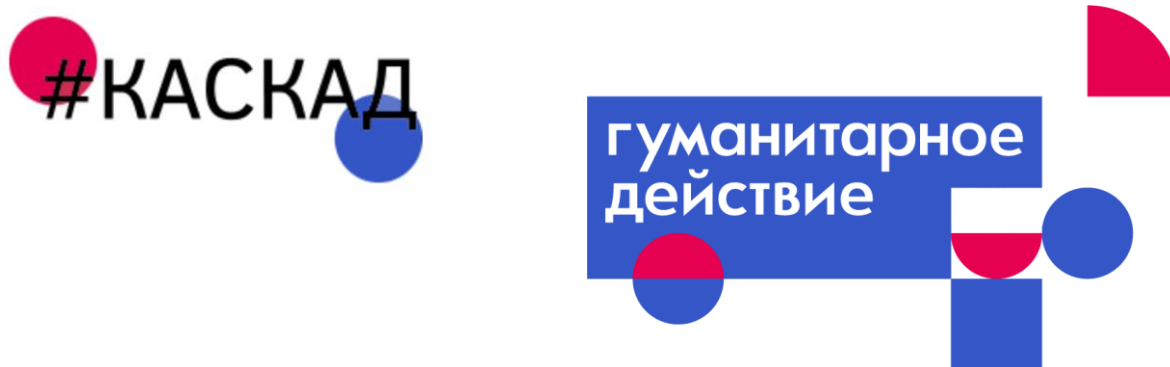


СПб БФ «Гуманитарное действие»
Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также
медицинской и социальной реабилитации.



**Исследование по оценке доступа людей,
употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а
также медицинской и социальной реабилитации.**

Санкт-Петербург

2023

Авторский коллектив:

Сердюков Борис Владимирович – ген. директор ООО «Центр социальных технологий и прикладных исследований «СФЕРА», разработка гипотез, обработка и анализ данных, подготовка текста отчёта serd_bv@mail.ru

Теплинская Ирина Николаевна – координатор исследования, координатор деятельности Форума людей, употребляющих наркотики, в рамках национального проекта «КАСКАД», irinateplinskaya@gmail.com

Рабочая группа по подготовке и проведению исследования:

1. Тананин Алексей Валерьевич - специалист-эксперт по профилактике ВИЧ-инфекции, наркомании в Уральском ФО
2. Долгалев Алексей Геннадьевич - эксперт по вопросам профилактики зависимостей и социально-значимых заболеваний в РФ
3. Новгородов Максим Александрович - специалист-эксперт по профилактике ВИЧ-инфекции, наркомании в Республике Татарстан
4. Устюжанина Наталья Владиславовна - специалист-эксперт по профилактике ВИЧ-инфекции, наркомании в РФ
5. Ломаченко Юлия Константиновна - специалист по мониторингу и оценке
6. Новгородова Анастасия Николаевна - специалист по мониторингу и оценке
7. Левинсон Арсений Львович - юрист

Источники финансирования

Проект «КАСКАД»

Выражение признательности

Отдельные слова признательности за идеи, подготовку предложений, обсуждения и редакцию текста отчета выражаем социологу БФ «Гуманитарное действие» Любови Вениаминовне Ежовой. Особую благодарность за помощь с проведением онлайн опроса хочется выразить сотрудникам и волонтерам БФ «Источник надежды» (г. Челябинск), АНО «Реабилитационный центр социально-психологической помощи химически зависимым Натальи Устюжаниной «Поколение» (г. Тюмень), БФ «Гуманитарное действие» (г. Санкт-Петербург), АНО социальной поддержки населения «Содействие» (г. Тольятти), АНО социальной поддержки населения «Проект Апрель» (г. Тольятти, по решению Минюста является иностранным агентом), инициативной группе «Сопричастность» (г. Калининград), АНО социальной поддержки

СПб БФ «Гуманитарное действие»

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации. населения «Рагнета» (г. Неман, Калининградская область), АНО по защите прав людей, живущих с социально-значимыми заболеваниями «С.О.В.А.» (г. Орёл), Свердловской региональной благотворительной общественной организации «Малахит» (г. Екатеринбург), инициативной группе ЛУИН «Шанс +» (г. Ростов-на-Дону), а также активистам из городов Набережные Челны, Москва, Омск, Нижний Тагил, Пермь, Симферополь, Волгодонск, Барнаул.

Краткое изложение исследовательского проекта

В рамках выполнения рабочего плана Форума ЛУН по национальному проекту «КАСКАД» предусмотрено проведение онлайн-опроса «Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации». Опрос проводился в I квартале 2023 года для оценки доступности, качества и эффективности государственных и частных услуг наркологии, медицинской и социальной реабилитации. Исследование проводилось в связи с внесением изменений в 54-ю статью Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах», в части «социальная реабилитация», которые вступят в силу 1 сентября 2023 года. Полученная в результате исследования информация будет использована для выработки рекомендаций к содержанию вводимых нормативно-правовых актов.

Дисклеймер.

Отчет подготовлен фондом «Гуманитарное действие» в рамках национального проекта «КАСКАД». Санкт-Петербургский Благотворительный фонд «Гуманитарное действие» не несёт ответственности за использование и трактовку данных, выводов и рекомендаций, сделанных третьими сторонами и представленных в настоящем отчете. Выводы, содержащиеся в отчете, отражают точку зрения авторов, которая может не совпадать с мнениями других заинтересованных лиц. Информация, содержащаяся в отчете, почерпнута из открытых источников, а также из анализа данных социологического исследования. БФ «Гуманитарное действие» не гарантирует стопроцентную достоверность данных, предоставленных третьими сторонами, а также может не разделять мнения третьих сторон, цитируемых в отчете. Документ может подвергаться обновлениям. СПб БФ «Гуманитарное действие» оставляет за собой право не объявлять публично обо всех изменениях, вносимых в отчет.

Список аббревиатур

АРВ препараты	Антиретровирусные препараты
АРВ-терапия или АРТ	Антиретровирусная терапия
БФ	Благотворительный фонд
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ЛУН	Люди, употребляющие наркотики
НД	Наркологический диспансер
ПАВ	Психоактивные вещества
РЦ	Реабилитационный центр

РЕФЕРАТ

Отчет состоит из 87 страниц, содержит 54 рисунка, 35 таблиц, 4 источника.

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Ключевые слова: *ЛУН, наркология, реабилитация ЛУН, количественное исследование.*

Отчет представляет результаты социологического исследования, проведенного специалистами проекта «КАСКАД» среди ЛУН, имеющих опыт обращения за наркологической помощью. Аналитический отчет основан на результатах интернет-опроса проведенного активистами форума ЛУН в 19 регионах РФ в срок с марта по апрель 2023. Выборочный массив базы данных составляет 274 полных анкет. Полученные данные проанализированы дескриптивным и корреляционным методами. Результаты отражены в графиках, таблицах и основных выводах исследования.

Отчет содержит резюме и приложения, включающие таблицы к отчету (расчёты коэффициентов корреляции, кросс-таблицы, открытые ответы респондентов) и анкету онлайн-опроса.

Оглавление

РЕФЕРАТ	5
ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ	7
Проблематика исследования	7
Гипотезы исследования	8
Методика проведения исследования	8
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА	10
Социально-демографическое описание респондентов	10
География опроса	10
Половозрастная структура выборки	11
Семейное положение и образование респондентов	12
Социальное окружение	13
Источники дохода и материальное положение	14
ВИЧ-статус респондентов	16
Личный опыт наркопотребления	17
Опыт наркопотребления	17
Наркологический учёт	20
Отношение к собственной зависимости	22
Наркологическая помощь ЛУН	23
Снятие абстинентного синдрома	23
Рынок наркологических услуг (государственные/частные организации)	25
Услуги, предоставляемые в рамках наркологической помощи	26
Барьеры, препятствующие получению ЛУН наркологических услуг	28
Результативность наркологических услуг	30
Различные аспекты наркологической помощи в оценках ЛУН	33
Тестирование на ВИЧ системе наркологической помощи ЛУН	39
Комментарии респондентов по вопросам наркологической помощи	40
Социальная реабилитация ЛУН	40
Государственные услуги социальной реабилитации	40
Рынок реабилитационных услуг (государственные/частные организации)	44
Программы социальной реабилитации наркозависимых	47
Барьеры, препятствующие прохождению ЛУН социальной реабилитации	48
Медикаментозная помощь в условиях социальной реабилитации	49
Результативность услуг социальной реабилитации	50
Насильственные действия со стороны сотрудников социальной реабилитации	53
Оценка ЛУН различных аспектов услуг по социальной реабилитации	55
Тестирование на ВИЧ и туберкулёз в системе социально-реабилитационной помощи ЛУН	59
Комментарии респондентов по вопросам социально-реабилитационной помощи	61
Факторы, оказывающие наибольшее влияние на готовность ЛУН обращаться за социально-медицинской помощью	61
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	62
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	69
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. АНАЛИТИЧЕСКИЕ ТАБЛИЦЫ К ОТЧЁТУ	72
Корреляционные таблицы	72
Кросс-таблицы	72
Открытые ответы респондентов	77
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. АНКЕТА ОНЛАЙН-ОПРОСА	81

ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблематика исследования.

Изучение барьеров, препятствующих получению ЛУН наркологической и реабилитационной помощи, имеет большое значение для реализации каскада услуг по ВИЧ, поскольку отсутствие возможности преодолеть абстинентный синдром препятствует его профилактике и лечению среди ЛУН. С начала 2023 года силами Форум ЛУН реализуется мониторинг доступности наркологической помощи, а также услуг реабилитации наркозависимых в регионах. Как отмечают организаторы мониторинга, необходимость такой работы обусловлена недостатками и несовершенством действующей системы оказания помощи ЛУН, желающим прекратить употребление наркотиков.¹

Данное социологическое исследование направлено на оценку доступа ЛУН к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации. Интернет-опрос ЛУН проводился в связи с внесением изменений в 54-ю статью Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» в части «социальная реабилитация», которые вступят в силу 1 сентября 2023 года². Так, законом теперь установлено, что социальная реабилитация наркопотребителей должна начинаться после оказания наркологической помощи. Изменения вводятся в связи с необходимостью привести к усовершенствованию механизмы медико-социальной реабилитации наркопотребителей. Результаты исследования будут использованы для выработки рекомендаций к содержанию вводимых нормативно-правовых актов.

Объект исследования – люди, употребляющие наркотики, имеющие опыт обращения за наркологической помощью, а также прохождения медицинской и/или социальной реабилитации.

Предмет исследования – барьеры, препятствующие получению ЛУН наркологических услуг, а также прохождению медицинской и социальной реабилитаций.

Цель исследования – оценка доступности, качества и эффективности государственных и частных услуг наркологии, медицинской и социальной реабилитации для людей, употребляющих наркотики.

Задачи исследования:

1. Определить социально-демографические характеристики сообщества потребителей наркотических веществ.
2. Актуализировать перечень наиболее распространенных наркотических средств, употребляемых наркозависимыми.

¹ Участники Форума ЛУН решили исследовать доступность комплексной медико-социальной помощи для наркопотребителей в регионах страны [Электронный ресурс]: [раздел сайта] // КАСКАД: [Офиц. сайт]. 2022. // <https://kaskad.haf-spb.org/участники-форума-лун-решили-исследов/> (дата обращения: 10.05.2023)

² Федеральный закон от 08.01.1998 N 3-ФЗ (ред. от 28.04.2023) "О наркотических средствах и психотропных // СПС КонсультантПлюс

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

3. Оценить охват наркопотребителей медицинскими и социальными услугами, оказываемыми в рамках наркологической помощи государственными и частными учреждениями.
4. Охарактеризовать оценку ЛУН различных аспектов наркологических услуг, в том числе по прохождению медицинской и социальной реабилитации наркозависимых, предоставляемых государственными и частными учреждениями.
5. Выявить факторы, оказывающие наибольшее влияние на готовность ЛУН обращаться за предоставлением наркологической помощи, прохождением медицинской и социальной реабилитации.

Гипотезы исследования:

1. Первое знакомство с наркотиками и последующий переход на их систематическое употребление происходят преимущественно в подростковый период.
2. На принятие решения об обращении ЛУН за наркологической помощью, прохождением медицинской и/или социальной реабилитации оказывает влияние характер их наркопотребления, а также вид систематически принимаемого ПАВ.
3. Наркопотребители, проживающие вдали от крупных административных центров, имеют ограниченный доступ к квалифицированной наркологической помощи, а также к услугам социальной реабилитации.
4. Необходимость обязательной постановки на наркологический учёт является значимым фактором, препятствующим получению ЛУН услуг наркологии, а также медицинской и социальной реабилитаций, предоставляемых государственными учреждениями.

Методика проведения исследования.

Сбор социологических данных производился методом снежного кома в рамках которого респонденты самостоятельно или при помощи волонтеров анонимно заполняли интерактивную анкету, размещенную на сервисе «Google Forms». Заполнение производилось с компьютера или мобильного устройства в режиме онлайн. Анкетирование проводилось силами участников форума ЛУН. Объем выборки N=274 чел.

География исследования. В опросе приняли участие жители 19 регионов РФ: Москва, Санкт-Петербург, Московская, Ленинградская, Свердловская, Калининградская, Челябинская, Самарская, Ростовская, Тюменская, Омская, Орловская, Волгоградская области, Алтайский край, Ханты-Мансийский автономный округ, Республика Татарстан, Пермский край, Республика Башкортостан, Республика Крым.

Алгоритм обработки данных. Для обработки и последующего анализа полученных данных был использован прикладной статистический пакет SPSS. Описание результатов

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

исследования произведено с помощью дескриптивной статистики. Дезагрегация данных осуществлена посредством кросс-анализа. Выявление факторов, препятствующих доступу ЛУН к услугам наркологии, а также прохождению медицинской и социальной реабилитаций, произведено с использованием коэффициентов корреляции, рассчитанных программным образом. Для изучения связи между метрическими переменными использовался коэффициент корреляции Пирсона, для анализа ранжированных переменных – коэффициент Спирмена. При этом за значимые факторы приняты лишь те, в отношении которых величина указанных коэффициентов имела статистически достоверную значимость.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА

Социально-демографическое описание респондентов

География опроса

В онлайн-опросе приняли участие ЛУН из различных населённых пунктов, расположенных в 19 субъектах РФ. Наибольшим образом в выборочной совокупности оказались представлены жители Ростовской области (17,8%), Республики Татарстан (12,4%), Пермского края (10,9%), Самарской (9,49%), Свердловской (9,12%), а также Калининградской (6,9%) областей и г. Санкт-Петербурга (6,5%). Совокупная доля ЛУН, проживающих в других регионах РФ, составила 27% от всех опрошенных.

Таблица 1. Распределение респондентов по месту жительства в регионах РФ

Субъект РФ	Количество респондентов	Доля в выборке, %
Ростовская область	49	17,8
Республика Татарстан	33	12,0
Пермский край	30	10,9
Самарская область	26	9,4
Свердловская область	25	9,1
Калининградская область	19	6,9
Санкт-Петербург	18	6,5
Тюменская область	15	5,4
Орловская область	14	5,1
Омская область	12	4,3
Алтайский край	9	3,2
Челябинская область	9	3,2
Республика Крым	5	1,8
Москва	4	1,4
Ленинградская область	2	0,7
Московская область	1	0,3
Республика Башкортостан	1	0,3
Волгоградская область	1	0,3
Ханты-Мансийский автономный округ	1	0,3

Для последующего анализа населённые пункты, в которых проживают участники опроса, были сгруппированы соответственно численности их населения на: крупнейшие – от 1 млн. человек; крупные - от 250 тыс. до 1 млн. чел.; большие – от 100 тыс. до 250 тыс. чел.; средние – от 50 тыс. до 100 тыс. чел.; малые – до 50 тыс. чел, включая ПГТ; посёлки - сёла, станицы, деревни, хутора, кишлаки, аулы и другие сельские населённые пункты. Таким образом в исследовании приняли участие ЛУН, проживающие преимущественно в крупнейших (39,1% от

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

всех респондентов) и крупных (30,7%) городах РФ. В меньшей степени среди участников опроса оказались представлены ЛУН, проживающие в городах с численностью населения, не превышающей 250 тысяч человек (в общем 30,3% от всех опрошенных).

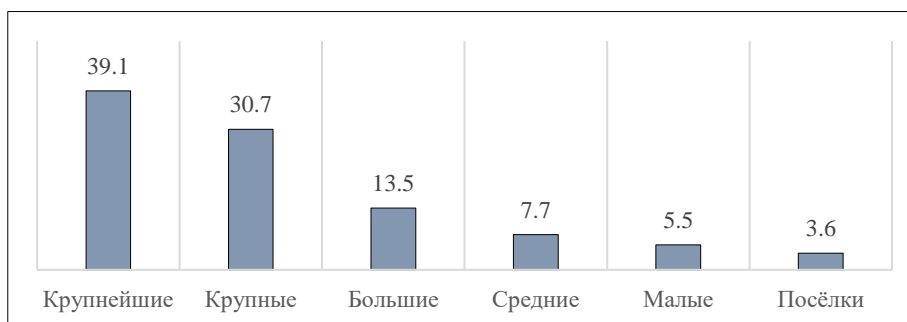


Рисунок 1. Распределение респондентов по численности населения в городах их проживания (% от общего числа респондентов одного пола).

Половозрастная структура выборки

В исследовании приняли участие 274 респондента в числе которых 183 мужчин (66,8%) и 91 женщин (33,2%). Основную часть выборки (65,7% от всех опрошенных) составили средневозрастные наркопотребители входящие в возрастной диапазон 30-44 лет. Совокупная доля респондентов молодого (18-29 лет) и зрелого (45-59 лет) возрастов составила 32,8% от всех опрошенных (16,1% и 15,3% соответственно). В исследовании также приняли участие два пожилых человека (старше 60 лет) и два шестнадцатилетних подростка, опрошенных с разрешения законных представителей.

Как показал кросс-анализ (см. Рисунок 2) половозрастная структура выборки имеет следующие особенности: среди опрошенных больше доля мужчин в возрасте 45-49 лет (15,9% от всех мужчин, против 7,7% от всех женщин); среди опрошенных больше доля женщин в возрасте 20-34 лет (12,6% от всех мужчин, против 18,7% от всех женщин). Разница половозрастных пропорций внутри остальных возрастных диапазонов соответствует критерию статистической погрешности. Таким образом, мужчины-наркопотребители смещены в возрастном диапазоне в более старшие группы, тогда как женщины-наркопотребители в целом по выборке характеризуются более молодым возрастом.

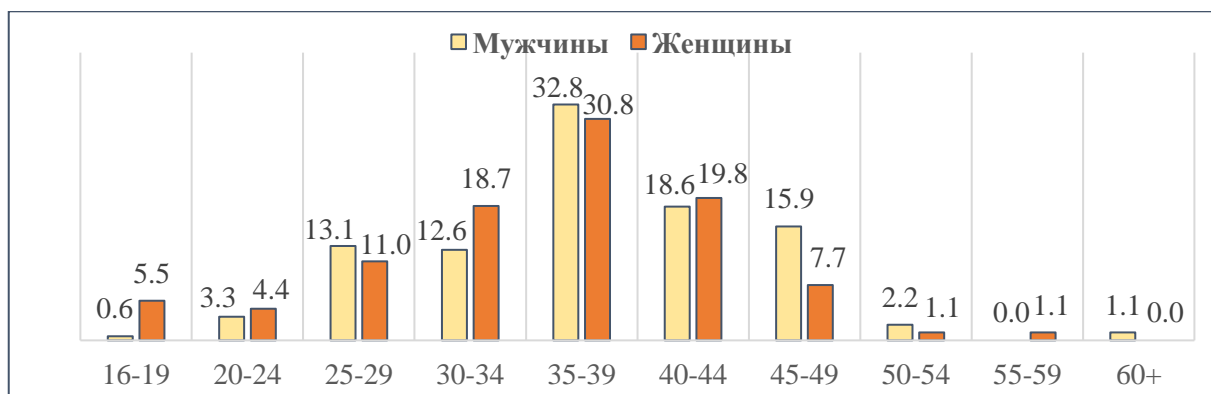
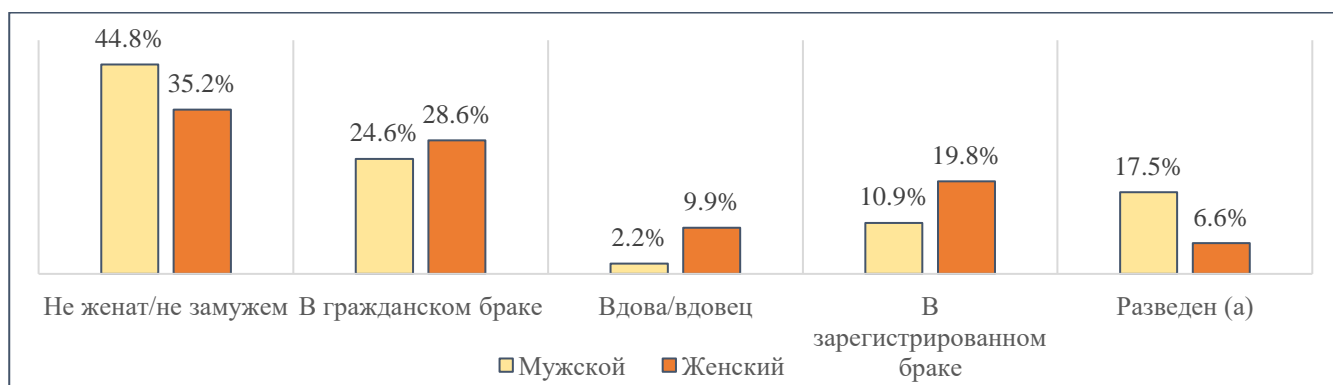


Рисунок 2. Половозрастная структура участников исследования (% от общего числа респондентов одного пола).**Семейное положение и образование респондентов**

Как показало исследование, чаще всего ЛУН не состоят в брачных отношениях и не проживают с кем-либо гражданским браком (60,2% от всех опрошенных). Большинство холостых/не замужних респондентов ранее не регистрировали брак (41,6% от всех опрошенных), но многие также имеют опыт супружеской жизни (18,6% от всех опрошенных): 13,9% ЛУН ранее состояли в браке, но развелись; 4,7% ЛУН ответили, что человек, с которым у них был заключен брак, скончался. Совокупная доля респондентов, состоящих на момент опроса в устойчивых взаимоотношениях, составила 39,8% от всех опрошенных, из которых 25,9% пребывают в «неофициальном» гражданском браке, а 13,9% зарегистрировали свои отношения в органах ЗАГС.

Дезагрегация ответов по половому признаку (см. рисунок 3) позволяет характеризовать семейный статус наркопотребителей как неустойчивый: 44,8% мужчин и 35,2% женщин не имеют опыта зарегистрированных семейных отношений, холосты; в зарегистрированном браке состоит только каждая десятая женщина и каждый пятый мужчина, а каждый четвертый респондент (24,6% мужчин и 28,6% женщин) предпочитают гражданские отношения; среди мужчин в три раза больше разведенных (17,5% в сравнении с 6,6% среди женщин); каждый десятый мужчина вдовец, что может быть связано с их более страшим возрастом. Таким образом, можно констатировать, что среди ЛУН женщины чаще мужчин выступают субъектами супружеских отношений, состоят или ранее состояли в брачном партнёрстве, объединённом межличностной и сексуальной связями.

**Рисунок 3.** Семейное положение ЛУН в соответствии с их половой принадлежностью (% от общего числа респондентов одного пола).

Образовательная структура анализируемой выборочной совокупности свидетельствует о том, что большинство ЛУН имеют среднее специальное (48,9% от всех опрошенных) или общее среднее (30,3% от всех опрошенных) образование. Пропорции наркопотребителей, на разном

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

этапе окончивших общеобразовательные учреждения (школу), сопоставимы: 10-11 классов окончили 16,1% ЛУН; 8-9 классов окончили 14,2% опрошенных ЛУН. Несмотря на то, что каждый пятый наркопотребитель проходил обучение в ВУЗе (20,4%), закончить обучение и получить удостоверение о высшем образовании удалось только половине из них (10,2%).

Дезагрегация полученных результатов по полу признаку показала, что образовательный маршрут мужчин и женщин из числа ЛУН имеет некоторые отличия (см. Рисунок 4). Среди ЛУН мужчины с неполным средним образованием (8-9 классов) встречаются чаще, чем женщины (15,8% мужчин и 11% женщин). Также, мужчины из числа ЛУН чаще чем женщины имеют среднее профессиональное (49,7% мужчин, против 47,3% женщин) и оконченное высшее (11,5% мужчин, против 7,7% женщин) образование. В то же время женщины чаще мужчин ограничиваются получением полного среднего (15,3% мужчин и 17,6% женщин) и неоконченного высшего образования (16,5% мужчин и 7,1% женщин). Иначе говоря, в числе ЛУН мужчины обладают большим образовательным потенциалом, что, предположительно, связано с их меньшей вовлечённостью в брачно-семейные отношения.

