными методами в соответствии с принципами доказательной медицины.
 3. Лечение и психологическая помощь предоставляются согласно лучшим практикам, и должны включать полный набор качественных услуг: биологические, психологические и социальные интервенции, профилактику рецидивов, тестирование, консультирование, диагностику ВИЧ и гепатитов.
 4. Больные ВИЧ/СПИД наркопотребители должны быть обеспечены возможностью получать качественное лечение на том же уровне, что и

13. Взаимовлияние от наркомании обычно является долговременным процессом, который требует многократных эпизодов проведения лечения зависимости, как и при других хронических заболеваниях, срывы могут иметь место как в течение, так и после окончания лечения. Участию в программах самопомощи во время лечения и на этапе поддержки часто оказываются очень полезным с точки зрения поддержания абстиненции. [16]

1. Важнее прав человека и достоинства наркозависимого пациента. Пациенты не должны страдать из-за стигмы и дискриминации.
2. Лечение и психологическая помощь должны предоставляться способом, эффективным которого была доказана научно обоснованными методами в соответствии с принципами доказательной медицины.
3. Лечение и психологическая помощь предоставляются согласно лучшим практикам, и должны включать полный набор качественных услуг: биологические, психологические и социальные интервенции, профилактику рецидивов, тестирование, консультирование, диагностику ВИЧ и гепатитов.
4. Больные ВИЧ/СПИД наркопотребители должны быть обеспечены возможностью получать качественное лечение на том же уровне, что и

ством по делам семьи, молодежи и спорта Украины. Для активизации этой деятельности в июне 2002 г. была издана постановление Кабинета Министров «Про развитие сети центров ресоциализации наркозависимой молодежи» «Твоя перемога». Этим постановлением предусматривалось создавать и поддерживать на местах реабилитационные центры, независимо от их вида собственности, и поддерживать их деятельность, исходя из того, что в своей работе они будут опираться на накопленный наркологической службой, отраженный в Унифицированных стандартах наркологической помощи населению, утвержденный МЗ Украины в 1998 г.

По данным Министерства Украины по делам семьи, молодежи и спорта на 01.01.2007 г. в стране было организовано 124 реабилитационных центра для наркозависимых, среди которых 37 центров ресоциализации наркозависимой молодежи «Твоя перемога» [14]. В сельской местности расположено 16 центров. Каждый из них рассчитан на 10 – 15 койко-мест. За 2006 год в центры ресоциализации «Твоя перемога» за помощью и консультацией обратилось 456 лиц, успешно завершили полный курс ресоциализации 587 человек. Большинство центров «Твоя перемога» работают круглогодично, их программа рассчитана на 1,5 лет. По состоянию на 1.01.2007 г. в центрах на разных этапах ресоциализации находилось около 600 человек.

В большинстве украинских медико-социальных учреждений используются следующие модели лечения опиоидной зависимости:

- детоксикация в стационаре с помощью клоидина и неспецифических средств (внутривенные инфузии растворов глюкозы, гемодеза или полилюкина; транквилизаторы, нейролептики, снотворные, витаминные и общеукрепляющие) в течение 10-14 дней с дальнейшей выпиской и ресоциализации в реабилитационных центрах;
- детоксикация с помощью инъекционного бутипрофена в комбинации с транквилизаторами и снотворными амбулаторно с переходом в последующем на реабилитацию в негосударственных реабилитационных центрах;

лечение состояния зависимости транквилизаторами, тимостабилизаторами и антидепрессантами в стационаре в течение 14-21 дня с реабилитацией после выписки посещать какую-нибудь реабилитационную программу или собрания анонимных наркоманов.

Все упомянутые модели исходят из допущения, что конечной целью лечения даже если оно продолжается 2-3 недели, является полный отказ от употребления опиоидов и других наркотиков. Одной из целей лечения является улучшение со-

матического состояния пациента и компенсации полученных вследствие заболевания нарушений.

2. Рекомендации и протоколы относительно лечения наркозависимости в Украине и в мире (ВОЗ, NIDA и т.д.)

В Украине существуют стандарты предоставления наркологической помощи, которые утверждены Приказом МЗ Украины и формально обязательны для выполнения. Однако они сформулированы таким образом, что позволяют осуществлять применение различных препаратов и лечебные мероприятия: от заместительной терапии до массажа и иглоукалывания. Также украинские врачи имеют доступ к методическим материалам, что время от времени издаются и распространяются ВОЗ, ЮНЕЙДС, Национальным (США) институтом изучения злоупотребления наркотиками - NIDA и проч. Согласно документам во время лечения наркозависимости и проблем, связанных с употреблением наркотиков, необходимо придерживаться определенных принципов. Они изложены ниже.