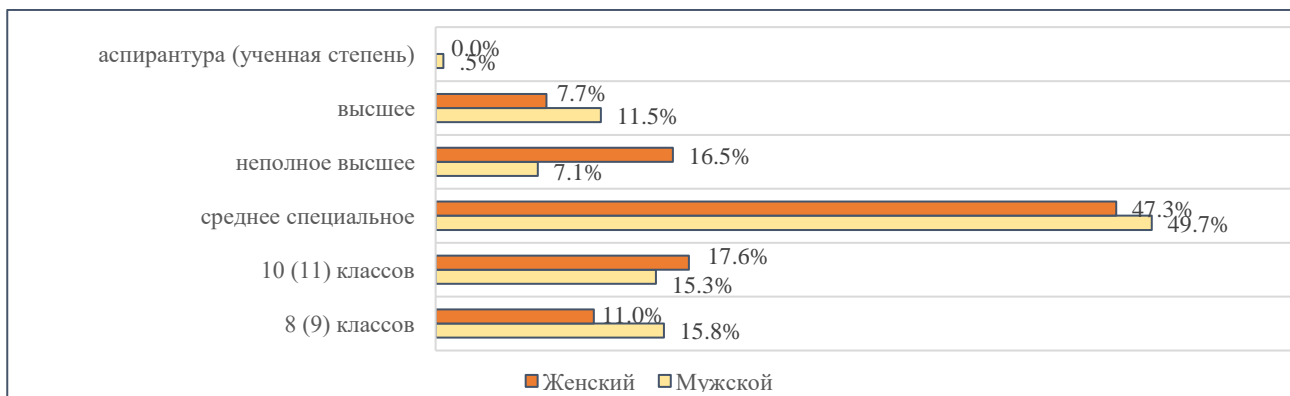


Рисунок 4. Образование ЛУН в соответствии с их половой принадлежностью (% от общего числа респондентов одного пола).

Социальное окружение

Для того, чтобы оценить как организована социальная микросреда (близкое окружение) ЛУН, респондентам задавался вопрос о том, сколько человек проживает вместе с ними, имеет совместный бюджет и общее домашнее хозяйство. Как показало исследование, ЛУН проживают в основном малочисленными домохозяйствами, редко превышающими по количественному составу трёх человек, включая самого наркопотребителя (60,6% от всех опрошенных). Наиболее распространённым среди ЛУН типом сожительства является совместное проживание с одним (32,1% от всех опрошенных) или двумя (28,5% от всех опрошенных) людьми.

Доля ЛУН, проживающих отдельно, самостоятельно обеспечивающих себя пищей и всем необходимым для жизни, составила 18,6% от всех опрошенных. Как показал кросс-анализ (см. Рисунок 5), такой тип организации быта наиболее всего характерен для употребляющих

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

наркотики мужчин (11% от опрошенных женщин, 22,4% от опрошенных мужчин). В домохозяйствах с расширенной внутренней структурой, состоящих из четырех и более сожителей, совокупно проживает 20,8% опрошенных наркопотребителей (с тремя - 14,6%; с четырьмя - 3,6%; с пятью - 1,8%; с шестью - 0,7%). Среди ЛУН проживание в многочисленных сообществах более характерно для женщин, чем для мужчин.

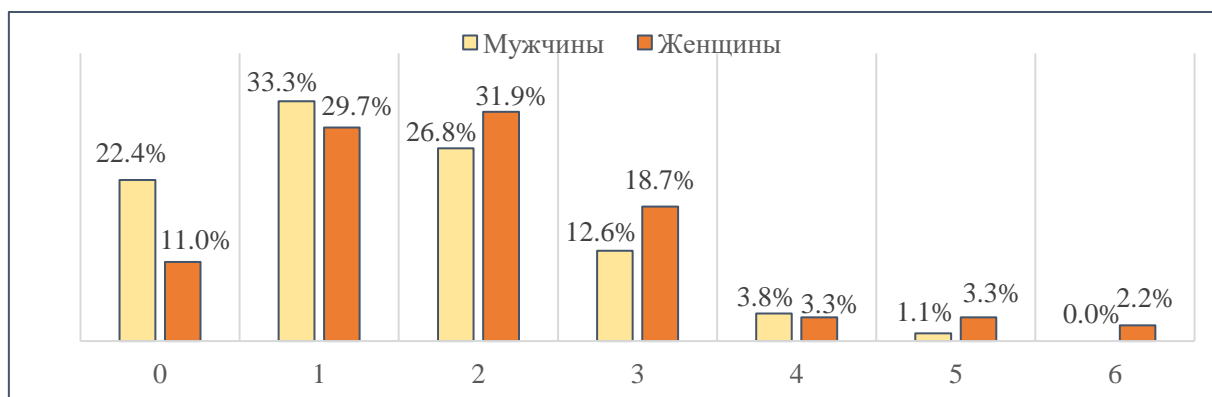


Рисунок 5. Численный состав домохозяйств, в которых проживают ЛУН различного пола (% от общего числа респондентов одного пола).

Большинство ЛУН ответственно относятся к окружающим их людям, неспособным в силу возраста или состояния здоровья обеспечить свои жизненные потребности самостоятельно. В соответствии с результатами исследования, каждый третий наркопотребитель заботится о несовершеннолетних детях (31,4% от всех респондентов), а каждый четвертый оказывает поддержку окружающим его взрослым людям (27% от всех опрошенных). Распределение ответов по половому признаку показало, что, несмотря на употребление наркотических веществ, забота о несовершеннолетних детях остаётся женской прерогативой. Доля ЛУН, не обременённых необходимостью заботиться об окружающих людях, составляет по результатам опроса 41%. Как показал кросс-анализ, среди ЛУН такой образ жизни наибольшим образом распространён среди мужчин (см. рисунок №6).

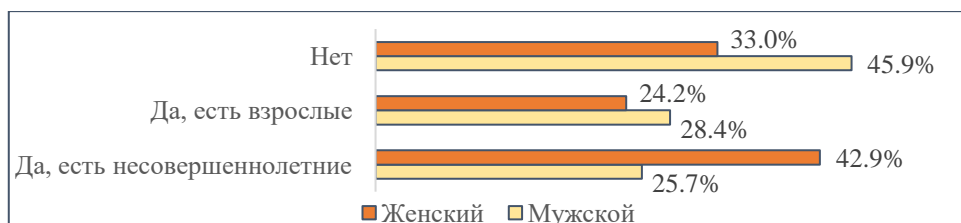


Рисунок 6. Наличие в окружении людей о которых ЛУН приходится заботиться – поддерживать материально, помогать решать бытовые и жизненные вопросы (% от общего числа респондентов одного пола).

Источники дохода и материальное положение

В ходе исследования ЛУН задавался вопрос об имеющихся у них источниках дохода. Респондент мог отметить один из предложенных вариантов, в связи с чем предполагается, что

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

выбранный вариант свидетельствует об основном источнике его дохода. Полученные данные позволяют утверждать, что в большинстве своём ЛУН имеют трудовые источники дохода, однако, чаще всего их занятость носит непостоянный характер (39,8%), в результате чего денежные средства наркопотребителям удаётся заработать от случая к случаю. Постоянное трудоустройство чуть менее распространено среди ЛУН. Только 30,3%, по результатам исследования, имеют стабильный доход.

Помимо этого, значительная часть опрошенных ЛУН получают помощь со стороны родственников (10,2%) или из средств государственного бюджета в виде социальных выплат, в том числе, по причине инвалидности (9,1%). В результате произведённой дезагрегации ответов по половому признаку удалось установить, что женщины из числа ЛУН в качестве основного источника доходов чаще, чем мужчины, указывают пенсию или социальные выплаты. Последующий структурный анализ показал, что среди ЛУН, имеющих на попечении несовершеннолетних детей, женщины намного чаще мужчин (указывает 2,1% от мужчин с детьми, против 17,9% от женщин с детьми) называли социальные выплаты как основной источник доходов (см. приложение 1, таблица 2.1). Таким образом, можно предположить, что преобладание женщин среди ЛУН, указавших пособия как основной источник дохода, обусловлено предоставлением ими мер социальной поддержки семьям с детьми.

Каждый десятый из числа ЛУН не имеет каких-либо источников дохода (10,6% от всех опрошенных). При этом, как показало исследование, отсутствие доходов наиболее всего характерно для мужчин из числа ЛУН (13,7% от всех мужчин, против 4,4% от всех женщин).

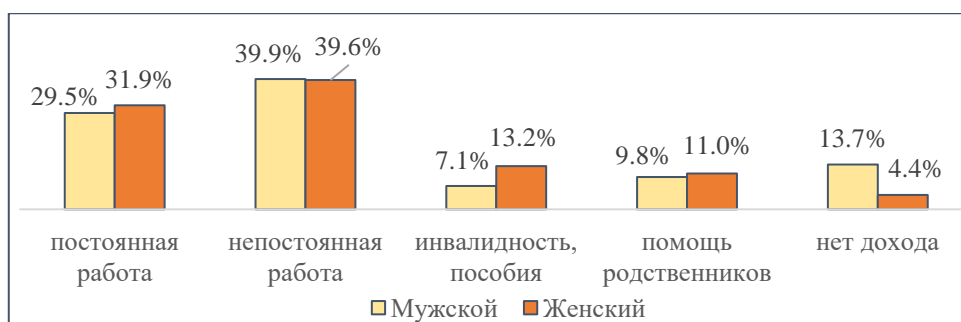


Рисунок 7. Структура доходов ЛУН в соответствии с их половой принадлежностью (% от общего числа респондентов одного пола).

В большинстве своём ЛУН имеют низкий уровень материального благосостояния. В соответствии с результатами исследования, большая часть ЛУН не могут купить товары длительного потребления, таких как мебель или бытовая техника (33,2%), либо испытывают трудности с оплатой жилищно-коммунальных услуг, приобретением одежды (22,3%). Существенная часть ЛУН проживает за чертой бедности, не имея постоянной возможности приобретать продукты питания (16,4% от всех опрошенных). Структурный анализ показал, что и

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

мужчины и женщины из числа ЛУН имеют примерно одинаковое материальное положение. (см. приложение 1, таблица 2). И, тем не менее, женщины из числа ЛУН, чаще сталкиваются с финансовыми проблемами, чем мужчины.

Доля наркопотребителей, обладающих средним или высоким уровнем благосостояния, составляет по результатам опроса 28,1%. Из них 11,3% ЛУН утверждают, что им не хватает средств для покупки автомобиля или квартиры, а 16,8% могут позволить себе приобрести всё, что посчитают необходимым. Как показал кросс-анализ, из числа ЛУН наиболее устойчивое материальное положение характерно для мужчин (см. приложение 1, таблица 2).

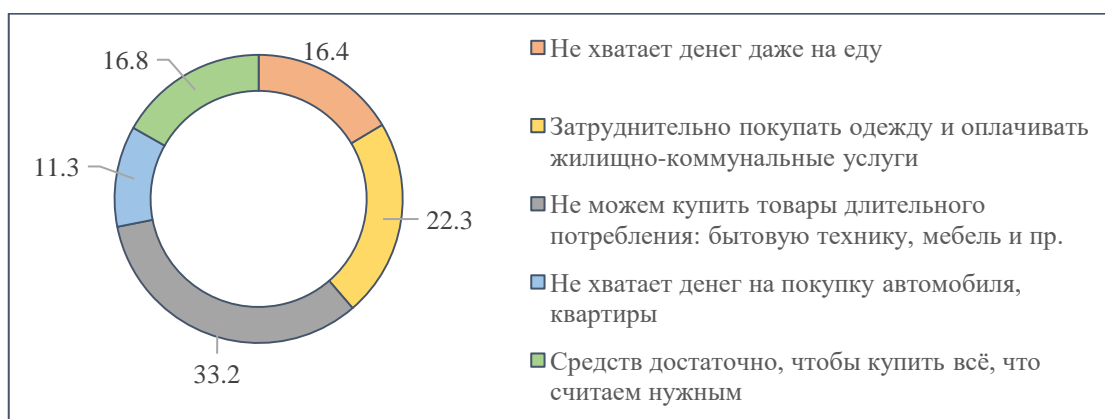


Рисунок 8. Материальное положение ЛУН (% от общего числа респондентов).

ВИЧ-статус респондентов

В ходе исследования, респондентов просили указать, есть ли у них ВИЧ-инфекция. Данный вопрос задавался отдельно наркопотребителям, обратившимся за наркологической помощью, и отдельно тем, кто обращался за помощью для прохождения реабилитации. Для описания ВИЧ-статуса респондентов, вне зависимости от опыта наркологического лечения или прохождения реабилитации, ответы на данные вопросы были объединены (Рисунок 9). Таким образом, доля ВИЧ-инфицированных респондентов, принявших участие в опросе, по итогу произведённой агрегации составила 55,1%. Доля респондентов с ВИЧ-отрицательным статусом составила 40,1%. Таким образом, большинство респондентов знают о своём ВИЧ-статусе. Затруднились с ответом 4,8% опрошенных.

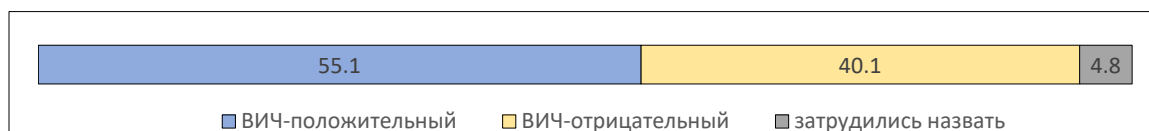


Рисунок 9. Агрегированные данные о ВИЧ-статусе респондентов (% от общего числа респондентов).

Как показал кросс-анализ, среди мужчин и женщин, принявших участие в опросе, доля ВИЧ-инфицированных респондентов практически не отличается (55,2% от всех мужчин и 54,9%

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

от всех женщин). Тем не менее среди женщин чаще встречаются те, кто затрудняется назвать свой ВИЧ-статус (2,7% среди мужчин и 8,8% среди женщин). Средний возраст ВИЧ-положительных респондентов составляет 38,7 лет. Средний возраст респондентов с ВИЧ-отрицательным статусом - 33,7 лет

Таблица 2. ВИЧ статус респондентов в соответствии с их полом
(% от числа респондентов одного пола)

Пол респондента	ВИЧ-положительный	ВИЧ-отрицательный	Затруднились ответить
Мужской	55,2%	42,1%	2,7%
Женский	54,9%	36,3%	8,8%

Личный опыт наркопотребления

Опыт наркопотребления

Первая проба наркотических веществ, а также переход на их систематическое употребление происходят во время активного взросления человека и приходится на подростково-молодёжный период его жизни (см. рисунок 10). В соответствии с результатами исследования, 3,6% наркопотребителей первый раз попробовали ПАВ ещё в детском возрасте (от 6 до 12 лет), а 55,5% сделали это будучи подростками (от 13 до 17 лет). В совершеннолетнем возрасте знакомство с ПАВ состоялось у 39,1% опрошенных ЛУН, при этом четверть наркопотребителей (25,2% от общего числа респондентов) сделали это в период ранней молодости (19-25 лет).

Исходя из полученных ответов средний возраст, в котором наркопотребители впервые знакомятся с ПАВ, составляет 17 лет, а возраст перехода на систематическое употребление наступает тремя годами позже (в среднем в 20 лет). Как показало исследование, каждый третий из числа ЛУН начинает систематически употреблять наркотики в несовершеннолетнем возрасте (32,1% от всех опрошенных), а каждый второй в возрасте от 18 до 25 лет (52,2% от всех опрошенных). Ответы о возрасте начала систематического потребления ПАВ также позволили определить стаж наркопотребления респондентов.



Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Рисунок 10. Распределения ответов на вопросы: «Укажите, в каком возрасте вы впервые попробовали наркотики»; «Укажите, в каком возрасте вы стали систематически употреблять наркотики» (% от общего числа респондентов).

Для того, чтобы актуализировать перечень ПАВ, наиболее распространенных среди ЛУН, респондентов просили указать в свободной форме названия веществ, которые они в последнее время предпочитают употреблять. Несмотря на то, что полученные данные позволили охарактеризовать широкий круг ПАВ, находящихся в обороте среди ЛУН (приложение 1, таблица 2.2), значительная доля предоставленной респондентами информации носила обобщающий и неконкретный характер (например: «соли», «опиаты», «стимуляторы»), что является препятствием для дифференцированного описания веществ, определяющих наркосцену РФ.

Как показало исследование, большинство наркопотребителей (56,5% от всех опрошенных) предпочитают какое-то одно вещество. И тем не менее полинаркомания существенно распространена среди ЛУН. Так, отвечая на вопрос о предпочитаемых наркотиках, 1,5% респондентов указали, что они употребляют все существующие виды ПАВ. При этом, каждый четвертый (26,7%) назвал как минимум два вещества, а каждый седьмой (16,7%) - три и более.

Основную долю от оборота наркотических средств занимают вещества входящие в группы полусинтетических/синтетических опиоидов и синтетических катионов («соли»). Из числа веществ, относящихся к опиоидному ряду, наибольшей востребованностью среди ЛУН пользуются «героин» (назвали 38,7% от всех респондентов) и «метадон» (назвали 21,5% от всех респондентов). Вещества, относящиеся к группе синтетических катионов («соли»), обладают среди ЛУН популярностью, сопоставимой с опиоидами. Следует отметить, что к синтетическим катионам преимущественно относятся такие вещества как «мефедрон» и «альфа-ПВП», однако, наркопотребители часто обобщают наркотики данной группы, характеризуя их общим названием «соли». Данная специфика также нашла отражение в проведенном исследовании. Так, 28,5% наркопотребителей ответили, что они отдают предпочтение веществу «соль», 25,9% преимущественно потребляют «мефедрон» и, лишь 2,6% - «Альфа-ПВП».

Вторая по распространенности группа ПАВ относится к каннабиноидам. В их числе такие вещества как «марихуана» и «гашиш», потребляемые 17,9% и 2,2% всех респондентов, соответственно. В числе психостимуляторов наиболее часто респонденты называли вещество «амфетамин» (предпочитают 9,1% от всех опрошенных). Помимо этого, некоторые респонденты называли и другие наркотики, относящиеся к группам психостимуляторов (амфетамин, экстази, метамфетамин, первинтин, кокаин), психоделикам (ЛСД, грибы, мескалин, фенциклидин, ДОБ,

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

ДМТ, 5-МЕО-ДМТ) и лекарственным препаратам (кетамин, трамал, лирика, оксibuтират натрия, антидепрессанты).

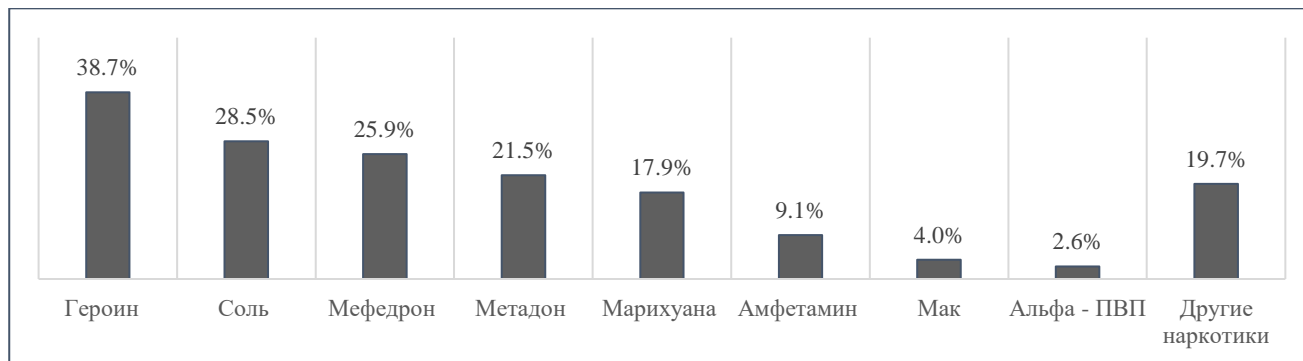


Рисунок 11. Наркотики, которые в последнее время предпочитают употреблять респонденты (% от общего числа респондентов).

В связи с небольшой численностью наркопотребителей, принявших участие в опросе, а также ввиду неоднозначности приведённых ими формулировок, ответы, характеризующие потребляемые ими вещества, будут далее объединены в более общие группы (см. таблица 3). Объединение ответов произведено в соответствии с типом вещества, а также численностью предпочитающих его респондентов. Такие вещества как «спайс», алкоголь и прочие единичные ответы были объединены в группу «другие ПАВ».

Таблица 3. Аналитическая таблица по типам употребляемых ПАВ

Группа ПАВ	Вещества, входящие в группы	% от общего числа респондентов
Опиоиды:	героин, метадон, дезоморфин, мак, морфий, «ханка»	56,2%
Синтетические катионы («соли»):	мефедрон, альфа-ПВП	50%
Каннабиноиды:	марихуана, гашиш	20,1%
Синтетические психостимуляторы:	амфетамин, экстази, метамфетамин, первинтин, кокаин	13,1%
Лекарственные препараты:	кетамин, трамал, лирика, оксibuтират натрия, антидепрессанты	3,3%
Психоделики:	ЛСД, грибы, мескалин, фенциклидин, ДОБ, ДМТ, 5-МЕО-ДМТ	2,2%
Другие ПАВ вещества:	курительные смеси (спайс), алкоголь	3,3%

Как показал корреляционный анализ между возрастом наркопотребителей и их предпочтениями существует устойчивая связь, выявленная среди потребителей опиоидов ($r=0,33$; $p<=0,01$) и синтетических катионов ($r=-0,28$; $p<=0,01$ - установлена обратная корреляционная зависимость, т.е. с увеличением возраста падает число потребителей «солей»). Проведённый кросс-анализ (см. приложение 1, таблица 2.3) позволяет следующим образом

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

характеризовать данную тенденцию: среди наркопотребителей, предпочитающих вещества опиоидной группы, преобладают люди старшего возраста (33 и более лет), в то время как синтетические катионы («соли») чаще употребляют молодые люди в возрасте до 32 лет.

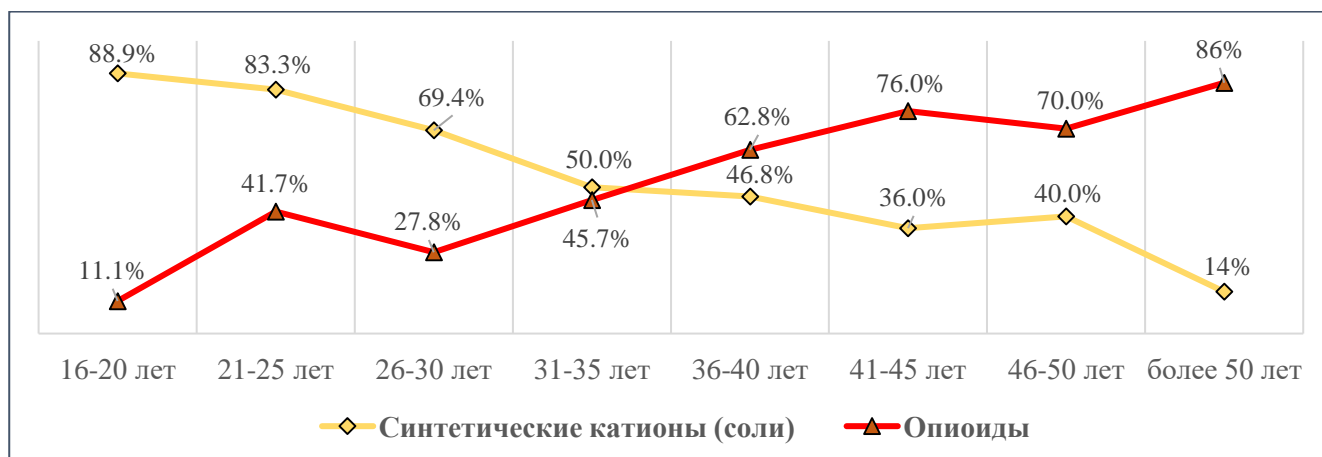


Рисунок 12. Распространённость веществ, относящихся к опиоидному ряду или к синтетическим катионам («солям»), в зависимости от возраста наркопотребителя (% от респондентов одного возраста).

Наркологический учёт

В соответствии с законодательством РФ обязательным условием для оказания наркологической помощи на бюджетной основе является постановка человека, употребляющего наркотические вещества, на учёт в наркологическом диспансере. Как показало исследование, из числа опрошенных ЛУН большинство либо состоят на учёте в наркодиспансере (59,1% от всех опрошенных), либо стояли на нём ранее (24,5% от всех опрошенных). Доля ЛУН, не состоявших никогда на учёте в диспансере, оказалась наиболее малочисленной (5,5% от всех опрошенных). Примечательно, что каждый десятый (10,9% от всех опрошенных) затруднился ответить на данный вопрос.

Дезагрегация полученных данных (см. рисунок 13) показала, что наиболее часто на учёт в наркологический диспансер встают потребители наркотиков опиоидной группы (66,2% от потребителей опиоидов) и синтетических катионов (56,2% от потребителей «солей»). Реже встают на наркологический учёт потребители веществ, относящихся к группе каннабиноидов (45,5% от потребителей каннабиноидов) и синтетических стимуляторов (41,7% от потребителей стимуляторов). Наиболее редко в числе наблюдаемых оказываются наркопотребители психоделиков (16,7% от потребителей психоделиков) и лекарственных препаратов (11,1% от потребителей лекарственных препаратов). Во многом данный факт объясняется спецификой абстинентного состояния и необходимостью оказания медицинской наркологической помощи по его преодолению.

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

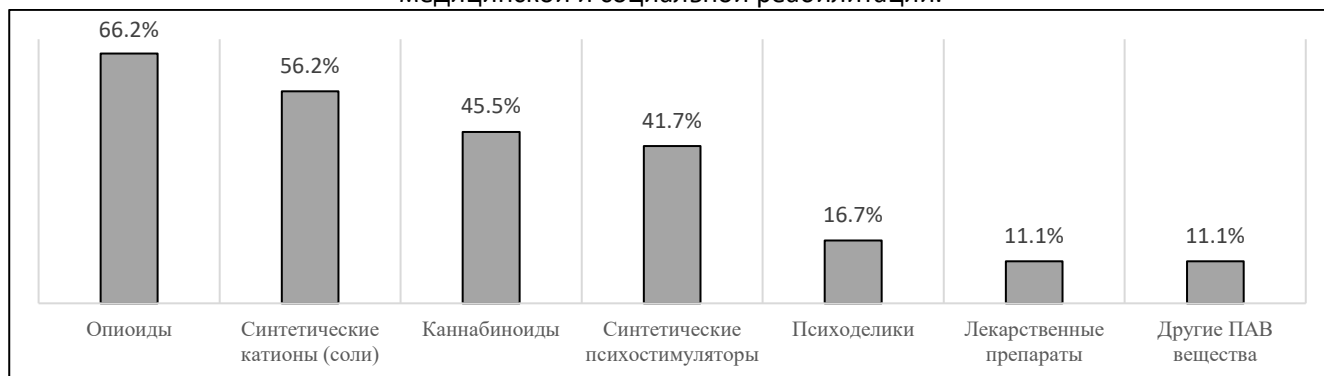


Рисунок 13. Доля наркопотребителей состоящих на учёте в наркодиспансере в зависимости от вида потребляемого ими вещества (% от потребителей определённого вида ПАВ).

Процедура постановки на наркологический учёт производится либо добровольно, либо принудительно по решению суда. Как показало исследование, среди ЛУН состоящих на учёте только 36,2% обратились за помощью добровольно. Подавляющее же большинство опрошенных (63,8% от состоящих на нарк. учёте респондентов) оказались на учёте в наркодиспансере по решению суда, либо в силу имеющегося постановления о привлечении их к ответственности за потребление наркотических средств, либо после госпитализации в состоянии неалкогольного опьянения. Последующий анализ показал, что основания, в соответствии с которыми была произведена постановка опрошенных на учёт, связаны с их половой принадлежностью и видом потребляемого вещества. Так, среди наркопотребителей доля женщин, самостоятельно обратившихся в наркологический диспансер и добровольно вставших на наркологический учёт, более чем в два раза больше, чем среди мужчин (добровольно встали на учёт 60% всех женщин, против 25,4% среди всех мужчин).

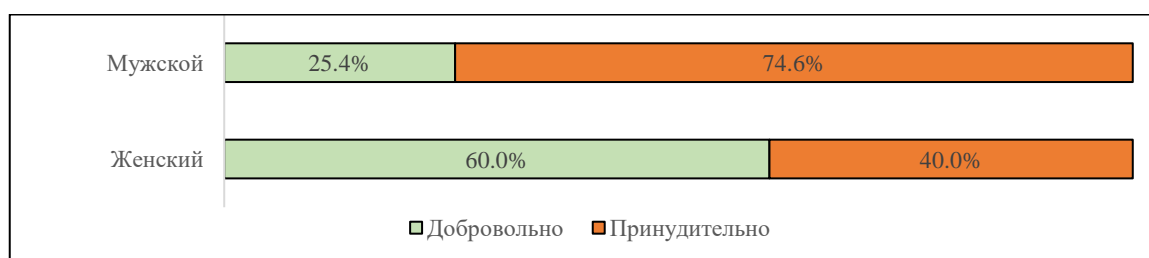


Рисунок 14. Распределение ответов на вопрос: «Каким образом Вас поставили на учёт» в соответствии с полом наркопотребителя (% от респондентов одного пола).

В отношении вида ПАВ выявлена следующая закономерность (См. приложение №1, таблица №2.4): потребители наркотиков, относящихся к опиоидной группе, охотнее встают на учёт в наркодиспансер, чем потребители других видов наркотиков (42,7% от потребителей опиоидных наркотиков, против 25% от потребителей каннабиноидов и 23,5% от потребителей психостимуляторов). Среди респондентов, предпочитающих психоделики и лекарственные

препараты, отсутствуют наркопотребители добровольно вставшие на учёт наркологический диспансер.

Отношение к собственной зависимости

В ходе опроса абсолютное большинство опрошенных наркопотребителей ответили, что они считают себя зависимым людьми (91,6% от всех респондентов). И тем не менее 3,3% опрошенных ответили, что не признают себя зависимыми, а 5,1% сказали, что они не определились. Отвечая на вопрос: «Вы хотите справиться с зависимостью?» две трети, а именно 66,4% опрошенных, высказались положительно. Однако, значительная часть опрошенных, хотели бы отказаться от систематического употребления, продолжив принимать наркотики иногда, эпизодически (15% от всех опрошенных) или готовы просто сделать перерыв в употреблении на какое-то время (8,8% от всех опрошенных). Затруднились с ответом 6,9% опрошенных, а остальные 2,9% ответили, что не считают себя зависимыми.

Как показал структурный анализ (см. рисунок №15) наиболее мотивированными к лечению наркомании оказались зависимые получающие постоянный доход от работы (78,3% от респондентов, имеющих постоянную работу). Наименее же готовы отказаться от употребления респонденты, находящиеся на иждивении (57,1% от респондентов, назвавших в качестве основного дохода помощь родственников) и те, кто не имеет никаких источников дохода (51,7 от тех, кто не имеет дохода).

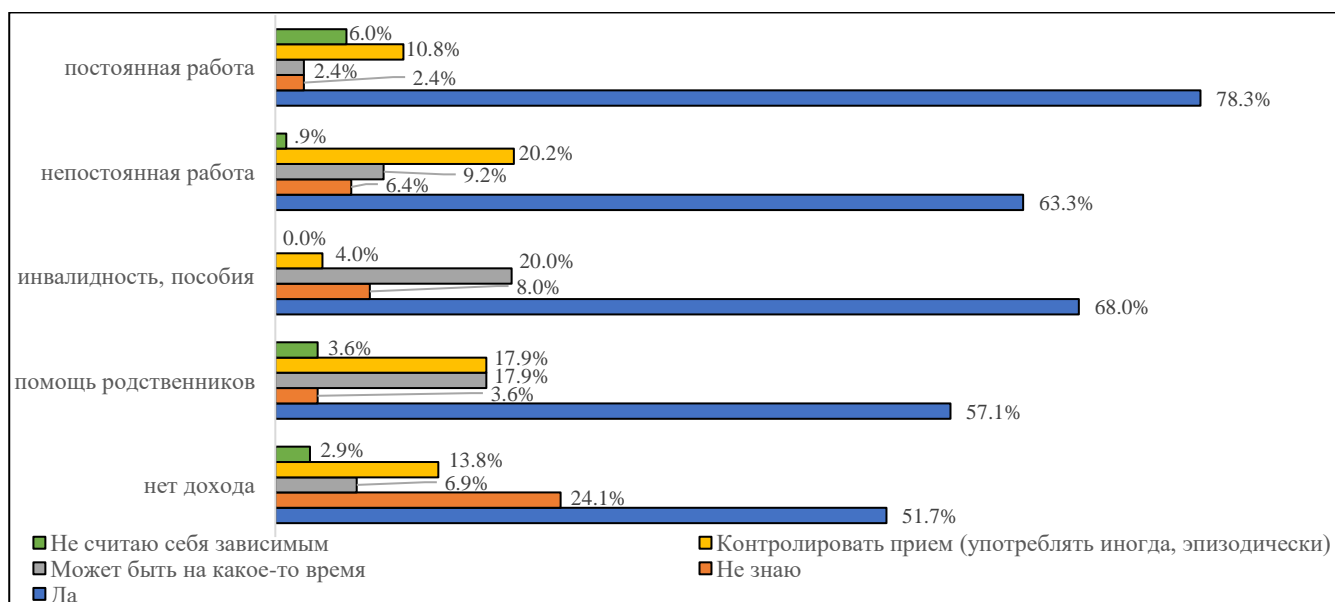


Рисунок 15. Распределение ответов на вопрос: «Вы хотите справиться с зависимостью?» (% от всех респондентов).

Наркологическая помощь ЛУН**Снятие абстинентного синдрома**

Как показало исследование, большинство опрошенных потребителей охвачены услугами наркологии. Среди опрошенных наркопотребителей 73,7% ответили, что они ранее обращались за наркологической помощью для снятия абстинентного синдрома. Как показал кросс-анализ (см. Рисунок №16), ЛУН опиоидной группы чаще остальных обращаются в наркологические диспансеры для прохождения детоксикации.

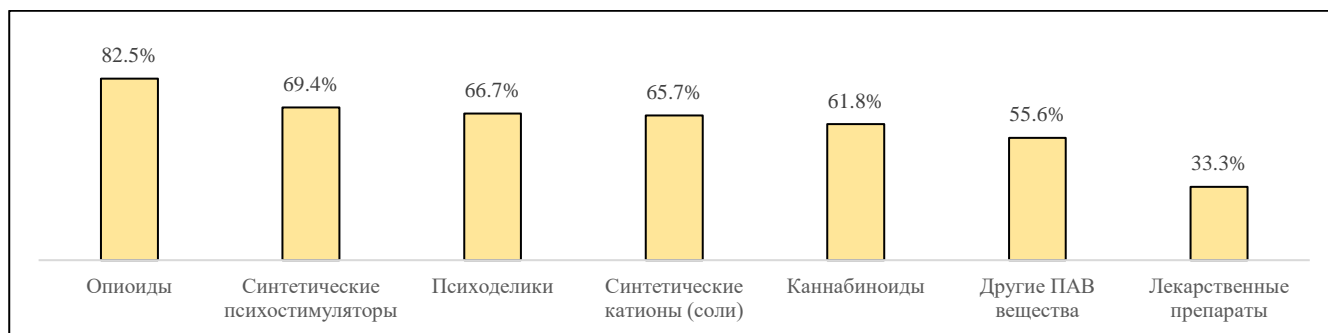


Рисунок 16. Доля респондентов, обратившихся за наркологической помощью в снятии абстинентного синдрома (% от потребителей определённой группы ПАВ).

Причины, по которым ЛУН не обращаются за помощью в снятии абстинентного синдрома.

Для того, чтобы определить какая мотивация лежит в основе отказа ЛУН от наркологической помощи, респондентам задавался вопрос в открытой форме, почему они ранее не обращались для снятия абстинентного синдрома. Обработка полученных ответов (см. приложение 1, таблица 3.1.) показала, что каждый пятый наркопотребитель из тех, кто не обращался за помощью предпочитает преодолевать абстинентный синдром самостоятельно (19,4% от не обратившихся респондентов). Основной причиной, препятствующей обращению ЛУН за помощью, является их нежелание вставать на наркологический учёт (20,8% от не обратившихся респондентов). В частности, наркопотребителей останавливает тот факт, что после постановки на учёт их лишают водительского удостоверения (6,9% от не обратившихся респондентов), а также родительских прав (4,2% от не обратившихся респондентов). Помимо этого, каждый десятый респондент утверждает, что не может обратиться за наркологической помощью, поскольку опасается огласки своего заболевания (9,7% от не обратившихся респондентов).

Как показало исследование, среди тех, кто не обращался ранее за наркологической помощью 22% не могут это сделать ввиду различного рода бытовых обстоятельств. Наиболее существенным фактором в этом вопросе является нехватка финансов, необходимых для лечения (5,6% от не обратившихся респондентов), а также юридические препоны, неизбежно возникающие перед ЛУН при их госпитализации в наркологический диспансер.

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Наркопотребители в ходе опроса жаловались, что для лечения им необходимо собрать большой перечень справок, сдать различные анализы (4,2% от не обращающихся респондентов), в то время как у некоторых из них просто отсутствуют необходимые документы (1,4% от не обращающихся респондентов) или же не позволяет состояние здоровья (1,4% от не обращающихся респондентов). Также некоторые респонденты отметили, что у них в принципе был ограничен доступ к государственной наркологической помощи, поскольку в городе их проживания отсутствует наркодиспансер (1,4% от не обращающихся респондентов), или же они находились в местах лишения свободы (2,8% от не обращающихся респондентов). Примечательно, что некоторые респонденты ответили, что просто не владели информацией о том, какие услуги предоставляются в рамках наркологической помощи (4,2% от не обращающихся респондентов)

Среди респондентов, ранее не обращающихся за наркологической помощью, каждый десятый не делал этого, поскольку попросту не испытывал необходимости в прохождении детоксикации (9,7% от не обращающихся респондентов). Некоторые респонденты связали это с тем, что от потребляемых ими веществ не бывает физической абстиненции (2,8% от не обращающихся респондентов).

Регулярность обращения респондентов за наркологической помощью.

Как показало исследование, ЛУН с разной периодичностью обращаются за наркологической помощью. Большинство респондентов указали, что за последние три года они проходили детоксикацию не чаще одного (41,6% от обращающихся за помощью респондентов) или двух раз (33,2% от обращающихся за помощью респондентов). Доля наркопотребителей регулярно обращающихся за наркологической помощью значительно меньше: 8,4% обращались три раза; 6,4% обращались 4 раза. Пять и более раз обращались всего 8,5% получателей услуг наркологии.

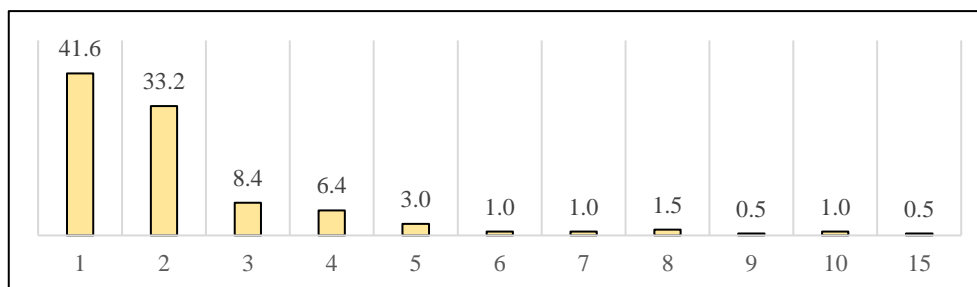


Рисунок 17. Распределение ответов на вопрос: «Сколько раз за последние 3 года Вы обращались за наркологической помощью?» (% от респондентов, обращающихся за наркологической помощью).

Рынок наркологических услуг (государственные/частные организации)

Для того, чтобы оценить, насколько широко на рынке наркологических услуг представлены государственные и частные учреждения, респондентов просили уточнить в какую клинику они обращались за помощью. Исходя из полученных данных можно резюмировать, что услуги наркологии, предоставляемые частными и государственными центрами распространены среди ЛУН в соотношении один к трём (22,3% обращались в частные; 77,7% обращались в государственные). Корреляционный анализ показал, что наиболее значимыми факторами, оказывающими влияние на выбор наркологического центра, является уровень образования респондента ($r=0,26$; $p<=0,01$), а также имеющиеся у него источники дохода ($r=0,22$; $p<=0,01$). Для последующего описания обнаруженных связей был произведён кросс-анализ, позволивший характеризовать влияние данных факторов следующим образом: предпочтение частным центрам чаще отдают ЛУН с более высоким уровнем образования (см. приложение 1, таблица 2.7), а также наркопотребители имеющие постоянную работу (см. приложение 1, таблица 2.8). Обе названные характеристики во многом определяют социальный статус человека и свидетельствуют о степени его вовлечённости в общественные отношения. Иначе говоря, чем более социализирован наркопотребитель, тем сильнее он отдаёт предпочтение частным наркологическим клиникам.

Также следует отметить, что в частные наркологические центры чаще обращаются потребители не опиоидных видов ПАВ ($r=0,20$ $p<=0,01$). Структурный анализ ответов показал, что среди респондентов, потребляющих опиоидные наркотики доля обратившихся за помощью в частный наркологический центр вдвое меньше и составляет 15,7%, против 33,3% от числа респондентов потребляющих прочие виды ПАВ. Иначе говоря, люди с опиоидной зависимостью предпочитают обращаться в государственные наркодиспансеры, поскольку они в большинстве своём состоят на наркологическом учёте и больше других нуждаются в медикаментозной детоксикации, ввиду особенностей протекания у них абстинентного синдрома.

Для того, чтобы характеризовать мотивы выбора того или иного учреждения, респондентам задавался следующий вопрос: «Почему Вы обратились в частный, а не в государственный центр». Участникам опроса предлагалось ответить на данный вопрос, вписав ответ самостоятельно. Обработка полученных результатов показала, что основная причина, по которой ЛУН предпочитают обращаться в частный наркологический центр, а не в государственный — это необходимость избежать постановки на учёт (29% от респондентов, обратившихся в частный центр) и сохранить анонимность (20% от респондентов, обратившихся в частный центр). Многие респонденты в ходе опроса утверждали, что в частных центрах выше качество предоставляемых услуг (18% от респондентов, обратившихся в частный центр), связывая это с более глубоким пониманием природы заболевания, индивидуальным подходом к

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

наркозависимым и условиями пребывания. Некоторые респонденты выбрали частные центры, основываясь на положительных отзывах знакомых (7% от респондентов, обратившихся в частный центр). В то же время, наркологическую помощь, оказываемую государственными учреждениями, респонденты нередко характеризовали как некачественную, отмечая грубое отношение персонала и поверхностный взгляд на их заболевание (11% от респондентов, обратившихся в частный центр). Важно отметить, что некоторые участники опроса утверждают, что их поместили в частную клинику родственники против их воли, произведя так называемый «захват» (2% от респондентов, обратившихся в частный центр). Также примечательно, что по мнению некоторых респондентов «в наркологии ещё не научились помогать потребителям амфетаминового ряда» (2% от респондентов, обратившихся в частный центр).

Таблица 4. Сгруппированные ответы на вопрос: «Почему Вы обратились в частную, а не государственную клинику?» (% от респондентов, обратившихся в частную клинику за наркологической помощью)

Причины обращения в частную клинику	Ответы	Проценты
Чтобы сохранить анонимность при лечении	9	20
Чтобы избежать постановки на наркологический учёт	13	29
В частных клиниках хорошее качество услуг	8	18
В государственных наркодиспансерах плохое качество услуг	5	11
На частной клинике настояли родители	2	4
В наркологии не помогают потребителям неопиоидных наркотиков	1	2
О клинике были хорошие отзывы знакомых	3	7

Услуги, предоставляемые в рамках наркологической помощи

Среди услуг, предоставляемых в рамках наркологической помощи, наибольшей популярностью у наркопотребителей пользуется детоксикация, производимая в стационарных условиях (66% от обратившихся за помощью респондентов). Последующий анализ показал, что за стационарным детоксом наркопотребители обращаются преимущественно в государственные учреждения (см. рисунок №18). Намного реже ЛУН для снятия абстиненции прибегают к амбулаторному лечению (23,3% от обратившихся за помощью респондентов) или обращаются для этого в реабилитационные центры (21,3% от обратившихся за помощью респондентов). При этом, за услугами амбулаторной детоксикации наркопотребители обращаются чаще в государственные учреждения (25,5% от обратившихся в государственные центры, против 17,8% от тех, кто обращался в частные), а для снятия абстиненции в реабилитационных центрах, в частные (46,7% от обратившихся в частные центры, против 14% от тех, кто обратился в государственные). Необходимо добавить, что значительная доля опрошенных не смогли после

СПб БФ «Гуманитарное действие»

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации. обращения получить помощь (6,9% от обратившихся респондентов). Наиболее часто с такой ситуацией сталкивались посетители государственных учреждений.

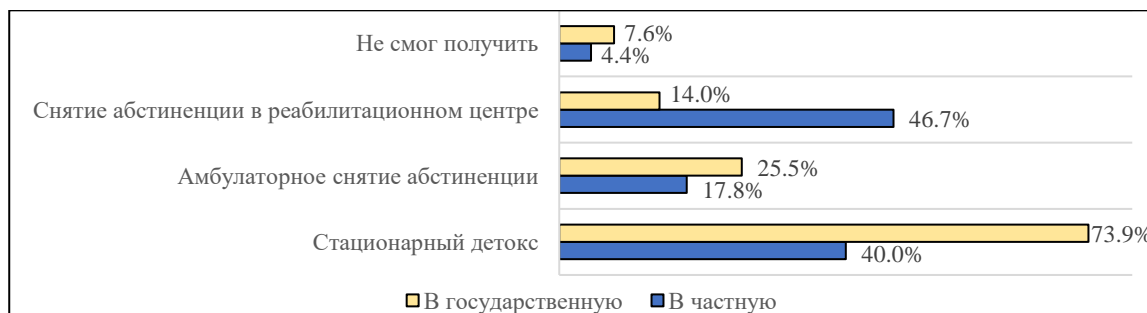


Рисунок 18. Распределение ответов на вопрос: «Какую помощь вы получили?» (% от респондентов, обратившихся в частное или государственное учреждение).

Для эффективного прохождения наркологического лечения большое значение имеет квалифицированная психологическая поддержка, оказываемая ЛУН в процессе снятия абстинентного синдрома. Как показало исследование, помощь психолога далеко не всегда оказывается наркопотребителям проходящим наркологическое лечение. В ходе опроса каждый третий обратившийся за наркологической помощью респондент сообщил, что ему не предлагали психологическую помощь (38,6% от обратившихся за помощью респондентов). Доля обратившихся респондентов, которым оказывалась психологическая поддержка, составила 42,6%. При этом 18,8% ответили, что они просто не нуждались в консультации психолога. Как показал кросс-анализ, наиболее редко психологическая поддержка оказывается наркопотребителям, проходящим лечение в государственных учреждениях (см. рисунок 19), а наиболее часто в частных центрах.

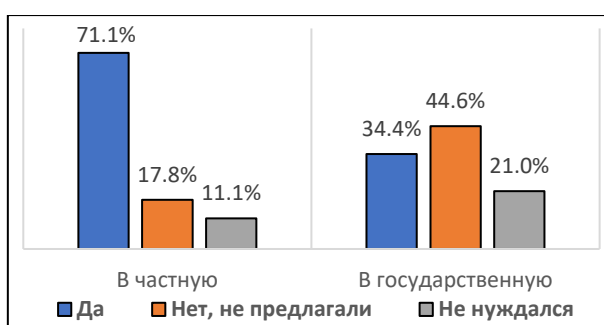


Рисунок 19. Распределение ответов на вопрос: «Была ли Вам оказана психологическая помощь?» (% от респондентов, обратившихся в частное или государственное учреждение).

Следует также обратить внимание на следующую специфику - среди респондентов, обратившихся за помощью в частные учреждения, в два раза меньше доля наркопотребителей убеждённых, что они не нуждаются в психологической помощи. Такое отличие объясняется тем, что принятие собственной зависимости зачастую невозможно без помощи квалифицированного

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

психолога или равного консультанта. Данный тезис подтверждается результатами дезагрегации полученных ответов в соответствии с теми услугами, которые оказывались респондентам (См. приложение 1, таблица 2.9). В соответствии с ними наиболее полно психологическая помощь оказывается в том случае, если снятие абстинентного синдрома происходит в рамках реабилитационного центра, что обусловлено социально-психологической ориентированностью предоставляемых там услуг. Предположительно с данным обстоятельством связана и меньшая доля респондентов, убеждённых в нецелесообразности оказания им психологической помощи.

Барьеры, препятствующие получению ЛУН наркологических услуг

Для того, чтобы определить барьеры, препятствующие получению ЛУН наркологических услуг, респондентам задавался следующий вопрос: «Какие трудности вы испытываете (вали) при обращении за наркологической помощью в связи с зависимостью?». Полученные в ходе опроса результаты свидетельствуют о том, что обращение за наркологической помощью связано для ЛУН с большим количеством трудностей (см. таблица №3). Среди респондентов, когда-либо обращавшихся за такого рода помощью, лишь 2% не испытывали никаких трудностей.

Преимущественно ЛУН, сталкиваются с **индивидуальными** барьерами, выраженными в отсутствии сил (36,6% от обращавшихся за наркологической помощью респондентов) и внутренними переживаниями, страхе предстоящего лечения (30,7% от обращавшихся за наркологической помощью респондентов). Существенным барьером, препятствующим доступу ЛУН к наркологической помощи, является страх социальных и административных последствий, возникающих после обращения в наркологический центр. В ходе опроса многие респонденты ответили, что они опасаются разглашения медработниками факта употребления ими наркотиков (23,8% от обращавшихся за наркологической помощью респондентов), а также потенциальной возможности оказаться на наркологическом учете (20,3% от обращавшихся за наркологической помощью респондентов). К индивидуальным барьерам также относится низкая информированность ЛУН в вопросах предоставления наркологических услуг. Из числа опрошенных 17,8% обращавшихся за наркологической помощью ЛУН не знали куда обратиться.