Принципы эффективного лечения наркозависимости, сформулированные NIDA [16]

1. Не существует единственного вида лечения, которое подходит для всех больных. Виды и способы терапии, а также необходимые услуги должны подбираться индивидуально с учетом потребностей и степени расстройства.
2. Потребность в лечении должна быть, если возможно, удовлетворена как можно быстрее. Поскольку наркозависимые зачастую амбивалентны, относятся к лечению, необходимо использовать их готовность к терапии, как только она возникает.
3. Эффективное лечение направлено на многие симптомы и проблемы индивидуала, а не только на злоупотребление наркотиками. Чтобы быть успешным в лечении, необходимо учитывать другие проблемы кроме злоупотребления ко всем ассоциируемым с наркотиками проблемам: медицинским, психологическим, социальным, профессиональным и правовым.
4. Индивидуальный лечебный план необходимо постоянно держать в центре внимания и корректировать в зависимости от потребностей пациента, которые изменяются в течение лечения. Пациент может

В Украине в отличие от большинства других стран существует специализированная наркологическая служба, которая функционирует в структуре Минис-терства здравоохранения, с одной стороны, и реализует свои задачи с помощью лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), которые подчиняются областным отделам здравоохранения и финансируются из областных или городских бю-джетов – с другой. Наркологическая помощь в Украине начала создаваться с кон-ца 1959 года в соответствии с приказом МЗ СССР № 124-а от 12 марта 1959 г., во исполнение которого был организован отдел наркологии Украинского психо-логического института — Республиканский организационно-методический и лечебный центр по проблемам наркологии, а в структуре бывшей 36-й городской психоневрологической больницы открыто специализированное наркологическое отделение, как клиническая база этого отдела [12].

По данным МЗ Украины на 01.01.2007 г. в стране существует 48 территориальных наркологических учреждений (25 из них – областные наркардиспансеры) и 4 наркологические больницы. Развернуто 6063 наркологи-ческих стационарных коек: 4230 – в наркологических учреждениях, 1451 – в пси-хиатрических и 230 – в городских больницах (в том числе в центральных районных и районных больницах – 152).

1.2 Именуется в наглядной форме предоставления медицинской помощи лицам с наркотической зависимостью:

- Стационарная детоксикация – во всех наркологических и большистве психиатрических учреждениях;
- Амбулаторная детоксикация - во всех наркологических учреждениях и сельских амбулаториях;
- Врачебные консультации (амбулаторные и стационарные) – во всех наркологических учреждениях и сельских амбулаториях;
- Заместительная поддерживающая терапия с использованием бупренорфина – 29 пунктов в (гг. Киев, Симферополь, Донецк, Днепропетровск, Одесса, Николаев, Херсон, Винница, Полтава, Луцк, Запорожье, Мелитополь, Черкассы, Чернигов, Черновцы, Ивано-Франковск, Кировоград, Житомир, Луганск, Сумы, Тернополь, Ровно, Ужгород, Белая Церковь);
- Реабилитационные программы (амбулаторные), несколько, преимущественно в больших городах;
- Реабилитационные программы (стационарные) – приблизительно 50 центров;
- Терапевтические сообщества (стационарные) – приблизительно 20

- Программы духовной психотерапии и религиозной реабилитации (стационарной) – приблизительно 40 центров;

В то же время в Украине терапевтические мероприятия в отношении наркозависимых и наркопотребителей сравнительно с другими развитыми стра-нами проводятся недостаточно эффективно: мало используются передовой опыт специалистов Западной Европы и Северной Америки. Преобладают подходы, сохранившиеся с времен господства репрессивных принципов в наркологии; в результате, лишь небольшой процент лиц, требующих помощи, получают современное лечение, (меньше 10%) и очень многие ПИН возвращаются к приему нар-котиков вскоре после прохождения лечения (более 90% в течение 1 года).

Неопубликованные данные, полученные в результате проведенной ВНА оцен-ки эффективности лечения наркозависимости в 2004 г., указывают на, в целом, низкую эффективность, недостаточную структурированность и «утилитарность» терапевтических интервенций в отношении наркозависимых. В ходе исследования было установлено, что практически ни одна лечебная программа не отвечает требованиям, изложенным в приказе МЗ «Унифицированные стандарты пред-оставления наркологической помощи» и в Стандартах предоставления помощи наркозависимым, рекомендованных ВОЗ [14, 17].

Помощь наркотребителям и наркозависимым должна предоставляться в различных формах. Лучший подход, в соответствии с международными стандар-тами, обеспечивается применением дигитализации, лечения и реабилитации. Также неотъемлемой частью помощи ПИН должна быть образовательная (профлак-тическая) мероприятия, направленные на предупреждение злоупотреблений, переда-ющихся через кровь, в первую очередь ВИЧ/СПИД и гепатитов. На первом этапе лечения применяются преимущественно медико-биологические методы, а на по-следующих проводятся психосоциальные мероприятия, направленные на возвра-щение пациентов к полноценной социальной активности (реабилитации).

В соответствии с регуляторными требованиями лечение в Украине больших наркоманей могут осуществлять только специализированные наркологичес-кие учреждения государственной или коммунальной формы собственности. Государственные наркологические диспансеры и психиатрические клиники, как правило, ведут работу по оказанию помощи при острых нарушениях, вызванных употреблением наркотиков, в то время как реабилитация может проводиться так-же частными, общественными, благотворительными и религиозными организа-циями.