Структурные барьеры, выявленные в ходе исследования, преимущественно связаны с необходимостью ожидания в длительных очередях при поступлении на лечение, вызванной отсутствием мест в наркологических клиниках (19,3% от обращавшихся за наркологической помощью респондентов). Помимо этого, значительным барьером, препятствующим доступу ЛУН к услугам наркологии, является отсутствие в городе их проживания наркодиспансера. В таком случае наркопотребители вынуждены далеко ездить, на что у них попросту не хватает средств (10,9% от обращавшихся за наркологической помощью респондентов). Как показал

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

последующий кросс-анализ (см. приложение 1, таблица 2.10), проблема отсутствия наркологических диспансеров актуальна для ЛУН, проживающих в городах с численностью населения не превышающей 100 тысяч человек. Также удалось установить, что среди респондентов, проживающих в посёлках, а также средних и малых городах, сталкивались с такой проблемой только получатели государственных услуг (см. приложение 1, таблица 11). Таким образом, можно резюмировать, что ЛУН, проживающие вдали от крупных городов, имеют ограниченный доступ к наркологической помощи, предоставляемой государственными учреждениями.

К **социокультурным и институциональным барьерам** относятся оскорбительное отношение к ЛУН со стороны медперсонала наркологической клиники (18,3% от обратившихся за наркологической помощью респондентов), а также сложные бюрократические процедуры сбора и оформления документов, необходимых для постановки на наркологический учёт и/или начала лечения. В ходе опроса каждый пятый обратившийся респондент (21,8%) ответил, что ему было проблематично сдавать большое количество анализов при обращении за наркологической помощью в связи с зависимостью.

Как показал кросс-анализ, институциональные и структурные барьеры, связанные с необходимостью ждать своей очереди, сдавать много анализов или отсутствием в городе наркодиспансера, наиболее всего характерны для государственных учреждений, в то время как при обращении в частные клиники ЛУН преимущественно сталкиваются с индивидуальными барьерами (см. приложение 1, таблица 2.12).

В вариантах ответа **«другое»** респонденты указали следующее: «Отказано в связи с возрастом. Мотивировали тем, что не смогут оказать помощь в случае возможного ослабления сердечной деятельности во время детокса»; «Нарколог мне говорит, что мне надо с метадона слезть на героин. От метадона ещё не один пациент не долечился до конца»; «В стационаре лечение проходит 15 дней, при метадоновой зависимости иногда этого недостаточно т.к. абстиненция длится от 2 до 5 недель...»; «Плохое отношение»; «Не оказывают помощь без документов»; «В интернете очень много клиник и реабилитаций, но нет отзывов, рейтинга, и единого реестра»; «Не было денег на платную медицину»; «Все говорят, что метадоновых не берут на перекумарку (детоксикацию)»; «Без документов не принимали на лечение».

Таблица 5. Распределение ответов на вопрос «Какие трудности вы испытываете (вали) при обращении за наркологической помощью в связи с зависимостью?» (% от респондентов, обратившихся за наркологической помощью)

Трудности	Ответы	Проценты
Не было сил	74	36,6%
Было страшно	62	30,7%

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Боялся (лась), что разгласят факт употребления наркотиков	48	23,8%
Приходится сдавать много анализов	44	21,8%
Испугало, что поставят на учет	41	20,3%
Долго ждать очередь	39	19,3%
Оскорбление со стороны медперсонала	37	18,3%
Не знал (а) куда обратиться	36	17,8%
В моем городе нет наркодиспансера, приходится далеко ездить, у меня нет денег	22	10,9%
Другое	22	10,9%
Никаких трудностей не испытываю (вал)	4	2,0%

Результативность наркологических услуг

Для того, чтобы оценить, насколько эффективна оказываемая ЛУН наркологическая помощь, респондентов спросили, удалось ли им пройти лечение до конца. Как показало исследование, каждый третий респондент не оканчивает курс наркологического лечения (35,6%). В результате корреляционного анализа удалось установить, что результативность лечения связана с такими переменными как: основной источник дохода респондента ($r=0,26$ $p<=0,01$); содержание оказываемой помощи ($r=0,18$ $p<=0,01$); вид наркотического вещества, которое предпочитает респондент ($r=0,18$ $p<=0,01$).

В результате кросс-анализа удалось характеризовать выявленные связи следующим образом:

- Наибольшей результативностью обладают наркологические услуги, предоставляемые в реабилитационных центрах (см. рисунок 20). Среди респондентов, получивших такую услугу 81,4% смогли довести лечение до конца. В тоже время, наименее эффективна наркологическая помощь по снятию абстиненции в амбулаторных условиях. Как показало исследование, лишь 54,2% респондентов, получавших такую услугу, окончили лечение;



Рисунок 20. Доля респондентов, прошедших лечение до конца, в зависимости от видов получаемой наркологической помощи.

- Наличие постоянной работы благоприятно влияет на готовность ЛУН проходить наркологическое лечение (см. приложение 1, таблица 2.13). Так, среди тех респондентов, кто имеет постоянный доход, 81,1% прошли лечение до конца. В то же время, среди респондентов, не имеющих дохода, окончили весь курс лечения лишь 31,8%. Предположительно повышенная мотивированность в этом случае связана с тем, что в

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

процессе трудовой деятельности у наркозависимого неизбежно происходит социальное взаимодействие, в результате которого проблематизируются негативные последствия потребления наркотических средств, затрудняется осуществление профессиональных обязанностей;

- Наркопотребители, предпочитающие вещества опиоидной группы чаще прерывают наркологическое лечение (см. рисунок 21). Как показало исследование, среди потребителей опиоидов лишь 57,5% респондентов смогли пройти процесс детоксикации до конца. В тоже время среди потребителей «солей», каннабиноидов и синтетических психостимуляторов данный показатель, по результатам опроса, превысил 70%.

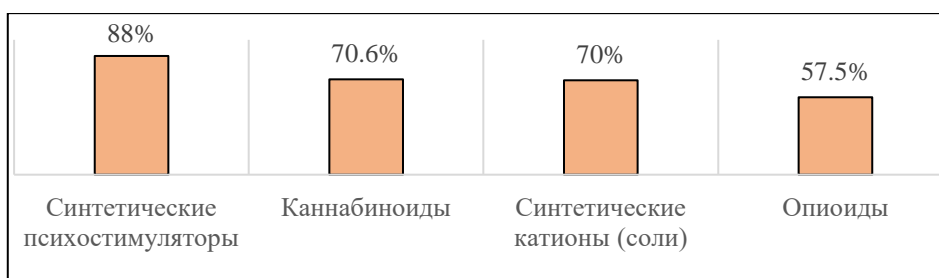


Рисунок 21. Доля респондентов, прошедших лечение до конца, в соответствии с видом потребляемого ими вещества

Причины отказа от наркологического лечения.

Наиболее распространённой причиной, по которой ЛУН прерывают наркологическое лечение, является возврат к употреблению наркотических веществ («срыв»). Всё, что относится к срыву, мы отнесём к первой и главной причине прерывания лечения. Наиболее распространённой формой срыва является нарушение режима в части употребления наркотиков (29,1% от респондентов, прервавших наркологическое лечение). В таком случае наркозависимый продолжает употреблять ПАВ находясь на лечении. Следующая форма срыва происходит в тех случаях, когда проходящий лечение зависимый не выдерживает «ломок», возникающих в абстинентном состоянии (16,6% от респондентов, прервавших наркологическое лечение). В ходе опроса некоторые респонденты утверждали, что препараты, которые использовались в наркологическом центре, были недостаточно сильными для того, чтобы облегчить абстинентное состояние. О слабой эффективности препаратов, назначенных для снятия абстинентного синдрома, отметили ЛУН, проходящие лечение амбулаторно (2,7% респондентов, прервавших наркологическое лечение). Третья форма срыва связана с устойчивой зависимостью наркопотребителя, принявшего под влиянием тягового состояния («тяги») самостоятельное решение отказаться от помощи и продолжить употребление наркотиков (12,5% от респондентов, прервавших наркологическое лечение).

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Вторая группа причин, побуждающих наркопотребителей прекратить лечение, связана с их самочувствием. Как известно, человек в процессе наркологической детоксикации нуждается в профессиональной психологической помощи. И, тем не менее, некоторые респонденты указали, что прервать лечение их вынудило тяжелое психологическое состояние, выраженное в подавленности, депрессии и прочих отрицательных переживаниях (6,9% от респондентов, прервавших наркологическое лечение). Как отмечали в своих ответах опрошенные, психологическая помощь в наркодиспансере не оказывалась, а справиться с негативными переживаниями самостоятельно они не смогли. Помимо психоэмоциональных трудностей, проходящие лечение респонденты сталкиваются с общим ухудшением самочувствия, здоровья (1,3% от респондентов, прервавших наркологическое лечение). Опрошенные наркопотребители рассказывали о случаях, когда зависимого с признаками пневмонии выписывали из-за состояния здоровья. Также необходимо отметить, что многие респонденты прекратили лечение, поскольку в рамках него применялись сильнодействующие препараты, вызывающие неблагоприятные побочные эффекты (4,1% от респондентов, прервавших наркологическое лечение). Некоторые из них жаловались на потерю речевой функциональности в результате приёма назначенных препаратов.

Следует добавить, что некоторые респонденты сразу после снятия абстинентного состояния переходят на реабилитационное лечение, не дожидаясь окончания наркологического лечения или просто выписываются после улучшения своего состояния (2,7% и 2,7% от респондентов, прервавших наркологическое лечение, соответственно)

Третья группа причин, побуждающих ЛУН прерывать лечение, связана с отношением к ним медперсонала и бытовыми условиями, в которых оказывается наркологическая помощь зависимым. Как показало исследование, ЛУН часто отказываются от лечения поскольку сталкиваются с оскорбительным отношением к себе со стороны медперсонала (4,1% от респондентов, прервавших наркологическое лечение). Некоторые из них рассказывали, что во время лечения к ним применялись насильственные меры удерживания, поступали угрозы от сотрудников наркологического центра (1,3% от респондентов, прервавших наркологическое лечение). Помимо этого, часть опрошенных признались, что они прекратили лечение из-за плохих условий пребывания (2,7% от респондентов, прервавших наркологическое лечение).

Четвёртую группу можно назвать формально-бюрократическими причинами отказа от лечения. К ним относятся: отсутствие денег на продолжение лечения; отсутствие регистрации в регионе прохождения лечения; отсутствие мест в очереди на диспансеризацию; возраст наркопотребителя.

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Таблица 6. Сгруппированные ответы на вопрос: «Почему Вам не удалось пройти наркологическое лечение до конца?» (% от респондентов, не окончивших наркологическое лечение).

Причины прекращения лечения	Ответы	Проценты
Продолжил(а) употреблять наркотики в процессе лечения (срыв)	21	29,1
Не выдержал(а) ломок на лечении в стационарном детоксе (не помогли лекарства)	12	16,6
Решил(а) продолжить употребление	9	12,5
Из-за плохого психологического состояния	5	6,9
Оскорбительное отношение со стороны медперсонала	3	4,1
Применялись сильные препараты с побочными эффектами	3	4,1
Почувствовал улучшения и решил(а), что этого достаточно	2	2,7
Не выдержал(ла) ломок на амбулаторном лечении	2	2,7
Из-за плохих условий пребывания	2	2,7
Не хватило денег на оплату дальнейшего лечения	2	2,7
Продолжил(а) лечение на реабилитации	2	2,7
Трудно сказать	2	2,7
Нарушение режима, не связанное с наркотиками	1	1,3
Из-за плохого состояния здоровья/самочувствия	1	1,3
Из-за насилия со стороны медперсонала	1	1,3
Отказали в связи с возрастом	1	1,3
Отсутствовала регистрация	1	1,3
Не дождался(ась) очередь	1	1,3
Не давали лекарства для снятия ломок	1	1,3

Различные аспекты наркологической помощи в оценках ЛУН

Для того, чтобы охарактеризовать оценку ЛУН различных аспектов наркологической помощи, респондентам предлагалось оценить по десятибалльной шкале предоставленные им услуги в соответствии со следующими критериями: эмпатия медицинских сотрудников, доступность медицинской помощи, доступность психологической помощи, заинтересованность медработников в оказании помощи, профессионализм медработников, условия оказания медпомощи, эффективность лечения. Далее, при анализе полученных оценок, данные критерии будут объединены в несколько групп.

Оценка медперсонала, оказывающего помощь в наркодиспансерах.

Первая группа критериев, оцениваемых в ходе опроса, характеризует отношение сотрудников наркодиспансера к проходящим лечение наркопотребителям. Как показало исследование, большинство обратившихся за наркологической помощью респондентов (44,1%) оценивают **эмпатию медицинских сотрудников** как среднюю (от 4 до 7 баллов). Положительно (от 8 до 10 баллов) и негативно (от 1 до 3 баллов) способность сотрудников к сопереживанию оценили сопоставимые доли респондентов, составляющие 28,7% и 27,2%, соответственно.

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Последующая дезагрегация ответов, в соответствии с типом учреждения, предоставляющего наркологическую помощь, показала: средняя оценка медработников государственных учреждений в части их способности к сопереживанию, более чем на 2 бала ниже, чем у медицинских сотрудников частных клиник (см. таблицу 7).

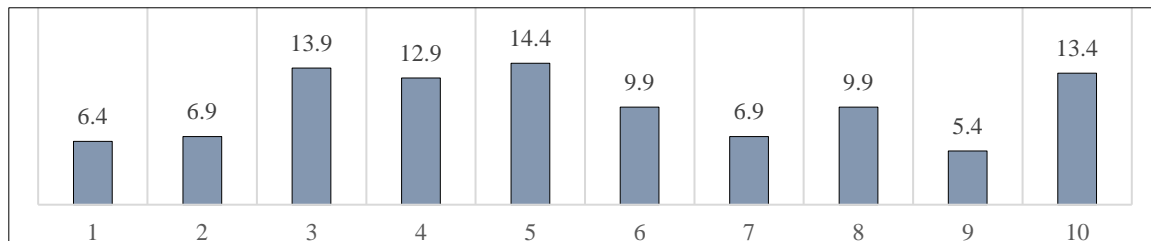


Рисунок 22. Распределение ответов на вопрос: «Оцените эмпатию медицинских сотрудников наркодиспансера» (% от числа обратившихся за наркологической помощью респондентов)

Следующим критерием, характеризующим отношение сотрудников наркодиспансера к проходящим лечение наркопотребителям, является **заинтересованность медработников в конечном результате лечения**. Результаты опроса показали, что большинство респондентов обратившихся за помощью в наркологическую клинику низко оценивают (от 1 до 3 баллов) нацеленность медицинских работников на результат (46%). Средних (от 4 до 7 баллов) и высоких (от 8 до 10 баллов) оценок придерживаются 27,2% и 26,7% обратившихся за наркологической помощью респондентов, соответственно. При этом, заинтересованность медицинского персонала частных клиник опрошенные оценили в среднем на 2 балла выше, в государственных (см. таблицу 7).

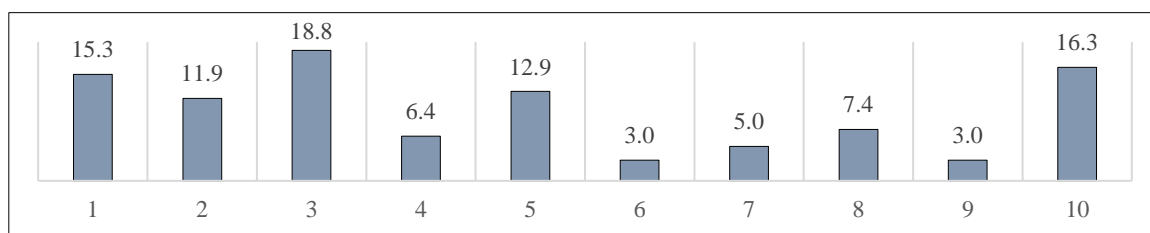


Рисунок 23. Распределение ответов на вопрос: «Оцените заинтересованность медицинских работников наркодиспансера в оказании вам помощи» (% от числа обратившихся за наркологической помощью респондентов)

Ещё одним важным критерием, характеризующим отношение сотрудников наркологических клиник к своим пациентам, является убежденность наркопотребителей, проходящих там лечение **в профессионализме медицинского персонала**. Исходя из полученных данных, можно констатировать, что проходившие наркологическое лечение респонденты преимущественно низко (от 1 до 3 баллов) оценивают профессионализм

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

медицинских работников наркодиспансера (46%). Доли респондентов, оценивших положительно (от 8 до 10 баллов) и средние (от 4 до 7 баллов) профессионализм медработников составили 26,7% и 27,2% от обращающихся за наркологической помощью, соответственно. Последующая кросс-табуляция показала, что пациенты государственных наркологических диспансеров оценивают профессионализм в среднем на 2,4 балла ниже, чем это делают респонденты, обращающиеся в частные клиники (см. таблицу 7).

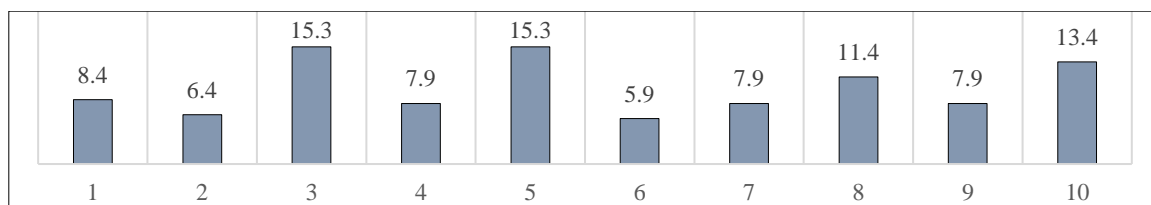


Рисунок 24. Распределение ответов на вопрос: «Оцените профессионализм медицинских работников наркодиспансера» (% от числа обращающихся за наркологической помощью респондентов)

Оценка доступности различного вида помощи в наркодиспансерах.

Вторая группа критериев, оцениваемых респондентами, характеризовала доступность различных составляющих наркологической помощи, оказываемой в наркодиспансерах. Наиболее важной составляющей лечения при снятии абстинентного синдрома является медицинская помощь, предоставляемая зависимым людям специалистами наркодиспансера. Как показало исследование (см. рисунок 25), доступность медицинской помощи, оказываемое ЛУН наркодиспансерами оценивается респондентами как средняя (среднее значение 5,75 баллов). Наибольшая часть респондентов обращающихся за наркологической помощью (46%) оценили доступность медуслуг в границах от 4 до 7 баллов. Доля высоко (в диапазоне от 8 до 10 баллов) и низко (в диапазоне от 1 до 3 баллов) оценивших доступность услуг наркодиспансера составила 29,7% и 24,3%, соответственно. В соответствии с типом учреждения, значимых отличий выявлено не было (см. таблицу 7).

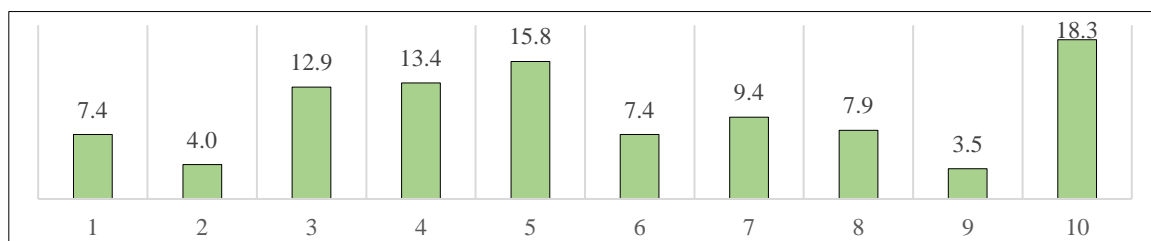


Рисунок 25. Распределение ответов на вопрос: «Оцените доступность медицинской помощи в наркодиспансере» (% от числа обращающихся за наркологической помощью респондентов)

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Второй важной составляющей наркологической помощи является психологическая поддержка зависимых людей, проходящих лечение. Несмотря на это большинство обратившихся за наркологической помощью респондентов (46,5%) низко оценили (от 1 до 3 баллов) доступность психологической помощи в наркодиспансере. Доля опрошенных высоко (от 8 до 10 баллов) оценивших доступность психологической помощи оказалась существенно ниже и составила 20,5%. Средние оценки (от 4 до 7 баллов), напротив, преобладали среди 32,7% обратившихся за наркологической помощью респондентов. Как показало исследование, в зависимости от типа организации, оказывающей наркологическую услугу, изменяется и оценка оказываемой там психологической помощи. Так, средняя оценка доступности психологической помощи в частных клиниках оказалось выше на 1 балл (см. таблицу 7).

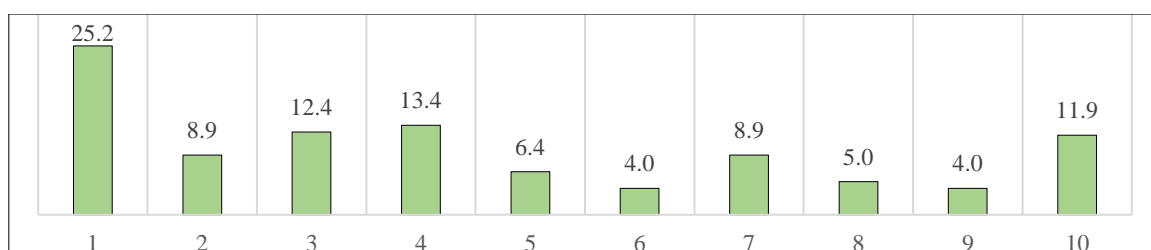
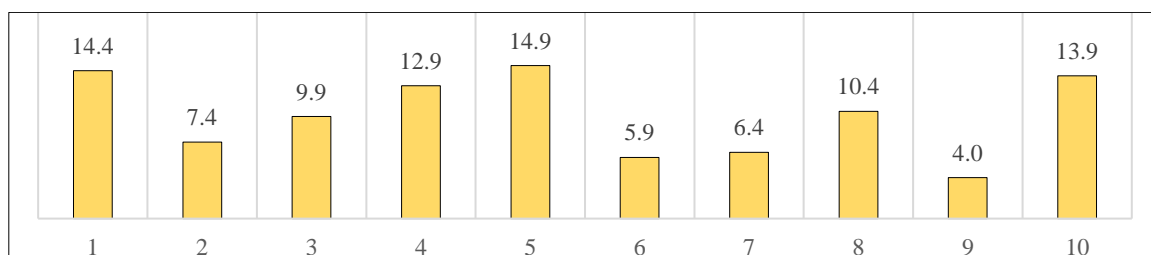


Рисунок 26. Распределение ответов на вопрос: «Оцените доступность психологической помощи в наркодиспансере» (% от числа обратившихся за наркологической помощью респондентов)

Оценка условий оказания медицинской помощи в наркодиспансере.

Обратившиеся за наркологической помощью респонденты преимущественно (40,1%) оценили условия оказания медицинской помощи, созданные в наркодиспансерах как средние (от 4 до 7 баллов). Доли респондентов, оценивших условия положительно и отрицательно, оказались по результатам опроса сопоставимыми, составив 28,2% и 31,7% от обратившихся за наркологической помощью, соответственно. Как показал структурный анализ ответов, получатели частных наркологических услуг в среднем оценили условия медицинской помощи выше на 2,2 балла, чем это сделали респонденты, обратившиеся в государственные учреждения (см. таблицу 7).



Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Рисунок 27. Распределение ответов на вопрос: «Оцените условия оказания медицинской помощи в наркодиспансере» (% от числа обратившихся за наркологической помощью респондентов)

Оценка эффективности лечения в наркодиспансерах.

Основным критерием, определяющим целесообразность наркологического лечения, является его конечная эффективность. В ходе исследования, помимо прочих критериев предоставленной им наркологической помощи, наркопотребителей также попросили оценить её эффективность. Полученные результаты позволяют констатировать, что большинство (49,5%) наркопотребителей низко оценивают эффективность лечения в наркодиспансере (от 1 до 3 баллов). Доля опрошенных высоко оценивших результативность лечения в наркодиспансере составила всего 14,4%, в то время как среднюю оценку наркологической помощи поставили 36,1%. Наиболее низко эффективность лечения оценили респонденты, обратившиеся за помощью в государственные учреждения (см. таблицу 7).

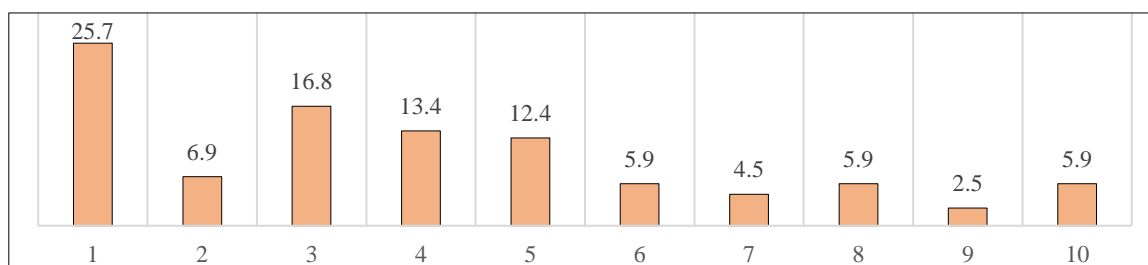


Рисунок 28 Распределение ответов на вопрос: «Оцените эффективность лечения в наркодиспансере» (% от числа обратившихся за наркологической помощью респондентов)

Структурный анализ средних оценок показал (приложение 1, таблица 2.14), что наиболее высоко эффективность лечения оценивают респонденты, обратившиеся за наркологической помощью в реабилитационный центр. Эффективность снятия абстиненции в реабилитационном центре проходившие там лечение респонденты оценили в среднем на 5,4 балла, а результативность помощи в условиях стационарного детокса в 3,8 баллов. Наименьшим образом эффективность наркологической помощи оценили респонденты, получившие её в амбулаторных условиях (3,6 баллов).

Таблица 7. Средняя оценка различных аспектов наркологической помощи (средние значения ответов респондентов, обратившихся в частное или государственное учреждение).

Критерий оценивания	Государственный центр	Частный центр
Оцените эмпатию медицинских сотрудников наркодиспансера	5,06	7,27

Заинтересованность медицинских работников наркодиспансера в оказании вам помощи	4,36	6,69
Профессионализм медицинских работников наркодиспансера	5,34	6,64
Доступность медицинской помощи в наркодиспансере	5,64	6,13
Доступность психологической помощи в наркодиспансере	4,25	5,18
Условия оказания медицинской помощи в наркодиспансере	4,75	6,89
Эффективность лечения в наркодиспансере	3,71	5,07

Соблюдение врачебной тайны сотрудниками наркодиспансера.

В рамках опроса у обратившихся за наркологической помощью респондентов спрашивали, каким образом соблюдалась врачебная тайна сотрудниками наркодиспансера. Как было установлено ранее, возможность скрыть от окружающих своё заболевание является важным фактором, оказывающим влияние на готовность ЛУН обращаться за наркологической помощью. Полученные данные свидетельствуют о том, что среди сотрудников большинства медицинских учреждений, оказывающих услуги в области наркологии, вопросам защиты персональных данных уделяется недостаточно внимания. Так, каждый третий наркопотребитель сталкивался с тем, что медицинские работники невнимательно относились к сохранению врачебной тайны (33,7% от обратившихся за наркологической помощью респондентов), а некоторые респонденты утверждают, что об их диагнозе узнали посторонние люди (6,9% от обратившихся за наркологической помощью респондентов). Тем не менее, с добросовестным отношением к информации о заболевании пациента, столкнулось большинство участников опроса (59,4% от обратившихся за наркологической помощью респондентов).

Как показал последующий кросс-анализ (см. рисунок 29), наркозависимые, обращающиеся в частные клиники чаще сталкиваются с добросовестным отношением к соблюдению медработниками врачебной тайны. Вместе с тем, доля респондентов, столкнувшихся с фактом разглашения своего диагноза среди посторонних людей, оказалась выше среди клиентов частных наркологических центров.

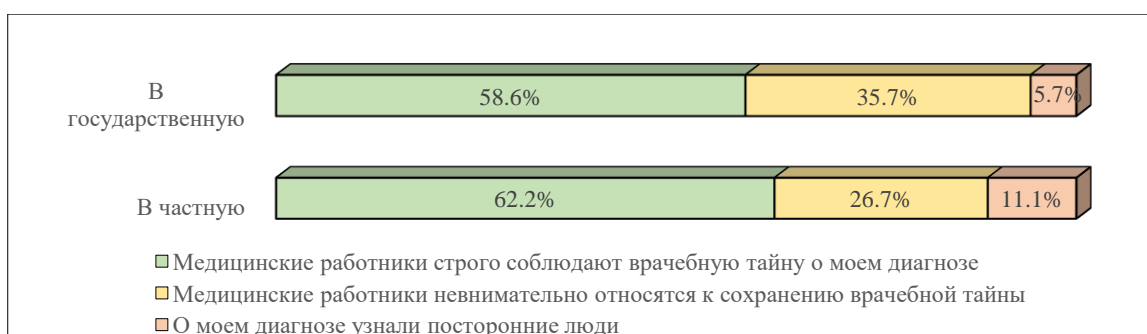


Рисунок 29. Соблюдение врачебной тайны сотрудниками наркодиспансера в зависимости от типа учреждения (*% от числа респондентов, обратившихся в учреждения, работающие на различной основе*).

Тестирование на ВИЧ системе наркологической помощи ЛУН

При поступлении на наркологическое лечение тестирование на ВИЧ-инфекцию проходило менее половины (48%) опрошенных пациентов, в то время как каждый пятый (20,8%) остался необследованным. Как показало исследование, в процессе наркологического лечения, ЛУН не всегда удаётся отследить, какие анализы им производятся. Так в ходе опроса каждый четвёртый наркопотребитель, обращавшийся за наркологической помощью (23,3%), не помнит, сдавал ли он тест на ВИЧ, а 7,9% ответили, что просто об этом не знают. В соответствии с результатами кросс-анализа (см. рисунок 30), тестирование на ВИЧ в государственных учреждениях проводится чаще, чем в частных (проходили 40% в частных и 50,3% в государственных). Следует также отметить, что прозрачность лечения, выраженная в информированности пациентов о проводимых с ними диагностических процедурах, ниже в государственных наркодиспансерах.

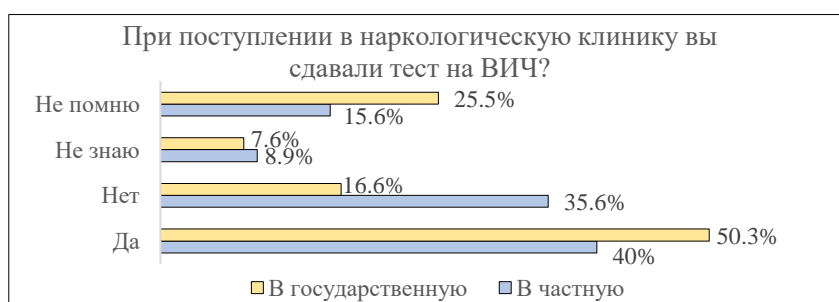
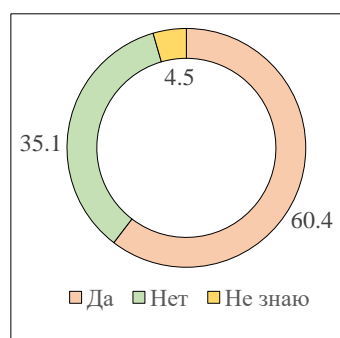


Рисунок 30. Тестирование на ВИЧ в государственных и частных наркологических клиниках (% от числа респондентов, обратившихся в учреждения, работающие на различной основе)

Большинство респондентов, проходивших ранее наркологическое лечение, ответили, что у них есть ВИЧ-инфекция (60,4%). На отсутствие ВИЧ-инфекции указали 35,1% проходивших лечение ЛУН, а 4,5% затруднились с ответом. Таким образом, количество ВИЧ-положительных наркопотребителей, обращающихся за помощью в снятии абстиненции, превышает возможности по ВИЧ-тестированию, имеющиеся в наркологических клиниках.



Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Рисунок 31. Распределение ответов на вопрос: «У вас есть ВИЧ-инфекция?» (% от числа респондентов, обратившихся за наркологической помощью)

Комментарии респондентов по вопросам наркологической помощи

В заключении блока вопросов, касающихся опыта наркопотребителей в области обращения за наркологической помощью, респондентов просили в открытой форме описать всё, что они считают важным, если это не было учтено в опросе. Полученные ответы подтверждают описанные в данном разделе тенденции и представляют интерес для качественной характеристики обсуждаемой области общественных отношений. Ознакомиться с комментариями опрошенных ЛУН по данному вопросу можно в приложении 1, таблица 2.

Социальная реабилитация ЛУН

Государственные услуги социальной реабилитации

ЛУН в большинстве знают о существовании государственных реабилитационных центров. О том, что в их городе существует государственная реабилитация заявил каждый второй опрошенный (48,5%), в то время как каждый четвёртый респондент убеждён в её отсутствии (25,2%). Дезагрегация ответов в соответствии с численностью населённого пункта показала (см. рисунок 32), что государственные реабилитационные центры создаются преимущественно в больших, крупных и крупнейших городах. Таким образом, можно констатировать, что в рамках регионального масштаба охват ЛУН государственными услугами по социальной реабилитации распределён неравномерно. В отличие от городов с численностью населения более 100 тыс. человек, в средних и малых городах, а также посёлках, практически отсутствуют клиники, оказывающие наркозависимым социально-реабилитационные услуги на бюджетной основе.

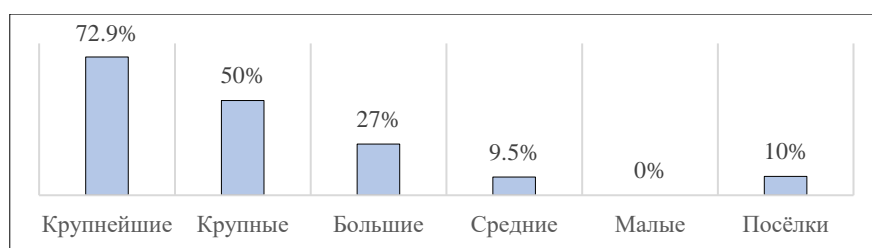


Рисунок 32. Наличие государственного реабилитационного центра в соответствии с величиной населённого пункта (% от респондентов, проживающих в населённых пунктах различного масштаба).

Среди опрошенных наркопотребителей большинство имеют опыт социальной реабилитации (75,5% от всех опрошенных). Структурный анализ показал (см. рисунок 33), что за социально-реабилитационными услугами чаще обращаются ЛУН предпочитающие вещества, не

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

относящиеся к опиатной группе наркотиков. Помимо этого, каждый третий из тех, кто обращался за помощью в прохождении социальной реабилитации никогда не прибегал к наркологической помощи в снятии абстинентного синдрома (34,8% обратившихся за прохождением реабилитации). Иначе говоря, определённая доля ЛУН обращаются сразу в реабилитационный центр минуя детокс. Согласно результатам структурного анализа (см. приложение 1, таблица 2.15), среди ЛУН миновавших детокс преобладают наркопотребители страдающие «солевой» зависимостью (65,3% от респондентов, не обратившихся за наркологической помощью). Выявленная специфика обусловлена тем, что синтетические катионы или психостимуляторы, как и каннабиноиды, в отличие от опиатов не вызывают острой физической абстиненции и не всегда требуют медикаментозного лечения.

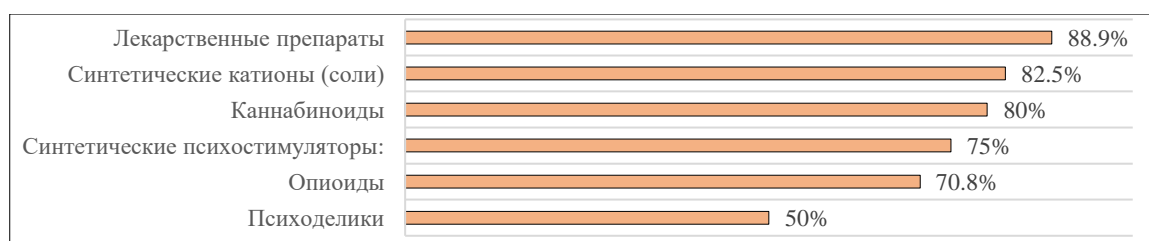


Рисунок 33. Обращение за помощью в прохождении социальной реабилитации ЛУН, предпочитающими различные наркотики (% от потребителей определённой группы ПАВ).

Следует также отметить, что полноценная реабилитация (медицинская и социальная) больных наркоманией предполагает оказание комплексной помощи, начиная от медикаментозного снятия абстинентного синдрома, заканчивая социально-психологической реабилитацией зависимого. Однако, как показало исследование, лишь 66,8% из тех, кто ранее прошёл полный курс наркологического лечения, обратились после в реабилитационный центр. Данный факт говорит о существовании проблем в области внутриведомственного взаимодействия между субъектами, оказывающими помощь ЛУН. Социально-демографические черты ЛУН, обращающихся за помощью в прохождении социальной реабилитации, характеризуются следующими особенностями: в реабилитационные центры чаще обращаются наркопотребители имеющие постоянный источник дохода (см. приложение 1, таблица 2.16); реже обращаются наркопотребители с низким уровнем материального благосостояния (см. приложение 1, таблица 2.17). Среди пациентов реабилитационных центров чаще встречаются мужчины (79,2% от опрошенных мужчин), чем женщины (68,1% от опрошенных женщин).

Причины не обращения ЛУН за помощью в прохождении социальной реабилитации

Объясняя причины, по которым они не обращались за помощью в прохождении реабилитации ЛУН чаще всего ссылались на различного рода **обстоятельства** (см. таблицу 8).

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Исходя из полученных ответов наиболее всего социальной реабилитации наркопотребителей препятствуют семейные обязанности, необходимость ухаживать за родителями или детьми, а также занятость на работе (14,9% от респондентов, не проходивших социальную реабилитацию). К числу существенных обстоятельств мешающих доступу ЛУН к получению помощи в прохождении социальной реабилитации относится отсутствие информации о том куда для этого обратиться (13,5% респондентов, не проходивших социальную реабилитацию). Многие респонденты жаловались также на нехватку денежных средств, необходимых для оплаты лечения (10,4%), а также на отсутствие в городе подходящих реабилитационных центров (3% от респондентов, не проходивших социальную реабилитацию). Некоторые из них отмечали, что они хотят в частный, а не государственный центр (1,5% от респондентов, не проходивших социальную реабилитацию).

Важным условием для проведения эффективных социально-реабилитационных мероприятий является признание ЛУН собственной зависимости и целесообразности соответствующего лечения. Как показало исследование, среди опрошенных наркопотребителей ранее не обращавшихся за помощью в прохождении социальной реабилитации, 20,8% либо не признают, что они в этом нуждаются (10,4% от респондентов, не проходивших социальную реабилитацию), либо не имеют желания проходить такого рода лечение (10,4% от респондентов, не проходивших социальную реабилитацию). Некоторые из респондентов ответили, что они осознают необходимость лечения, но пока не готовы проходить реабилитацию (3% от респондентов, не проходивших социальную реабилитацию) или считают, что смогут справиться с зависимостью самостоятельно (4,5% от респондентов, не проходивших социальную реабилитацию).

Среди респондентов, не имеющих опыта прохождения социальной реабилитации, каждый десятый оказался убеждён, что такого рода помощь не поможет ему преодолеть наркотическую зависимость (10,4% от респондентов, не проходивших социальную реабилитацию), в том числе, потому что там не умеют работать с людьми, употреблявшими соли (1,5% от респондентов, не проходивших социальную реабилитацию). Помимо этого, ЛУН отталкивают правила пребывания и распорядок дня, принятые в социально-реабилитационных центрах. Респонденты считают, что в таких учреждениях реабилитантов забирают мобильные телефоны и удерживают принудительно, ограничивая таким образом их свободу (4,5% от респондентов, не проходивших социальную реабилитацию).

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Таблица 8. Сгруппированные ответы на вопрос: «Почему Вы не обращались за помощью в прохождении реабилитации?» (% от респондентов, не обращавшихся за прохождением социальной реабилитации)

Причины отказа от прохождения социальной реабилитации	Ответы	Проценты
Не позволяли обстоятельства (семейные обязанности, уход за близкими, работа)	10	14,9
Не было информации о том, куда обратиться	6	13,5
Не было желания	7	10,4
Из-за уверенности, что реабилитация мне поможет	7	10,4
Из-за убеждённости, что мне это не нужно	7	10,4
Не было денег	7	10,4
Не хотел(а) вставать на наркологический учёт	5	7,5
Не знаю	5	7,5
Из-за убеждённости, что смогу справиться самостоятельно	3	4,5
В реабилитационных центрах через чур строгий режим	3	4,5
Было страшно	2	3
Пройти реабилитацию надо, но пока не готова(а)	2	3
Мне не удалось закончить наркологическое лечение до конца (сорвался)	2	3
В моём городе нет реабилитации	2	3
Хотел в частный, а не государственный центр	1	1,5
Не знаю, где лечат от солевой зависимости	1	1,5

Регулярность обращения респондентов в реабилитационные центры

Большинство ЛУН обращаются за помощью в прохождении социально-психологической реабилитации не чаще одного или двух раз в трёхлетний период (67,6% и 26,1% от числа обращавшихся в реабилитационные центры респондента соответственно), что говорит о более высокой результативности такой формы лечения по сравнению с наркологической помощью. В результате корреляционного анализа статистически значимой связи между регулярностью обращения в реабилитационные центры и рассматриваемыми выше переменными выявлено не было.

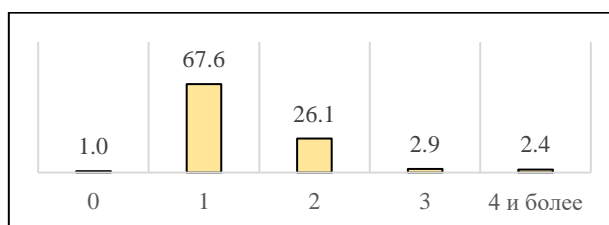


Рисунок 34. Распределение ответов на вопрос: «Сколько раз за последние 3 года Вы обращались за помощью в прохождении реабилитации?» (% от респондентов, обращавшихся за наркологической помощью).

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Рынок реабилитационных услуг (государственные/частные организации)

Для того, чтобы оценить, каким образом на рынке социально-реабилитационных услуг представлены государственные и частные учреждения, опрошенных просили уточнить в какой центр они обращались за помощью. Исходя из полученных ответов можно констатировать, что услуги по социальной реабилитации ЛУН предоставляются преимущественно частными центрами. По результатам опроса, соотношение частных и государственных услуг составляет примерно один к трём: в частные реабилитационные центры обращалось 70,8% респондентов; в государственные учреждения, оказывающие услуги по социальной реабилитации, обращалось 29,2% респондентов.

Анализ полученных данных позволяет утверждать, что наибольшим образом на выбор ЛУН реабилитационного центра оказывают влияние два фактора: статус респондента в отношении наркологического учёта; наличие в городе государственного реабилитационного центра. Структурный анализ (см. рисунок 35) позволил характеризовать влияние первого фактора следующими образом: наркозависимые, не состоящие на наркологическом учёте, в большинстве своём обращаются в частные центры, что подтверждается результатами корреляционного анализа ($r=0,36$ $p<=0,01$); среди реабилитантов, проходящих лечение в государственных центрах, преобладают люди, состоящие на наркологическом учёте, о чём также свидетельствует наличие обратной корреляционной связи ($r=-0,42$ $p<=0,01$).

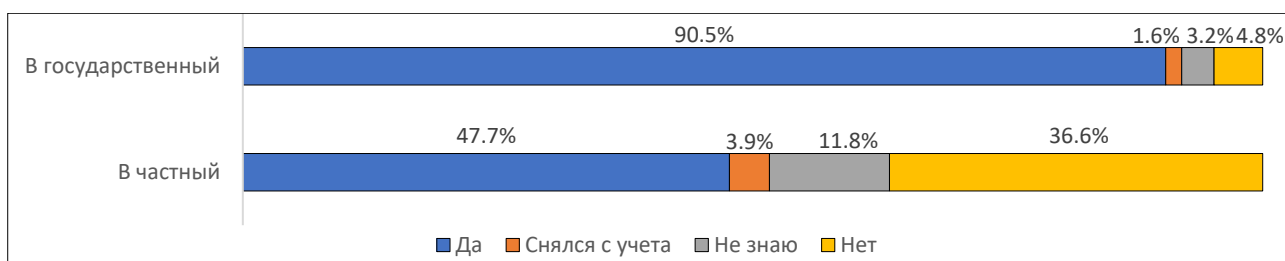


Рисунок 35. Выбор центра для прохождения социальной реабилитации в зависимости от отношения респондентов к наркологическому учёту (% от респондентов, обратившихся за наркологической помощью).

Изучение второго фактора (см. рисунок 36), оказывающего также влияние на выбор ЛУН реабилитационного центра, позволило описать образованную им тенденцию следующим образом: в тех случаях, когда в городе проживания наркопотребителей отсутствуют государственные реабилитационные центры, большинство ЛУН не едут в другие города за получением помощи на бюджетной основе, что подкрепляется наличием соответствующей взаимосвязи ($r=0,41$ $p<=0,01$); в городах, где представлены и частные, и бюджетные реабилитационные центры, доля обращающихся в них пациентов сопоставимы, что также подтверждается обратной корреляционной связью ($r=-0,36$ $p<=0,01$). Таким образом, можно

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

констатировать, что частные организации занимают на рынке реабилитационных услуг собственную нишу, представляя ЛУН возможность пройти лечение без постановки на наркологический учёт. Однако, в тех случаях, когда государственные реабилитационные центры в городе отсутствуют, доступ проживающих ЛУН к реабилитационным услугам, предоставляемым на безвозмездной основе (за счёт бюджета), оказывается существенно ограничен.

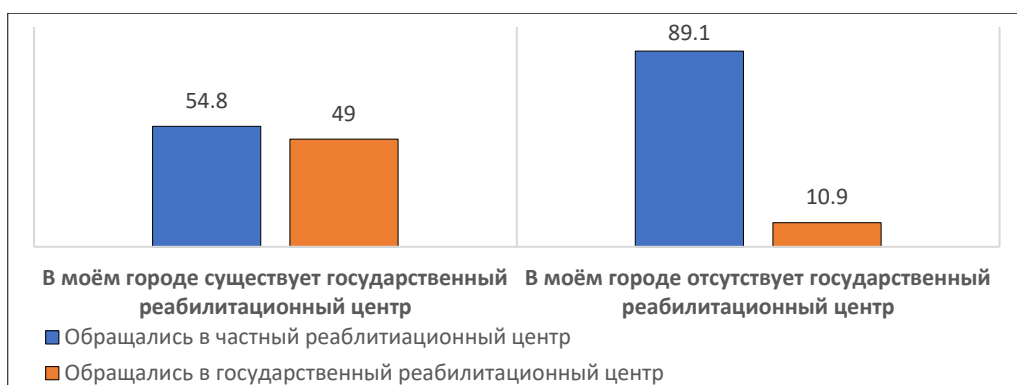


Рисунок 36. Выбор ЛУН клиники для прохождения социальной реабилитации в зависимости от того, существует ли в их городе государственный реабилитационный центр (% от числа респондентов, обратившихся в частный или государственный реабилитационный центр).

Также, следует отметить, что люди употребляющие различные виды ПАВ проявляют некоторую особенность при выборе реабилитационного центра (см. приложение 1, таблица 2.18). Так, респонденты употребляющие наркотики опиоидной группы или синтетические катионы чаще обращаются в государственные реабилитационные центры, чем остальные респонденты.

Для того, чтобы охарактеризовать **причины, побуждающие ЛУН обращаться в различные реабилитационные учреждения**, респондентам в открытой форме задавался вопрос: «Почему вы обратились в частный, а не государственный центр?». Обработка полученных ответов показала (см. таблица 9), что многие респонденты не имеют доступа до реабилитационных услуг, оказываемых на бюджетной основе, поскольку в городе их проживания государственный центр отсутствует (14,4% от обратившихся в частный центр), либо они не знали, что такие организации существуют (7,8% от обратившихся в частный центр). Помимо этого, респонденты выбирают частные центры поскольку стараются избежать огласки своего заболевания, сохранив анонимность лечения (9,8% от обратившихся в частный центр), а также не готовы вставать ради этого на наркологический учёт (9,2% от обратившихся в частный центр).

В ряде объективных причин, определивших выбор частного реабилитационного центра, респонденты называли высокое качество, оказываемых там услуг (6,5% обратившихся в частный центр), а также их доступность, в части требований к документам и отсутствия необходимости

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

ждать своей очереди (6,5 от обратившихся в частный центр). Некоторые респонденты утверждают, что в частных центрах лучшие условия для прохождения социальной реабилитации, чем в государственных (3,3% от обратившихся в частный центр)

Как показало исследование, одним из наиболее значимых факторов, определяющих выбор ЛУН частных ребцентров являются положительные отзывы от знакомых, в том числе имеющих успешный опыт прохождения там социальной реабилитации (13,7% от обратившихся в частный центр). Помимо этого, в ходе опроса некоторые респонденты выражали недоверие к государственным учреждениям в целом (2,6% от обратившихся в частный центр).

Значимую роль в решении о необходимости социальной реабилитации принимает близкое окружение ЛУН. Нередко родственники принимают непосредственное участие в выборе реабилитационного центра, в том числе оказывая давление на наркозависимого (14,4% от обратившихся в частный центр). Отдельного внимания требуют случаи насильственных действий в отношении ЛУН по принуждению к прохождению социальной реабилитации (2% от обратившихся в частный центр). В ходе опроса некоторые респонденты жаловались на применение физической силы в процессе госпитализации, оскорбительного отношения со стороны медперсонала, а также нарушения своих прав, происходящих в процессе такого «захвата» (2% от обратившихся в частный центр).

В группу «другое» были объединены такие причины как: неудачный опыт прохождения реабилитации в государственном центре; отсутствие необходимых документов; возможность в частном центре работать и тем самым обеспечивать себя; убежденность, что в государственных ребцентрах не лечат зависимость от амфетаминовых наркотиков, применяется только медикаментозная система; в государственных центрах не берут «возрастных» пациентов.