Начиная с 2002 г. в работу по организации помощи наркозависимым ПИН активно включились структуры, созданные либо координируемые Министер-

Список сокращений

| | |
|-----------------|--|
| AA | анонимные алкоголики |
| APB | антиретровирусная терапия |
| BAPT | высокоактивная антиретровирусная терапия |
| BTB | вирусный гепатит В |
| BTC | вирусный гепатит С |
| ВНЧ | вирус иммунодефицита человека |
| ВНА | Всеукраинская наркологическая ассоциация |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| OAC | острый абстинентный синдром |
| ЗППП | заболевания, передающиеся половым путем |
| ЗПТ | заместительная поддерживающая терапия |
| ЗТ | заместительная терапия |
| СВ | снижение вреда |
| ЛЖВС | люди, живущие с ВИЧ/СПИД |
| ЛЛУ | лечебно-профилактическое учреждение |
| МКБ-10 | Международная классификация болезней 10-го пересмотра |
| НА | наркотикус анонимус (анонимные наркоманы) |
| НПО | неправительственная организация |
| ОИ | опортунистические инфекции |
| ПАВ | психоактивное вещество |
| ПИН | потребитель инъекционных наркотиков |
| NIDA | National Institute on Drug Abuse / Национальный институт по изучению злоупотребления наркотиками |
| UNAIDS / ЮНЕЙДС | Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД |
| UNODC | Офис ООН по вопросам наркотиков и преступности |

1. Наркопотребление и наркозависимость в Украине. Описание ситуации.

Численная оценка ПИН и наркозависимых.

По расчетам национальных экспертов и международных организаций (ВОЗ, ЮНЕЙДС) в Украине насчитывается от 250 до 400 тыс. потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Не менее 95 % из них употребляют или употребляли провозвездные опиоиды, включая героин [1, 2, 3, 8]. В последствие годы к опиоидам добавились самодельные психостимуляторы типа амфетамина и метамфетамина, которые изготавливаются из аптечных препаратов, имеющих в своем составе эфедрин или псевдоэфедрин. По данным некоторых наблюдений среди потребителей инъекционных психоактивных веществ (ПАВ) при близкительном 50 % потребляют психостимуляторы или опиоиды, как по очереди, так и одновременно [4]. Независимо от вида потребляемого наркотика, среди них большое число инфицированных ВИЧ [5, 6]. Доля ПИН среди ВИЧ-позитивных (вернее, тех, кто инфицировался инъекционным путем) составляет в разных регионах от 45 до 85 %. Среди самих ПИН процент ВИЧ-инфицированных колеблется от 19 % (Донецкий регион) до 54 % (Одесская обл.)

По данным Украинского института социальных исследований [7] количество ПИН в Украине в 2003 г. составляло 560 тыс. МЗ Украины на основании отчетов наркологической службы располагает данными о 82 тыс. зарегистрированных, страдающих от наркологической зависимости. Примечательно, что составляют инъекционные потребители опиатов. В соответствии с расчетами специалистов Харьковского НИИ неврологии и психиатрии [9] численность наркозависимых, которые регулярно употребляют опиаты, составляет около 250 тыс.

Инъекционное наркотребление является одним из наиболее значимых факторов в распространении эпидемии ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и, в частности, в Украине [10]. Именно у ПИН наибольший риск быть инфицированными ВИЧ либо через шприцы и иглы, либо через незащищенный секс, споровоцированные употреблением наркотиков [11]. Уровень сероконверсии среди ПИН в Украине и других странах бывшего СССР составляет около 15 %, т.е. примерно 15 из 100 ПИН в течение года становятся ВИЧ-позитивными [12]. Это означает, что при таких темпах распространения, через 7-8 лет только за счет ПИН численность ВИЧ-инфицированных вырастет на 400 тыс., а все проблемы, связанные с лечением этого огромного контингента, лягут тяжелейшим грузом на плечи общества.

Современное очевидно, что вопросы распространения инъекционного употребления наркотиков и наркологической зависимости тесно взаимосвязаны с раз-
витием эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине.

План отчета

1. Наркопотребление и наркозависимость в Украине. Описание ситуации.
2. Существующие стандарты и протоколы лечения наркозависимости в Украине и в мире.
3. Описание проведенного исследования.
4. Национальные протоколы (стандарты лечебной помощи)
5. Обоснование лечения в местных ЛПУ, включая финансовые расчеты затрат.
6. Обсуждение результатов.
7. Выводы и рекомендации.
8. Список литературных источников и документов, использованных в отчете.

Лечение наркозависимости в Украине и оценка его эффективности



ОТЧЕТ ОБ ИССЛЕДОВАНИИ

Проект Всеукраинской наркологической ассоциации (ВНА)
при финансовой поддержке
Международной программы снижения вреда
Института "Открытое Общество" и Правительства Канады
через Канадское агентство международного развития (CIDA)

Авторы:

Виеский А. М.

канд. мед. наук, Президент ВНА

Дворяк С. В.

канд. мед. наук, научный сотрудник ВНА

Сидяк С. В.

координатор проекта, научный сотрудник ВНА