Таблица 9. Сгруппированные ответы на вопрос: «Почему Вы обратились в частный, а не в государственный центр?» (% от респондентов, не обратившихся за прохождением социальной реабилитации)

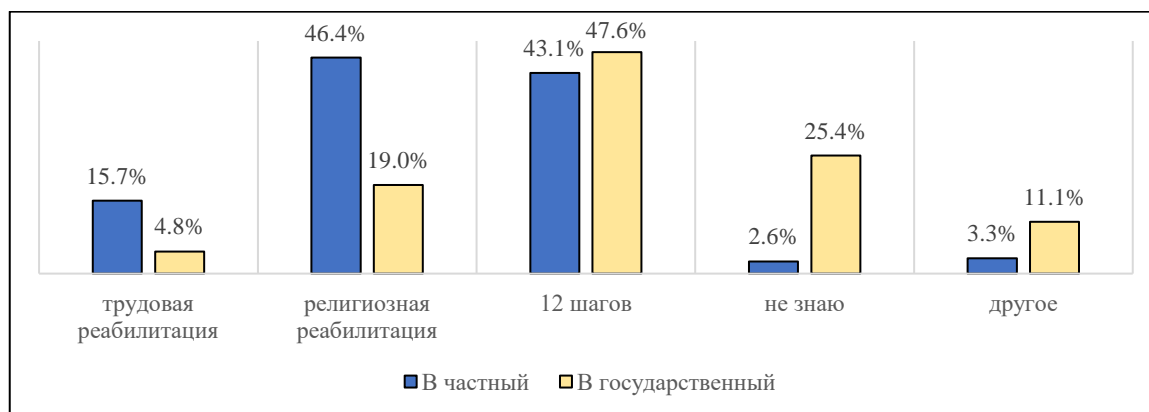
Причины	Ответы	Проценты
В моём городе нет государственных ребцентров	22	14,4
Мои близкие настояли на реабилитации и сами выбрали ребцентр	22	14,4
Мне посоветовали этот реабилитационный центр	21	13,7
Нужно было избежать огласки, сохранить анонимность лечения	15	9,8
Не хотел(а), чтобы меня поставили на учёт	14	9,2
Не знал(а) что есть государственный ребцентр	12	7,8
В частных ребцентрах лучше качество (эффективность) лечения	10	6,5
Частный центр более доступен: меньше требуется документов, не нужно ждать очередь	10	6,5
В частном центре лучше условия	5	3,3

Я не доверяю государственным учреждениям	4	2,6
Меня отвезли против моей воли (захватом)	3	2,0
Проходил бесплатно реабилитацию в частном центре по социальной программе	2	1,3
Так хотел(а), я знал(а) куда обращаться	2	1,3
Другое	9	5,9

Программы социальной реабилитации наркозависимых

Для того, чтобы оценить какие методики наиболее часто используются для социальной реабилитации наркозависимых, респондентам задавался следующий вопрос: «Знаете ли вы по какой программе работает центр, в котором вы получили помощь». Исследование показало, что наиболее распространёнными являются программы «12 шагов» (44%) и религиозной реабилитации (38,2%). Намного реже встречается трудовая реабилитация (13%). В вариантах ответа «другое» немногие респонденты указали такие программы как: «Миннесотская модель» (2 человека); «МОНАР» (2 человека); «Day top» (1 человек); медицинская реабилитация (1 человек). Затруднился с ответом каждый десятый респондент (9,7%).

Дезагрегация ответов в соответствии с типом учреждения показала (см. рисунок 37), что в государственных учреждениях преимущественно реализуется программа «12 шагов» (47,6%). В то же время, в рамках частных центров, религиозные реабилитации (46,4%) и программы «12 шагов» (43,1%) представлены в пропорциях близких к равным. Примечательно, что среди респондентов, обратившихся в государственные реабилитационные центры, доля затруднившихся с ответом составляет 25,4%, в то время как среди реабилитантов частных центров таких всего 2,6%. Предположительно, отсутствие понимания реабилитационной методики связано с двумя факторами: применение в ходе лечения медикаментозных средств; отсутствие интереса к лечению у респондентов, попавших на наркологический учёт и последующее лечение по решению суда.



Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Рисунок 37. Распределение ответов на вопрос: "Знаете ли вы по какой программе работает центр, в котором вы получили помощь?" (% от числа респондентов, обратившихся в частный или государственный реабилитационный центр).

Барьеры, препятствующие прохождению ЛУН социальной реабилитации

Для того, чтобы характеризовать барьеры, препятствующие прохождению ЛУН социальной реабилитации, респондентам задавался следующий вопрос: «Какие трудности вы испытываете (вали) при обращении за помощью в прохождении реабилитации от наркотической зависимости?». Как показало исследование, абсолютное большинство ЛУН сталкиваются с какими-либо трудностями при обращении в реабилитационные центры (не сталкивались только 6,8%).

Преимущественно ЛУН сталкиваются с **индивидуальными барьерами**. Наиболее часто респонденты отвечали, что им не хватало сил (30,4%) или информации о том, куда следует обратиться для прохождения социальной реабилитации (30%). Значимым фактором, препятствующим обращению ЛУН в реабилитационные центры, является страх, что информация об их зависимости будет передана огласке (22,2%).

К числу **структурных барьеров** необходимо отнести бедность, выраженную в отсутствии финансовых возможностей для оплаты лечения. Как показало исследование, многие респонденты не готовы обращаться за помощью в государственную реабилитацию, поскольку не хотят вставать на наркологический учет. Данный фактор препятствует реабилитации ЛУН, поскольку в частных центрах лечение осуществляется в основном на платной основе, а средства для оплаты реабилитационных услуг у многих из них отсутствуют (13%). В тех случаях, когда необходимость постановки на наркологический учёт не отталкивает наркозависимого от лечения, многие из них сталкиваются с проблемой отсутствия в своём городе государственного реабилитационного центра (11,6%). В числе структурных барьеров респонденты также называли большие очереди на регистрацию и госпитализацию при приёме в реабилитационный центр (11,2%), а также отсутствие в городе проживания подходящих программ реабилитации (12,1%).

К **социокультурным барьерам** можно отнести стигматизированное отношение к ЛУН, выраженное в оскорбительном поведении персонала реабилитационных центров, что является фактором, препятствующим обращению за помощью в прохождении реабилитации (6,3%). В качестве **институциональных барьеров**, ЛУН обозначили сложные для них процедуры оформления документов и сдачи анализов, о чём упомянул каждый десятый опрошенный (10,1%).

В графе «**другое**» (16,4%) респонденты указали следующее: «Очень сложно попасть в государственную реабилитацию тем, кто живет в области»; «Нет хороших и бесплатных

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

центров»; «Не берут, если у тебя есть непогашенная судимость»; «Долгий срок лечения»; «Сложно было уживаться с другими участникам реабилитации. Были с руководством конфликты»; «Нет информации о том, какие есть программы. Жаль, что они так редко бывают. Попасть в ребцентр практически невозможно»; «Обратилась в соседний город, был карантин и отсутствие мест»; «Проблемы с бесплатным нормальным рехабом, почти нет таких»; «Живу очень далеко от Калининграда, поэтому, сложно найти деньги, чтобы ездить в диспансер, пока подойдет очередь. А мне по суду нужно было пройти государственную реабилитацию. Для жителя области это проблемно»; «Непонимание со стороны родных»; «Не все готовы брать после амфетамина».



Рисунок 38. Распределение ответов на вопрос: «Какие трудности вы испытываете (вали) при обращении за помощью в прохождении реабилитации от наркотической зависимости?» (% от числа респондентов, обратившихся в реабилитационный центр).

Медикаментозная помощь в условиях социальной реабилитации

В процессе прохождения социальной реабилитации ЛУН могут столкнуться с депрессией (угнетённым состоянием), при этом некоторые реабилитационные методики допускают использование, в таких случаях, лекарственных препаратов. Результаты исследования позволяют констатировать, что в условиях социальной реабилитации медикаментозная помощь редко оказывается выздоравливающим наркозависимым (19,3% от респондентов, проходивших реабилитацию). В большинстве же своём, реабилитанты справляются с негативными эмоциями без привлечения каких-либо препаратов. Деагрегация полученных данных (см. рисунок 39) в соответствии с типом учреждения, оказывающего респондентам реабилитационные услуги, показала, что наиболее часто к медикаментозной помощи в снятии депрессии у реабилитантов

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

прибегают сотрудники государственных центров (36,5% от обратившихся государственные центры, против 11,8% от обратившихся в частные центры).

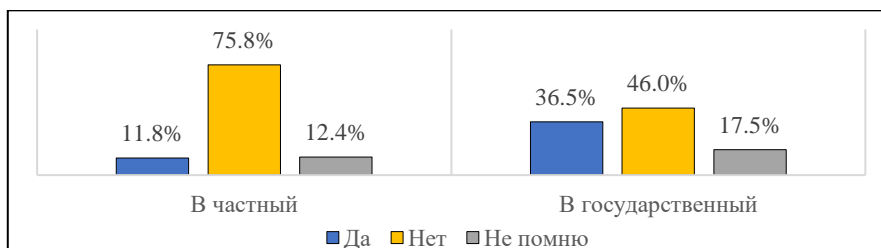


Рисунок 39. Распределение ответов на вопрос: «Оказывалась ли Вам медикаментозная помощь в связи с депрессией, угнетенным состоянием?» (% от числа респондентов, обратившихся в частный или государственный реабилитационный центр).

Также, значительным образом практики оказания медикаментозной помощи отличаются в центрах, работающих по различным программам социальной реабилитации. Как показал кросс-анализ (см. Рисунок 40) наиболее часто применение лекарственных препаратов в связи с депрессией или угнетенным состоянием практикуется при реализации программы «12 шагов» (27,5% от респондентов, проходивших реабилитацию по программе «12 шагов»), а также в тех случаях, когда респондент затруднился назвать методику лечения (40% от респондентов, затруднившихся назвать программу, по которой проходил реабилитацию).

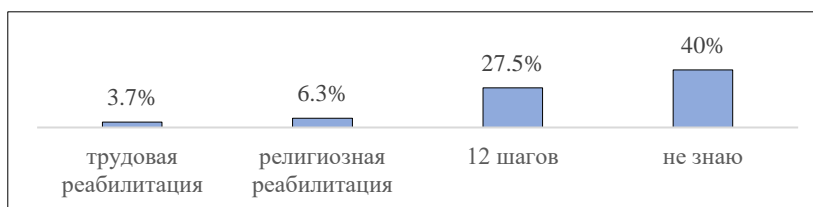


Рисунок 40. Доля респондентов, которым оказывалась медикаментозная помощь в связи с депрессией, угнетенным состоянием (% от числа респондентов, проходивших реабилитацию по определённой программе)

Результативность услуг социальной реабилитации

Для того, чтобы оценить, насколько результативны услуги, предоставляемые ЛУН в области социальной реабилитации, респондентам задавался следующий вопрос: «Прошли ли Вы реабилитацию до конца?». При описании ответов, полученных на данный вопрос, из анализа будут исключены ответы респондентов, проходящих социальную реабилитацию в момент опроса. Как показало исследование, каждый третий респондент на момент проведения опроса не окончил курс социальной реабилитации (31,8% от респондентов, обратившихся в реабилитационный центр). В результате проведения корреляционного анализа удалось установить значительную связь между результатом оказания наркологической и социально-

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

реабилитационной помощи ($r=0,50$, $p<=0,01$). Так, среди респондентов, прекративших курс наркологического лечения в три раза меньше, доля тех, кто успешно прошёл социальную реабилитацию (79,5% против 27,5%, соответственно). Помимо этого, высокая результативность наблюдается среди респондентов, прошедших социальную реабилитацию по программам «12 шагов» и религиозной реабилитации (см. рисунок 41).

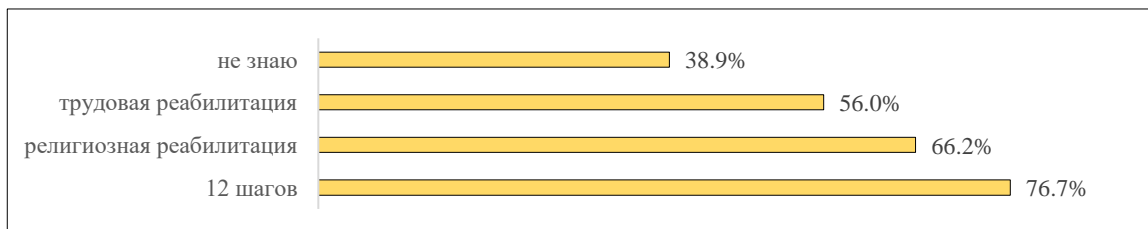


Рисунок 41. Доли респондентов, прошедших реабилитацию до конца в соответствии с программой, реализуемой в центре (% от числа респондентов, проходивших реабилитацию по определённой программе)

Согласно результатам кросс-анализа (см. рисунок 42) результативность реабилитационного процесса, в зависимости от вида потребляемого ими ПАВ, изменяется следующим образом: доля успешно прошедших реабилитацию выше среди потребителей психоделиков, каннабиноидов и психостимуляторов; реже всего полный курс лечения удаётся пройти потребителям синтетических катионов, а также потребителям опиоидной группы наркотиков. Иначе говоря, как показывает статистика, преобладание у ЛУН опиумной и солевой зависимостей существенно снижает их шансы на положительный результат от реабилитационного лечения.

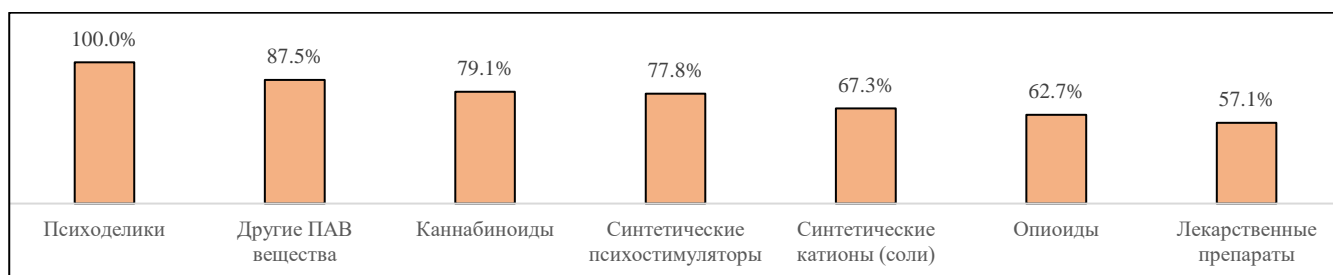


Рисунок 42. Доли респондентов, прошедших реабилитацию до конца, в соответствии с видом потребляемого ими ПАВ (% от числа респондентов, проходивших реабилитацию по определённой программе)

В соответствии с социально-демографическими характеристиками в результате анализа были отмечены две основные закономерности. Мужчины немного чаще чем женщины проходят курс реабилитации до конца (70,9% мужчин и 62,1% женщин). Вторая закономерность выражается в том, что люди имеющие постоянные источники дохода оказываются в большей

степени мотивированы пройти полный реабилитационный цикл (см. приложение 1, таблица 2.19).

Причины отказа от прохождения социальной реабилитации.

Во время социальной реабилитации психика наркозависимого особенно чувствительная к стрессовым состояниям, а сами реабилитанты учатся заново контролировать собственные эмоции. В связи с этим наиболее распространённой причиной, побуждающей ЛУН прервать реабилитационный процесс, является усталость ввиду эмоционального истощения (13,3% от респондентов, не окончивших социальную реабилитацию).

Среди ЛУН, обратившихся за помощью в прохождении социальной реабилитации, каждый третий сделал это минуя процесс наркологической детоксикации. При этом, как уже удалось установить, медикаментозная помощь редко практикуется в реабилитационных центрах, программа которых основана на религиозных или трудовых принципах. В связи с этим, многие респонденты, покинувшие реабилитацию, указывали в ответах, что они сделали это потому, поскольку им было трудно находиться там без медикаментозной помощи (10,7% от респондентов, не окончивших социальную реабилитацию), а также, не удалось перетерпеть «ломки» в условиях реабилитации (5,3% от респондентов, не окончивших социальную реабилитацию). Значительная доля респондентов также не смогли продолжить реабилитационный процесс, потому что нарушили режим центра (5,3% от респондентов, не окончивших социальную реабилитацию), в том числе, потому что они продолжили употреблять наркотики (5,3% от респондентов, не окончивших социальную реабилитацию).

Условия пребывания в реабилитационных центрах не всегда устраивают попавших туда наркозависимых. Наиболее часто в этом отношении ЛУН жалуются на невыносимый для распорядка дня и внутренние правила пребывания (5,3% от респондентов, не окончивших социальную реабилитацию). Некоторые респонденты утверждали, что у них случались конфликты с сотрудниками реабилитационного центра, в результате чего они приняли решение покинуть учреждение по собственной воле (4%).

Таблица 10. Сгруппированные ответы на вопрос: «Почему Вам не удалось пройти реабилитацию до конца?» (% от респондентов, не окончивших прохождения социальной реабилитации).

	Ответы	Проценты
В данный момент прохожу реабилитацию	16	21,3
Было морально тяжело, устал(а)	10	13,3
Было трудно без медикаментозной помощи	8	10,7
Нарушил(а) режим центра	4	5,3

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Не удалось перетерпеть «ломки» (абстинентное состояние)	4	5,3
Продолжил употреблять наркотики (сорвался)	4	5,3
Закончились деньги, нужно было работать	4	5,3
Чересчур тяжелый распорядок дня (режим)	4	5,3
Забрали из центра родственники	3	4,0
Покинул(а) центр по собственной воле, сбежал(а)	3	4,0
Не понравилось	2	2,7
Захотелось продолжить употреблять наркотики	2	2,7
Подумал, что этого достаточно	2	2,7
Не помогала реабилитация	2	2,7
Ухудшилось состояние здоровья, заболел(а)	2	2,7
Другое	5	6,7

Насильственные действия со стороны сотрудников социальной реабилитации

В рамках проведённого исследования респондентам, обратившимся за помощью в прохождении социальной реабилитации, задавался следующий вопрос: «Приходилось ли Вам во время прохождения реабилитации сталкиваться с насильственными действиями со стороны сотрудников и удержанием в центре против воли клиента». Как показало исследование, большинство реабилитантов не сталкивались с проявлением насилия в центрах (84,5%). В соответствии с результатами кросс-анализа, доля респондентов, сталкивавшихся с насильственными действиями со стороны сотрудников частных центров больше (20,9% от клиентов частных центров; корреляция на уровне $r=0,32$, $p<=0,01$), чем доля респондентов, столкнувшихся с насилием в государственных учреждениях (4,8% от клиентов государственных центров; корреляция на уровне $r=0,19$, $p<=0,01$). Последующая дезагрегация ответов в соответствии с типом программы, реализуемой в реабилитационном центре (см. рисунок 43), позволяет утверждать, что наиболее часто насильственное отношение к реабилитантам встречается в центрах, реализующих программу «12 шагов», что подтверждается наличием соответствующей корреляционной связи ($r=0,32$, $p<=0,01$).

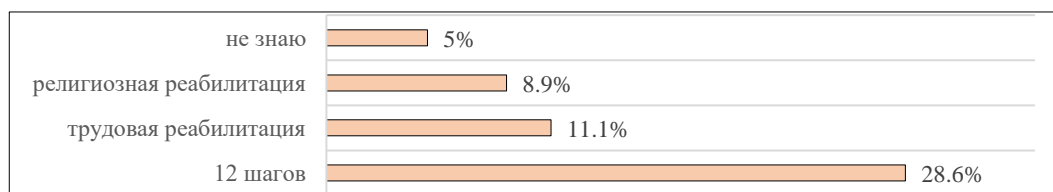


Рисунок 43. Доли респондентов, сталкивавшихся с насильственными действиями сотрудников центра в соответствии с реализуемой там программой (% от числа респондентов, проходивших реабилитацию по определённой программе)

Для того, чтобы более подробно охарактеризовать случаи применения насилия со стороны сотрудников реабилитационных центров респондентов просили в открытой форме описать те

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

ситуации, с которыми им приходилось сталкиваться. Как показало исследование, 14 из 32 таких случаев связаны с фактами удержания пациентов в реабилитационном центре против их воли. Далее приведены несколько ответов, характеризующих такие ситуации:

- *«Как только я сказала, что хочу домой, меня заперли в «изолятор». Оказалось, что всех кто хочет домой на неопределенный срок запирают там, чтобы не портили атмосферу в доме. Потом со мной говорила одна из главных очень долго. Родителям позвонить не давали. По итогу через сутки выпустили»;*
- *«Невозможно покинуть центр самостоятельно, без родственников. Двери закрыты всегда, даже на перекур выводят под присмотром»;*
- *«Удерживали силой, домой не отпускали. Не давали спать, обливали холодной водой, если отказывалась, что-то делать».*

Тем не менее, факты принудительного удержания далеко не всегда находят осуждение у прошедших реабилитацию наркозависимых. Некоторые респонденты в своих суждениях с пониманием отнеслись к целесообразности удерживания зависимых в реабилитационном центре (2 из 32 ответов). Далее приведены ответы этих респондентов:

- *«На третий день сказал сотрудникам, что меня кумарит. Меня убедили подождать, рад что не ушел тогда. Насильственных действий не было, было удержание»;*
- *«Через месяц я захотела покинуть реабилитацию, но он (центр) был закрытого типа, чему сейчас я благодарна»;*

Также к насильственному отношению многие респонденты отнесли психологическое давление, оказываемое на них со стороны сотрудников реабилитационного центра (11 из 32 ответов). Некоторые опрошенные утверждали, что психологическое воздействие, которое на них оказывали медработники, нередко перерастало в издевательские и оскорбительные действия. Далее представлены некоторые ответы, характеризующие такие ситуации:

- *«Заставляли работать в свидание по очереди - типа, такая программа выздоровления. За нарушения распорядка и программы заставляли бегать по утрам лишние километры»;*
- *«Обливали водой, (оказывали) психологическое давление»;*
- *«Не допускались разговоры о сроке нахождения в центре, насилие было только эмоциональное, давление»;*
- *«...В центре использовались насильственные методы – заставляли выполнять тяжёлую работу, писать задания и многое другое, от этого у многих были болезненные мозоли на пальцах. Обычно не давали спать больше семи часов в сутки, а в наказание могли лишить и этого времени на сон. Кормили самыми дешёвыми продуктами, одежда стиралась самым дешёвым стиральным порошком, причём одежда всех пациентов без разбора стиралась в одной машинке на низкой температуре без дезинфекции, из-за этого у некоторых (включая меня) были прыщи, кожные заболевания и аллергические реакции. Медицинской помощи пациенты не получали кроме случаев тяжёлых простудных заболеваний (без врача давали антибиотики) и моей попытки суицида (доставили в реанимацию, но за взятку, потом вернули в РЦ). За лёгкие нарушения правил давали писать одну и ту же фразу по ночам много раз подряд, за тяжёлые нарушения могли накричать или побить, а потом отправляли на две недели делать тяжёлую физическую работу почти без сна».*

Как показало исследование, помимо психологического давления, ЛУН, проходящим социальную реабилитацию, приходится сталкиваться с фактами физического насилия со стороны сотрудников центра. Однако, следует отметить, что все ответы респондентов, касающиеся таких

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

ситуаций, описывают побои в отношении других людей (6 из 32). Как правило, случаи побоев происходят в ситуации так называемого «силового захвата», когда к зависимому приезжают несколько человек спортивного телосложения и насильно доставляют в реабилитацию (3 из 32).

Вот ответы респондентов, характеризующие такие ситуации:

- «Охранники, они же консультанты, выезжали на захваты. Девчонок тоже били, кто был в протесте, уже здесь. Я то сам приехал, на свои лечился, а большая часть народа захватом прибыли. С ними не церемонятся особо, не смотря что платно, и психологи и программа классные»;
- «Девочку привезли захватом. Она сопротивлялась, не хотела в палату, ее ударили»;
- «Вышла из наркологической больницы с чётким нежеланием употреблять тяжёлые наркотики, был прекрасный весенний день, встречавшая меня мать посадила якобы в такси. Задние двери не открывались изнутри, мне сказали, что едем в РЦ и увезли против моей воли...».

Оценка ЛУН различных аспектов услуг по социальной реабилитации

Для того, чтобы охарактеризовать оценку ЛУН различных аспектов социальной реабилитации, респондентам предлагалось оценить по десятибалльной шкале предоставленные им услуги в соответствии со следующими критериями: эмпатия сотрудников, доступность медицинской помощи, заинтересованность сотрудников в оказании помощи, профессионализм сотрудников, условия оказания помощи, эффективность реабилитационного процесса. Далее, при анализе полученных оценок, данные критерии будут объединены в несколько групп.

Как показал анализ средних оценок, ЛУН практически одинаково характеризуют реабилитационные услуги, предоставляемые бюджетными и частными центрами (см. приложение 1, таблица 2.20). В то же время, наиболее существенно отношение к реабилитационным учреждениям отличается у респондентов, пребывавших в центрах, работающих по различным методикам (см. рисунок 44).

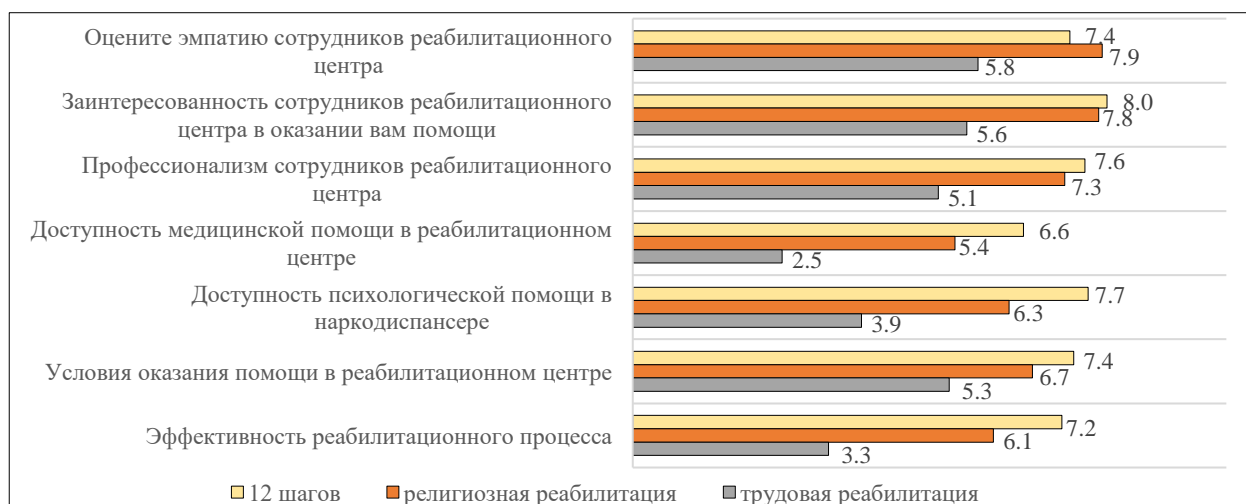


Рисунок 44. Распределение ответов на вопрос: «Оцените эффективность реабилитационного процесса» (% от числа обратившихся за прохождением реабилитации респондентов).

Оценка сотрудников реабилитационных центров

Первая группа критериев, оцениваемых респондентами, характеризует различные качества сотрудников реабилитационных центров. Так в ходе опроса респондентам было предложено оценить сотрудников по их способности сопереживать пациентам. Как показало исследование, респонденты высоко оценивают эмпатию персонала реабилитационных центров (в среднем 7,5 баллов). Большинство опрошенных (60,4%) оценили отношение медперсонала реабилитаций в диапазоне от 8 до 10 баллов, в то время как средние (от 1 до 3 баллов) и низкие (от 4 до 7 баллов) оценки поставили 30,9 и 8,7 баллов, соответственно. По мнению опрошенных наркопотребителей, наиболее всего склонность к эмпатии демонстрируют сотрудники религиозных (в среднем 7,9 баллов) и 12-ти шаговых реабилитаций (в среднем 7,4 баллов). Менее всего – трудовой реабилитации (в среднем 5,8 баллов).

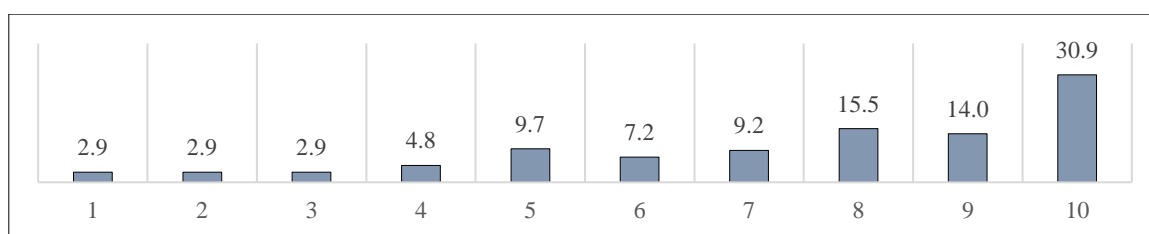
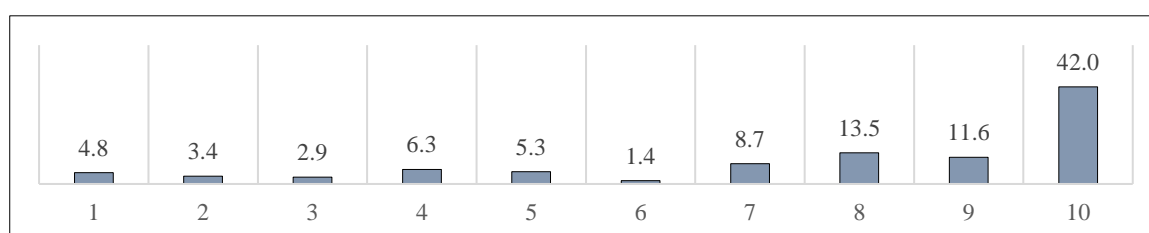


Рисунок 45. Распределение ответов на вопрос: «Оцените эмпатию сотрудников реабилитационного центра» (% от числа обратившихся за прохождением реабилитации респондентов).

Второй критерий оценки, относящийся к качествам сотрудников реабилитации, отражает их заинтересованность в оказании помощи ЛУН. Исходя из полученных данных можно утверждать, что из всех осуждаемых качеств наркопотребители оценивают включённость представителей реабилитационных центров наиболее высоко (в среднем 7,7 баллов). Нравнодушное отношение со стороны сотрудников реабилитации высоко отметили (от 8 до 10 баллов) две трети (67,1%) обратившихся туда респондентов. Негативно (от 1 до 3 баллов) и умеренно (от 4 до 7 баллов) о включённости представителей центров в реабилитационный процесс отозвались 11,1% и 21,7% респондентов, соответственно. Наиболее положительно респонденты оценили заинтересованность сотрудников 12-ти шаговой (в среднем 8 баллов) и религиозной реабилитации (в среднем 7,8 баллов).



Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Рисунок 46. Распределение ответов на вопрос: «Оцените заинтересованность сотрудников реабилитационного центра в оказании вам помощи» (*% от числа обратившихся за прохождением реабилитации респондентов*).

Ещё одним качеством, оцениваемым респондентами, проходившими социальную реабилитацию, является профессионализм сотрудников реабилитационных центров. В соответствии с полученными данными, большинство (59,4%) реабилитантов высоко оценивают (от 8 до 10 баллов) профессиональные качества представителей реабилитаций (в среднем 7,3 баллов). Неудовлетворительно (от 1 до 3 баллов) квалификацию сотрудников реабилитационных центров оценили 13,5% побывавших там респондентов, а приемлемо (от 4 до 7 баллов) – 27,1%.

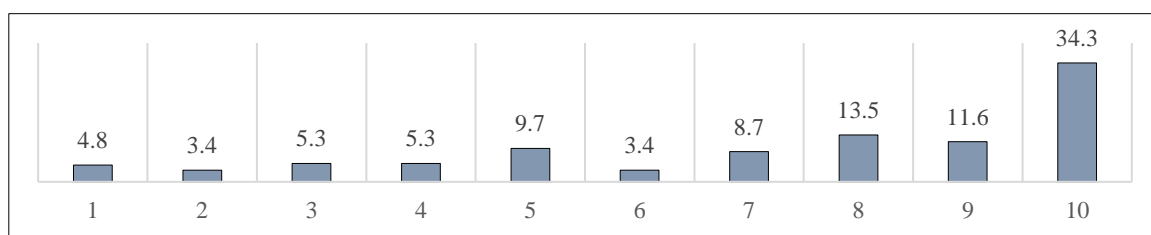
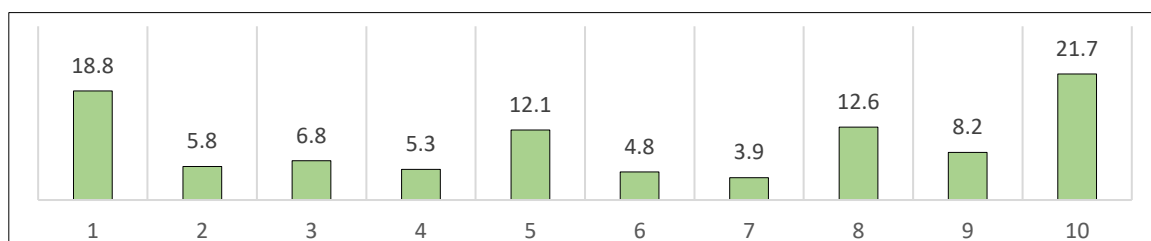


Рисунок 47. Распределение ответов на вопрос: «Оцените профессионализм сотрудников реабилитационного центра» (*% от числа обратившихся за прохождением реабилитации респондентов*).

Оценка доступности различного вида помощи в реабилитационных центрах

Вторая группа критериев включала в себя оценку доступности различных видов реабилитационной помощи. Как показало исследование, респонденты удовлетворительно оценили доступность медицинской помощи в реабилитационном центре (в среднем 5,8). Следует отметить, что полученные ответы распределены полярным образом: высоко (от 8 до 10 баллов) оценили доступность 42,5%; средне оценили доступ к медицинской помощи 5,8%; низко - 34,4%. Как показал последующий анализ наименее всего медицинская помощь оказалась доступна в трудовых реабилитациях (в среднем 2,5 баллов), что подтверждается наличием обратной корреляционной связи ($r=-0,37$, $p<=0,01$), а наиболее доступна в ребцентрах, работающих по 12-ти шаговой программе (в среднем 6,5 баллов), о чём также свидетельствуют результаты корреляционного анализа ($r=0,20$, $p<=0,01$).



Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Рисунок 48. Распределение ответов на вопрос: «Оцените доступность медицинской помощи в реабилитационном центре» (% от числа обратившихся за прохождением реабилитации респондентов)

Одним из наиболее важных составляющих социальной реабилитации является психологическое консультирование наркозависимых. Данные опроса показали, что респонденты оценивают доступность психологической помощи в реабилитационном центре в среднем на 6,8 баллов. Наибольшая доля опрошенных (52,7%) высоко оценила (от 8 до 10 баллов) доступность психологических услуг. Каждый четвертый респондент (27,1%) умеренно оценил возможность получить психологическую помощь в реабилитационном центре (от 4 до 7 баллов), в то время как каждый пятый (20,3%) оказался убежден, что она практически недоступна (от 1 до 3 баллов). Наиболее всего психологическая помощь доступна наркопотребителям, проходящим реабилитацию по 12-шаговой программе (в среднем 7,7 баллов) или в религиозном центре (в среднем 6,3 баллов). Менее всего в трудовой реабилитации (в среднем 3,9 баллов).

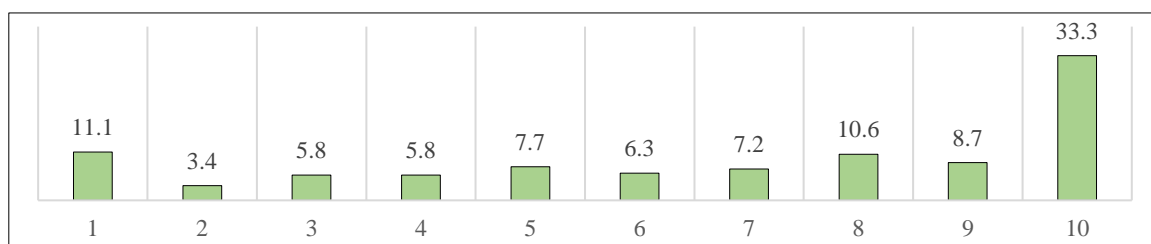


Рисунок 49. Распределение ответов на вопрос: «Оцените доступность психологической помощи в наркодиспансере» (% от числа обратившихся за прохождением реабилитации респондентов).

Оценка условий оказания помощи в реабилитационных центрах

Как показало исследование, респонденты положительно оценили условия, в которых они проходили реабилитацию (в среднем 7 баллов). Так, более половины опрошенных (51,7%), остались по итогам опроса довольны условиями, организованными в реабилитационном центре (от 8 до 10 баллов). Оценили условия в центре как приемлемые (от 4 до 7 баллов) каждый третий респондент (36,7%), и лишь каждый десятый (11,6%) остался недоволен (оценил от 1 до 3 баллов). Наиболее положительно об условиях прохождения реабилитации отозвались респонденты, проходившие программу «12 шагов» (в среднем 7,43 баллов), а также религиозную реабилитацию (в среднем 6,73 баллов). Условия нахождения в трудовой реабилитации опрошенные оценили в среднем на 5,3 баллов.

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

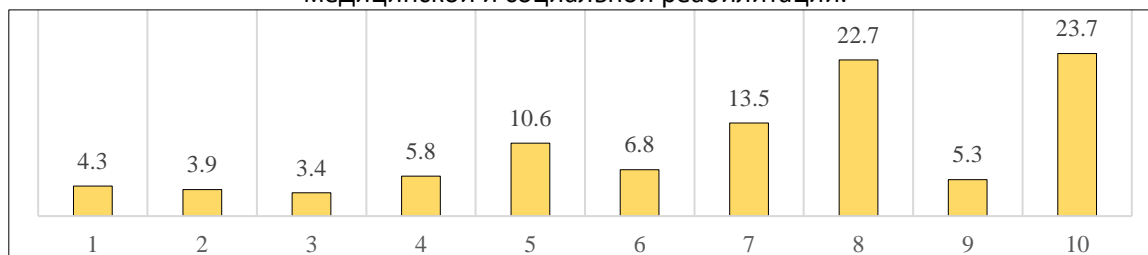


Рисунок 50. Распределение ответов на вопрос: «Оцените условия оказания помощи в реабилитационном центре» (% от числа обратившихся за прохождением реабилитации респондентов)

Оценка эффективности реабилитационного процесса

Наиболее существенным критерием, оцениваемым ЛУН в ходе опроса, является эффективность реабилитационного процесса. Как показало исследование, наркопотребители оценивают конечную результативность пребывания на реабилитации в среднем на 6,2 балла. Наибольшая доля опрошенных (43,5%), всё-таки, характеризовали услуги реабилитационных центров, как высокоэффективные (от 8 до 10 баллов). В то же время, примерно треть опрошенных (32,9%) удовлетворительно характеризовали эффективность реабилитации (от 4 до 7 баллов), а четверть (23,7%) считает её малоэффективной (от 1 до 3 баллов). Произведённый кросс-анализ показал, что респонденты наиболее высоко оценили эффективность реабилитационного процесса в центрах, работающих по 12-ти шаговой программе (в среднем 7,23 баллов), а также в религиозных реабилитациях (в среднем 6,08 баллов). К числу малоэффективных реабилитационных методик опрошенные наркопотребители отнесли трудовую реабилитацию (в среднем 3,3 балла).

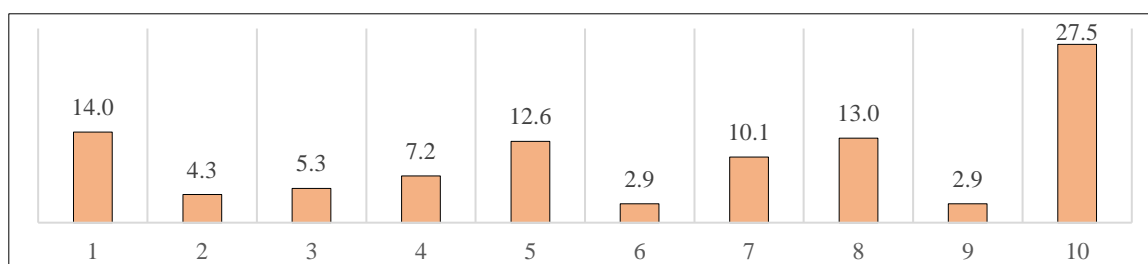


Рисунок 51. Распределение ответов на вопрос: «Оцените эффективность реабилитационного процесса» (% от числа обратившихся за прохождением реабилитации респондентов).

Тестирование на ВИЧ и туберкулёз в системе социально-реабилитационной помощи ЛУН

В ходе опроса респондентам задавался следующий вопрос: «При поступлении в реабилитационный центр спрашивали ли у Вас результат теста на ВИЧ?». В соответствии с полученными данными, результаты тестирования на ВИЧ понадобились менее чем половине

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

респондентам (44%), обратившимся за помощью в прохождении реабилитации. В то же время, каждый третий опрошенный указал (37,7%), что сотрудники центра у него не спрашивали результаты тестирования на ВИЧ при поступлении на реабилитацию, а 17,9% об этом не помнит. Как показал кросс-анализ (см. рисунок 52), результаты анализа на ВИЧ чаще запрашивают в государственных реабилитационных центрах, чем в частных (56,9% в государственных и 44% в частных).

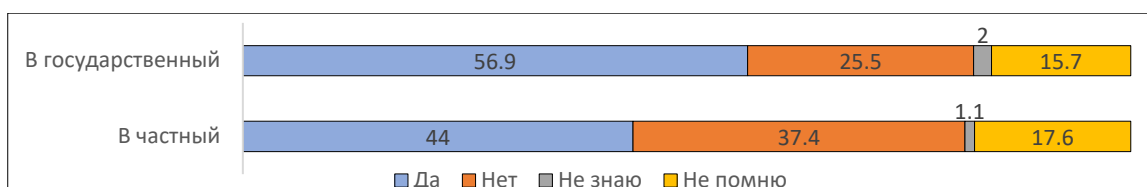


Рисунок 52. Распределение ответов на вопрос: «При поступлении в реабилитационный центр спрашивали ли у Вас результат теста на ВИЧ?» (% от числа респондентов, обратившихся в частный или государственный реабилитационный центр).

Также наркопотребителей просили указать, спрашивали ли у них результаты флюорографии при поступлении в реабилитационный центр. Как показало исследование, в большинстве случаев справка о флюорографии необходима для прохождения реабилитации, о чём указали 63,3% респондентов, обратившихся в реабилитационный центр. Доля респондентов, не предъявлявших флюорографию при поступлении в реабилитационный центр, составила 29%. Доля тех, кто затруднился ответить – 7,7%. Дезагрегация ответов, в соответствии с типом учреждения показала (см. рисунок 53), что наиболее строго требования противотуберкулёзного инфекционного контроля соблюдаются в государственных реабилитационных центрах. В частных же центрах, необходимость предоставлять флюорографию при поступлении на реабилитацию встречается намного реже.

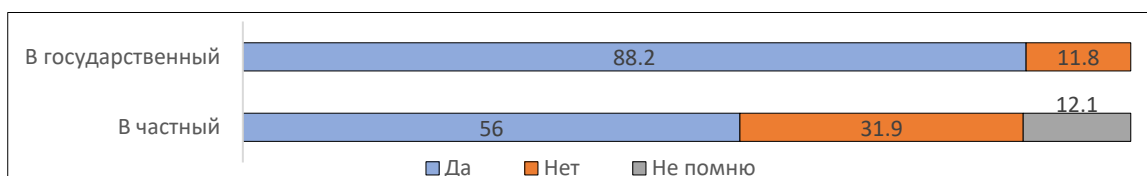


Рисунок 53. Распределение ответов на вопрос: «При поступлении в реабилитационный центр спрашивали ли у вас результаты флюорографии?» (% от числа респондентов, обратившихся в частный или государственный реабилитационный центр).

Среди респондентов, обратившихся за помощью в прохождении реабилитации, большинство ответили, что у них была диагностирована ВИЧ-инфекция (58,9%). Об отсутствии ВИЧ-инфекции указали 38,2% респондентов, имеющих опыт реабилитации, 2,9% не знают свой ВИЧ-статус.

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

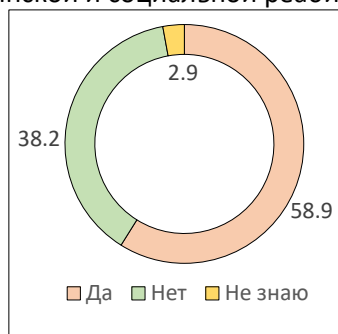


Рисунок 54. Распределение ответов на вопрос: «У вас есть ВИЧ-инфекция?» (% от числа респондентов, обратившихся за наркологической помощью)

Комментарии респондентов по вопросам социально-реабилитационной помощи

В заключении блока вопросов, касающихся опыта наркопотребителей в области прохождения социальной-реабилитации, респондентов просили в открытой форме ответить на следующий вопрос: «Пожалуйста, опишите здесь всё, что Вы считаете важным, если это не было учтено в опросе». Полученные ответы подтверждают описанные в данном разделе тенденции и представляют интерес для качественной характеристики обсуждаемой области общественных отношений. Ознакомиться с комментариями опрошенных ЛУН по данному вопросу можно в приложении 1, таблице 3.

Факторы, оказывающие наибольшее влияние на готовность ЛУН обращаться за социально-медицинской помощью.

С целью выявления факторов, оказывающих наибольшее влияние на готовность ЛУН обращаться за наркологической помощью, а также за помощью в прохождении социальной реабилитации, в рамках исследования был произведён анализ с использованием коэффициента корреляции (для метрических переменных применялся коэффициент Пирсона, для ранжированных – коэффициент Спирмена).

В результате анализа удалось выявить ряд устойчивых взаимосвязей между опытом ЛУН обращения за наркологической помощью (см. приложение 1, Таблица 1.1.) и следующими переменными:

- Статус наркопотребителя в отношении наркологического учёта;
- Характер постановки на наркологический учёт;
- Возраст наркопотребителя;
- Стаж наркопотребления;
- Вид потребляемого наркотика.

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Так же была установлена взаимосвязь между опытом обращения за помощью в **прохождении реабилитации** (см. приложение 1, Таблица 1.2.) и следующими переменными:

- Опыт обращения за наркологической помощью в снятии абстинентного синдрома;
- Оценка эмпатии медицинских сотрудников наркодиспансера;
- Оценка заинтересованности медицинских работников наркодиспансера в оказании вам помощи;
- Доступность психологической помощи в наркодиспансере;
- Вид потребляемого наркотика.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В онлайн-опросе, направленном на оценку доступа ЛУН к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации, приняли участие 274 респондента из 19 регионов РФ. В выборочной совокупности исследования представлены ответы 183 мужчин (66,8%) и 91 женщин (33,2%), преимущественно находящихся в возрастном диапазоне 30-44 лет (65,7%).

Как показало исследование, брачно-семейные отношения ЛУН преимущественно характеризуются неустойчивостью. Большинство наркопотребителей (41,6%) проживают в отсутствии брачного партнёра, без опыта супружеской жизни. Женщины из числа ЛУН чаще, чем мужчины выступают субъектами брачно-семейных отношений. В результате исследования удалось установить, что ЛУН в большинстве своём имеют среднее специальное (48,9%) или общее среднее (30,3%) образование. При этом мужчины из их числа обладают несколько большим образовательным потенциалом, чем женщины, что, предположительно, связано с преобладающей вовлечённостью последних в брачно-семейные отношения. Социальная микросреда ЛУН преимущественно организуется вокруг малочисленных домохозяйств, редко превышающих по количественному составу трёх человек, включая самого наркопотребителя (60,6%). Сожительство в многочисленных сообществах характернее для женщин (27,5% женщин и 17,5% мужчин). Мужчины же чаще проживают в одиночестве (22,4% мужчин и 11% женщин), вне необходимости заботиться об окружающих людях (45,9% мужчин и 33% женщин).

Большинство ЛУН имеют трудовые источники дохода, однако их занятость по большей части носит непостоянный характер (39,8% имеют непостоянную работу; 30% имеют постоянную работу). Как показал анализ, важную роль в структуре доходов женщин из числа ЛУН играют социальные выплаты, предположительно связанные с мерами поддержки семей с детьми. Мужчины же чаще оказываются в ситуации полного отсутствия доходов. Нестабильность заработка естественным образом сказывается на уровне материального благосостояния ЛУН, большинство которых испытывают финансовые затруднения.

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Исследование показало, что существенная часть наркопотребителей также проживает за чертой бедности, не имея постоянной возможности приобретать продукты питания (16,4%). Наиболее устойчивое материальное положение среди ЛУН характерно для мужчин, в то время как женщины чаще сталкиваются с финансовыми проблемами. Тяжелое материальное положение ЛУН, выявленное в ходе исследования, ранее уже отмечалось специалистами БФ в более узкой группе наркопотребителей, относящихся к людям, употребляющим инъекционные наркотики.³

ЛУН, обращающиеся за наркологической помощью или для прохождения социальной реабилитации, в основном знают о своём ВИЧ-статусе (95,2%). Доля ВИЧ-положительных ЛУН по результатам опроса составила 55,1% (55,2% мужчин и 54,9% женщин), ВИЧ-отрицательных - 40,1% (42,1% от всех мужчин и 36,6% от всех женщин). Средний возраст ВИЧ-положительных наркопотребителей (38,7 лет) оказался выше на 5 лет чем средний возраст ВИЧ-отрицательных (33,7 лет).

Первая проба наркотика происходит у ЛУН ещё в подростково-молодёжном возрасте: 6-12 лет - 5,5%; 13-17 лет - 55,5%; 18-25 лет – 33,2%. Последующий переход на систематическое употребление ПАВ, в среднем, происходит через три года, в результате чего каждый третий наркопотребитель начинает регулярно принимать наркотики уже в подростковом возрасте (32,1% от всех опрошенных), а каждый второй в возрасте от 18 до 25 лет (52,2% от всех опрошенных). Данное обстоятельство проблематизирует вопрос о необходимости создания условий для оказания наркологической и социально-реабилитационной помощи несовершеннолетним.

Основную долю от оборота наркотических средств занимают вещества, входящие в группы полусинтетических/синтетических опиоидов (употребляют 52,6%) и синтетических катионов (употребляют 50%), а также каннабиноиды (употребляют 20,1%). При этом среди ЛУН существенно распространено такое явление как полинаркомания, когда человек одновременно или попеременно употребляет два и более наркотических веществ (43,5%). Как показало исследование, структура наркосцены в РФ меняется в сторону преобладания на рынке новых ПАВ, к которым относятся синтетические катионы (мефедрон и альфа-ПВП), происходит постепенное замещение ими опиоидных наркотиков. Преобразовательные процессы внутри наркосцены, выявленные в ходе интернет-опроса, отмечались и ранее специалистами БФ «Гуманитарное действие» в городе Санкт-Петербург. Исследователи отмечают, что поколение потребителей опиоидных наркотиков сменяется новым, достаточно сильно отличающимся

³ Исследование барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения в трех регионах Российской Федерации (г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Челябинск), Гуманитарное действие, 2022 год <https://haf-spb.org/wp-content/uploads/2022/04/issledovanie-barerov.pdf> (стр. 43, 61)

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

поколением молодых наркопотребителей⁴. Изменение наркосцены необходимо учитывать при разработке нормативно-правовых актов, регламентирующих услуги в области оказания наркологической помощи и социально-психологической реабилитации.

Среди наркопотребителей, принявших участие в опросе, большинство состоят на наркологическом учёте (70%). Как показало исследование, наиболее часто на учёт встают потребители наркотиков опиоидной группы (66,2%) и синтетических катионов (56,2%). При этом, лишь 36,2% ЛУН, находящихся на учёте, встали на него добровольно. Преобладание того или иного способа постановки на учёт отличается в соответствии с полом наркопотребителя (женщины чаще, чем мужчины, встают добровольно) и видом потребляемого ПАВ (потребители опиатов чаще встают добровольно). Таким образом, можно констатировать, что постановка на учёт в наркологическом диспансере не является для большинства ЛУН привлекательной формой социальной поддержки.

Большинство опрошенных наркопотребителей имеют опыт обращения за наркологической помощью в снятии абстинентного синдрома (73,7%). Исходя их результатов проведённого анализа, наркопотребители, предпочитающие наркотики не опиоидной группы, реже обращаются в наркологические клиники для снятия абстиненции. Наиболее распространённые причины, по которым ЛУН не обращаются в наркодиспансер - это нежелание вставать на наркологический учёт ввиду наступающих вслед за этим последствий, а также опасения, что информация об их употреблении будет предана огласке. Можно предположить, что по мере того, как будет уменьшаться доля опиоидных наркопотребителей в общей совокупности ЛУН, сократится и число людей, обращающихся за наркологическими услугами.

Услуги наркологии, предоставляемые частными и государственными центрами распространены среди ЛУН в соотношении один к трём (22,3% обращались в частные; 77,7% обращались в государственные). В частные клиники в основном обращаются наркопотребители, предпочитающие наркотики неопиоидного ряда, а также ЛУН, включённые в общественную жизнь, имеющие постоянную работу и более высокий уровень образования. Основной причиной, мотивирующей наркопотребителей обращаться в частные учреждения, является возможность избежать постановки на учёт и сохранить анонимность. Многие наркопотребители убеждены, что в частных клиниках имеется более глубокое понимание природы их заболевания, практикуется индивидуальный подход к наркозависимым.

⁴ Влияние изменения наркосцены и употребляемых психоактивных веществ на формирование культуры заботы о здоровье среди людей, употребляющих наркотики, Санкт-Петербург, Гуманитарное действие, 2020 год <https://haf-spb.org/wp-content/uploads/2019/01/otchet2020.pdf> (стр. 25)

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Из всех услуг, предоставляемых в рамках наркологической помощи, наиболее востребовано среди ЛУН снятие абстинентного синдрома в стационарных условиях. Для прохождения детоксикации (амбулаторно и стационарно) наркопотребители обращаются преимущественно в государственные учреждения, а для снятия абстиненции в условиях реабилитационного центра – в частные. Психологическая поддержка в рамках оказания наркологической помощи, доступна только 42,6% пациентов, проходящим наркологическое лечение. Наиболее редко её получали ЛУН, обратившиеся в государственные учреждения (34,4% в государственных и 71,1% в частных).

Обращаясь за наркологической помощью, абсолютное большинство ЛУН сталкиваются с различными барьерами. Наибольшую значимость для них имеют индивидуальные барьеры, связанные со внутренними переживаниями, страхом предстоящего лечения, а также нежеланием вставать на наркологический учёт. В числе структурных барьеров респонденты называли трудности, возникающие в процессе сбора документов и справок, необходимых для начала лечения, а также отсутствие в городе наркологического диспансера, что является проблемой для жителей городов с численностью населения, не превышающей 100 тыс. человек. В числе институциональных и социокультурных барьеров, препятствующих обращению ЛУН за наркологической помощью, большое значение имеют длительные очереди на лечение, а также оскорбительное отношение к ЛУН со стороны медперсонала. В результате проведённого анализа удалось установить, что с социокультурными, институциональными и структурными барьерами наиболее часто сталкиваются пациенты государственных учреждений, а с индивидуальными – пациенты частных.

Итоговая результативность наркологического лечения составила по итогам опроса 64,4% (доля респондентов, прошедших лечение до конца). Реже всего пройти лечение до конца удаётся наркопотребителям, страдающим опиумной зависимостью, а также тем, кто проходил лечение в амбулаторных условиях. В большинстве случаев ЛУН прерывают лечение поскольку продолжают употреблять наркотические вещества. Наркопотребители срываются, не выдержав «ломок», в том числе, объясняя это слабой эффективностью препаратов, применяемых при лечении абстинентного синдрома. Также многие наркопотребители не могут справиться с тяжёлым психоэмоциональным состоянием, преодолеть которое сложно в отсутствие квалифицированной психологической помощи.

Средняя оценка ЛУН различных аспектов наркологических услуг колеблется в диапазоне от 4 до 5,7 баллов по 10-ти бальной шкале. Наиболее низко наркопотребители оценили эффективность лечения в наркодиспансерах (в среднем 4 балла), доступность психологической помощи (в среднем 4,4 балла) и заинтересованность медицинских работников наркодиспансеров

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации. в оказании помощи (в среднем 4,8 балла). Более умеренно ЛУН оценивают такие аспекты наркологических услуг, как условия оказания медицинской помощи (в среднем 5,2 баллов), эмпатия медицинских сотрудников (в среднем 5,5 баллов) и доступность медицинской помощи (в среднем 5,7 баллов). Как показало исследование, наркопотребители практически по всем критериям выше оценивают качество наркологических услуг, предоставляемых частными клиниками, за исключением вопросов, связанных с доступностью медицинской помощи в наркодиспансерах.

Как показало исследование, медработники наркологических клиник уделяют недостаточно внимания вопросам защиты персональных данных, что характерно как для частных клиник, так и для государственных учреждений. Однако, случаи распространения персональных данных без согласия субъекта встречаются реже в государственных учреждениях (5,7% в государственных и 11,1% в частных).

При поступлении на наркологическое лечение тестирование на ВИЧ-инфекцию производится 48% пациентов. В государственных учреждениях тестирование на ВИЧ проводится чаще, чем в частных (проходили 40% в частных и 50,3% в государственных). Общая численность ВИЧ-положительных ЛУН, проходивших социальную реабилитацию, составила 60,4%.

Доступ к государственным реабилитационным центрам имеет менее половины опрошенных наркопотребителей (48,5%). Как показало исследование, такие учреждения создаются преимущественно в больших, крупных и крупнейших городах. Жители городов с численностью населения менее 100 тысяч человек (средние и малые города, а также посёлки), практически не имеют прямого доступа к услугам в области социальной-реабилитации, предоставляемым на бюджетной основе. В результате, жителям небольших населённых пунктов приходится ехать в другие города для прохождения социальной реабилитации в государственных учреждениях, что само по себе является существенным барьером для ЛУН.

Большинство опрошенных наркопотребителей ранее обращались за помощью в прохождении социальной реабилитации (75,5%). Наиболее всего услуги социальной реабилитации востребованы среди потребителей лекарственных препаратов, синтетических катионов (солей) и каннабиноидов. При этом, 34,8% проходящих реабилитацию ЛУН обращаются непосредственно в реабилитационный центр, минуя наркологический детокс. В их числе преобладают потребители синтетических катионов и прочих неопиоидных наркотиков. Предположительно, меньшая доля опиоидных потребителей в числе пациентов реабилитационных центров связана с отсутствием острой физической абстиненции в сравнении с респондентами с «солевой», каннабиноидной, амфетаминовой (и пр. психостимуляторы) зависимостями.

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Наиболее распространёнными причинами, лежащими в основе отказа ЛУН от обращения за помощью в прохождении социальной реабилитации, являются различного рода обстоятельства, связанные с необходимостью ухаживать за близкими людьми или посещать работу, а также нехватка денежных средств для оплаты лечения. Важным обстоятельством, препятствующим доступу ЛУН к получению помощи в прохождении социальной реабилитации, является отсутствие информации о том, куда для этого надо обратиться.

Частные и государственные учреждения представлены в сфере социально-реабилитационных услуг в соотношении один к двум (29,2% в государственные; 70,8 обращаются в частные). Исследование показало, что в частные организации предпочитают обращаться люди, не состоящие на наркологическом учёте, а в государственные - наоборот, состоящие. Можно резюмировать, что частные организации, оказывающие услуги по социальной-реабилитации ЛУН, имеют свою целевую аудиторию, ориентированную на сохранение анонимности в отношении органов власти. Если же в городе отсутствует государственный реабилитационный центр, то ориентированные на бюджетные учреждения наркопотребители оказываются вынуждены обращаться в частные организации, предоставляющие услуги на коммерческой основе. В таком случае доступ ЛУН к социально-реабилитационной помощи, оказываемой на безвозмездной основе (за счёт бюджета), оказывается существенно ограничен.

Действительно, исходя из полученных данных среди причин, побудивших наркопотребителей обращаться в частную организацию для прохождения реабилитации, наибольшее значение имеют отсутствие в городе их проживания государственного центра, а также желание сохранить анонимность и избежать постановки на наркологический учёт. Принимая решение об обращении в частный центр, ЛУН прислушиваются к положительным отзывам знакомых и мнению людей из близкого окружения, нередко принимающих деятельностное (настойчивое) участие в лечении наркозависимого. Известны случаи насильственного помещения ЛУН в частный центр, совершённые по инициативе родственников. Тем не менее, как показал опрос, для многих наркопотребителей, проходивших социальную реабилитацию, частные центры остаются привлекательной альтернативой государственным учреждениям.

При организации социально-реабилитационного процесса наиболее часто используются программы «12 шагов» (44%) или религиозной реабилитации (38,2). Как показало исследование, в частных центрах реабилитация осуществляется в основном на религиозной основе, а также с применением программы «12 шагов», тогда как в государственных преобладает в основном 12-

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

ти шаговая программа. Трудовая реабилитация представлена на рынке социально-реабилитационных услуг намного меньше (13%) и реализуется в основном частными центрами.

Абсолютное большинство ЛУН сталкиваются с трудностями при обращении в реабилитационные центры (не сталкивались только 6,8%). В числе индивидуальных барьеров, препятствующих обращению ЛУН в реабилитационные центры, наиболее часто респонденты называли отсутствие у них сил, а также страх разглашения информации о своей зависимости. В числе структурных барьеров основным является бедность, которая с одной стороны препятствует обращению наркопотребителей в частные центры, с другой затрудняет им доступ к государственным учреждениям, находящимся в других населённых пунктах. Помимо этого, ЛУН сталкиваются с большими очередями в реабилитационные центры, а также с отсутствием в городе подходящих программ реабилитации. К числу институциональных барьеров относятся сложные для ЛУН процедуры по оформлению документов и сдачи анализов, необходимых для лечения, а также оскорбительное отношение со стороны персонала реабилитационных центров.

Общая результативность социальной реабилитации составляет 68,2% (доля людей, прошедших реабилитацию до конца). Среди реабилитационных методик наивысшую эффективность показывают программы «12 шагов» и религиозной реабилитации. Проведённый анализ показал, что шансы пройти полный курс социальной реабилитации ниже у наркопотребителей с опиумной или солевой зависимостями. Наиболее распространённой причиной, побуждающей ЛУН прервать прохождение социальной реабилитации, является эмоциональное истощение. Многие из них не могут перенести абстинентный синдром в отсутствие медикаментозной помощи, поскольку обращались в реабилитационный центр, миновав наркологическую детоксикацию. Помимо этого, наркопотребителям бывает тяжело перестроиться под распорядок дня и правила пребывания, принятые в учреждении. В результате у ЛУН случаются конфликты с сотрудниками реабилитационного центра, побуждающие их покинуть учреждение по собственной воле.

Исследование показало, что ЛУН, проходящие социальную реабилитацию, нередко сталкиваются с фактами удержания в реабилитационном центре против воли клиента и насильственными действиями со стороны сотрудников (15,5%). В такого рода ситуации преимущественно попадают клиенты частных реабилитационных центров (20,9% в частных, против 4,8% в государственных). В зависимости от типа применяемой при реабилитации методики, насильственные ситуации чаще всего встречаются в центрах, работающих по программе «12 шагов» (26,8% от проходивших данную программу ЛУН).

Также ЛУН приходится сталкиваться со случаями принудительного помещения наркопотребителей в реабилитационный центр путём «силового захвата».

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Обе данные тенденции нарушают права человека и влекут за собой последствия, предусмотренные статьёй 127 УК РФ, за незаконное лишение свободы. Как показало исследование, такие практики достаточно широко распространены среди частных реабилитационных центров и осуществляются по просьбе и при содействии близкого окружения ЛУН. Помимо этого, наркопотребители сталкиваются с психологическим давлением (издевательствами, оскорблениям), оказываемым на них со стороны сотрудников реабилитационного центра.

В среднем, ЛУН оценивают различные аспекты реабилитационной помощи в диапазоне от 5,8 до 7,7 баллов. Наиболее высоко проходившие реабилитацию респонденты характеризуют заинтересованность сотрудников центра (в среднем 7,7 баллов), их эмпатию (в среднем 7,5 баллов) и профессионализм, а также условия оказания помощи в реабилитационном центре (в среднем 7 баллов). Немного ниже респонденты оценили доступность психологической (в среднем 6,8 баллов) и медицинской (в среднем 5,8 баллов) помощи в реабилитационном центре, а также эффективность реабилитационного процесса (в среднем 6,2 баллов). По всем оцениваемым критериям наиболее положительно ЛУН оценили программу «12 шагов», а наиболее низко - трудовую реабилитацию.

Сотрудники реабилитационных при поступлении ЛУН на реабилитацию редко запрашивают результаты ВИЧ-тестирования (44%), но чаще просят предоставить справку о прохождении флюорографии (63,3%). Как показало исследование, сотрудники государственных реабилитационных центров требовательнее относятся к соблюдению санитарно-эпидемиологических правил, направленных на предупреждение распространения туберкулёза и ВИЧ-инфекции. Общая доля ВИЧ-положительных респондентов, обратившихся за помощью в прохождении реабилитации составила 58,9%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведённого исследования были решены все поставленные задачи, что позволило в полной мере оценить доступность, качество и эффективность государственных и частных услуг наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации для ЛУН. В результате исследования удалось выявить барьеры, препятствующие доступу ЛУН к услугам в этой области. Выявленные барьеры имеют значение как при обращении за наркологической помощью, так и при прохождении социальной-реабилитации. Препятствующие ЛУН преграды были условно разделены на четыре типа.

— *Индивидуальные барьеры*: страх перед предстоящим лечением; ослабленность организма (отсутствие сил); низкая информированность о том, куда обращаться; нежелание вставать на

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

наркологический учёт; бытовые обстоятельства (необходимость ухаживать за близкими, невозможность оторваться от работы); отсутствие необходимых документов.

— *Структурные барьеры*: отсутствие в городе подходящих учреждений, предоставляющих услуги ЛУН (необходимость далеко ехать для получения наркологической или социально-реабилитационной помощи); отсутствие доступа к необходимым видам помощи (наркологической помощи, реабилитационных программ); нехватка мест в государственных учреждениях (наркодиспансерах и реабилитационных центрах); репрессивность административного законодательства в отношении ЛУН; распространённая среди ЛУН бедность (существенная ограниченность жизненных шансов); отсутствие уверенности в защищённости конфиденциальных данных в медучреждениях; недоверие к государственным структурам в целом.

— *Социокультурные барьеры*: распространённая стигматизация ЛУН (оскорбительное отношение медработников, распространённость насильственных действий в отношении ЛУН).

— *Институциональные барьеры*: отсутствие индивидуального подхода к наркопотребителям, имеющим различные формы зависимости; бюрократические барьеры (сложные для ЛУН процедуры сбора и оформления документов при поступлении на наркологическое лечение/наркологический учёт или социальную реабилитацию).

В итоге проведённого анализа удалось подтвердить все исследовательские гипотезы.

1. Исследование показало, что первая проба ЛУН психоактивных веществ происходит преимущественно в подростковый или молодёжный возраст, а переход на их систематическое употребление случается, в среднем, тремя годами позже. Таким образом, можно констатировать, что первая исследовательская гипотеза подтвердилась полностью.

2. В рамках проведённого анализа вторая исследовательская гипотеза, предполагавшая, что наркопотребители, предпочитающие различные виды ПАВ, отличным образом обращаются за помощью в преодолении абстиненции и для прохождения социальной реабилитации, также подтвердилась. Предположительно, в основе выявленных отличий лежат особенности формируемой различными веществами зависимости, продолжительность периода образованного ими абстинентного синдрома, а также интенсивность (сила) абстинентного состояния (ломок). Иначе говоря, ЛУН не испытывающие сильной физической абстиненции, часто обращаются в реабилитационный центр без прохождения процедуры детоксикации.

3. Наркопотребители, проживающие в городах с численностью населения менее 100 тыс. человек, имеют ограниченный доступ к наркологической помощи, а также к услугам государственных реабилитационных центров. В результате ЛУН, ориентированные на бюджетные учреждения, сталкиваются с необходимостью обращаться в частные организации

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

(как правило, на платной основе) или вынуждены преодолевать значительные расстояния, оплачивать проезд и проживание в городе, где есть подходящий наркодиспансер/реабилитационный центр. В условиях характерной для большинства наркопотребителей бедности, данное обстоятельство существенным образом препятствует доступу ЛУН к наркологической помощи и социальной реабилитации. Таким образом, можно резюмировать, что третья исследовательская гипотеза также подтвердилась.

4. Наиболее значимым фактором, препятствующим получению ЛУН государственной наркологической помощи, а также прохождению ими социальной реабилитации в государственных центрах, является требование обязательной постановки наркопотребителя на наркологический учёт, предъявляемое во всех бюджетных учреждениях. Исследование показало, что наркопотребители стараются сохранить анонимность лечения перед государственными органами, опасаясь административных последствий, возникающих в результате постановки на наркологический учёт.

Следует так же отметить, что данный проект имеет некоторое ограничение в части обобщения полученных выводов, поскольку для отбора респондентов использовалась невероятностная выборка, организованная методом снежного кома. И, тем не менее, использование данной методики оправдано, поскольку ЛУН являются труднодоступностью исследуемой группой.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. АНАЛИТИЧЕСКИЕ ТАБЛИЦЫ К ОТЧЁТУ

Корреляционные таблицы

Таблица 1.1. Результаты корреляционного анализа. Значимые связи между различными переменными и ответами на вопрос: «Обращались ли вы за наркологической помощью в снятии абстинентного синдрома?»

** . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Вопрос	Вариант ответа	Значение
Состоите ли Вы на учете в наркологическом диспансере	-	,425**
Каким образом Вас поставили на учет	-	,264**
Ваш возраст	-	,197**
Стаж употребления	-	,195**
Укажите, какие наркотики вы в последнее время предпочитаете употреблять	Опиоиды: мак, морфий, героин, метадон, дезоморфин, карфетанил.	,225**
	Синтетические катионы (соли): мефедрон, альфа-ПВП.	-,182**
	Лекарственные препараты: кетамин, трамал, лирика, оксibuтират натрия, антидепрессанты.	-,169**
	Каннабиноиды: гашиш, марихуана.	-,136*

Таблица 1.2. Результаты корреляционного анализа. Значимые связи между различными переменными и ответами на вопрос: «Обращались ли вы за помощью в прохождении реабилитации?»

Вопрос	Вариант ответа	Значение
Обращались ли вы за наркологической помощью в снятии абстинентного синдрома?	-	-,340**
Какую помощь Вы получили? (наркологическую)	Стационарный детокс	,157**
Оцените эмпатию медицинских сотрудников наркодиспансера	-	-,224**
Оцените заинтересованность медицинских работников наркодиспансера в оказании вам помощи	-	-,211**
Доступность психологической помощи в наркодиспансере	-	-,193**
Укажите, какие наркотики вы в последнее время предпочитаете употреблять	Синтетические катионы (соли): мефедрон, альфа-ПВП.	,161**
	Опиоиды: мак, морфий, героин, метадон, дезоморфин, карфетанил.	-,126*

Кросс-таблицы

Таблица 2.1. Источники доходов ЛУН-респондентов, имеющих на попечении несовершеннолетних детей, в зависимости от половой принадлежности (% от респондентов одного пола).

N=86	Ваш пол	
	Мужской	Женский
Постоянная работа	38,3%	30,8%
Непостоянная работа	46,8%	46,2%
Инвалидность, пособия	2,1%	17,9%

СПб БФ «Гуманитарное действие»

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Помощь родственников	6,4%	5,1%
Нет дохода	6,4%	0%
Всего	100%	100%

Таблица 2.2. Распределение ответов на вопрос: «Укажите, какие наркотики вы в последнее время предпочитаете употреблять» (% от общего числа опрошенных)

Ответ респондента	Частота	Процент	Ответ респондента	Частота	Процент
Мефедрон	71	26,0%	Ханка	1	0,4%
Опиаты	4	1,5%	Алкоголь	3	1,1%
Героин	106	38,8%	Фенамфетамин	3	1,1%
Марихуана	49	17,9%	Крокодил	1	0,4%
Соль	78	28,6%	ЛСД	4	1,5%
Метадон	58	21,2%	Бутират	1	0,4%
Амфетамин	25	9,2%	Опиум	1	0,4%
Лекарственные препараты (кетамин, трамал, лирика, бутират, фенилэтиламин)	7	2,6%	Психоделики (ЛСД, псилоцибин, мескалин, фенциклидин, ДОБ, ДМТ, 5-МЕО-ДМТ)	2	0,7%
Все наркотики	4	1,5%	Кокаин	1	0,4%
Гашиш	6	2,2%	Марки	1	0,4%
Альфа – ПВП	7	2,6%	Экстази	2	0,7%
Курительные смеси (спайс)	5	1,8%	Метилоэфидрон	1	0,4%
Первинтин	1	0,4%	Винт	1	0,4%
Грибы	2	0,7%	Кокаин	1	0,4%
Синтетические	4	1,5%	Антидепрессанты	2	0,7%
Метамфетамин	1	0,4%	Карфетанил	1	0,4%
Мак	11	4,0%	Мескалин	1	0,4%

Таблица 2.3. Наркотики, которые предпочитают наркопотребители разного возраста. Вопрос носил открытый характер, что позволило респондентам указывать несколько видов ПАВ (% от респондентов одного возраст)

Возраст	Синтетические катионы (соли)	Синтетические психостимуляторы	Опиоиды	Лекарственные препараты	Психоделики	Каннабиноиды	Другие ПАВ	Все ПАВ
16-20	88,9%	11,1%	11,1%	33,3%	11,1%	33,3%	11,1%	-
21-25	83,3%	25%	41,7%	-	-	25%	16,7%	-
26-30	69,4%	19,4%	27,8%	5,6%	5,6%	16,7%	8,3%	-
31-35	50%	17,4%	45,7%	2,2%	2,2%	23,9%	2,2%	4,3%
36-40	46,8%	11,7%	62,8%	1,1%	2,1%	16%	1,1%	-
41-45	36%	6%	76%	2%	-	14%	2%	4%
46-50	40%	15%	70%	5%	-	40%	-	-
50<	14%	-	86%	-	-	29%	-	-

Таблица 2.4. Способ постановки ЛУН на наркологический учёт в зависимости от предпочитаемого наркотика (% от респондентов, потребляющих определённый вид ПАВ)

	Добровольно	Принудительно	Всего
Опиоиды: мак, морфий, героин, метадон, дезоморфин, карфетанил.	42,7%	57,3%	100%
Синтетические катионы (соли): мефедрон, альфа-ПВП.	25,6%	74,4%	100%
Каннабиноиды: гашиш, марихуана.	25%	75%	100%
Синтетические психостимуляторы: кокаин, амфетамин, экстази, метамфетамин, первинтин, фен.	23,5%	76,5%	100%
Лекарственные препараты: кетамин, трамал, лирика, оксибутират натрия, антидепрессанты.	0%	100%	100%

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Психоделики: ЛСД, грибы, мескалин, фенциклидин, ДОБ, ДМТ, 5-МЕО-ДМТ.	0%	100%	100%
Другие ПАВ вещества: курительные смеси, алкоголь.	0%	100%	100%

Таблица 2.7. Образование ЛУН, обращающихся за наркологической помощью в частные или государственные учреждения (% от числа респондентов, обратившихся в организации различного типа)

Образование	В частную	В государственную
8 (9) классов	6,7%	17,8%
10 (11) классов	17,8%	17,2%
среднее специальное	31,1%	53,5%
неполное высшее	15,6%	7,0%
высшее	28,9%	4,5%
Всего	100%	100%

Таблица 2.8. Источники дохода ЛУН, обращающихся за наркологической помощью в частные или государственные учреждения (% от числа респондентов, обратившихся в организации различного типа)

Источники дохода	В частную	В государственную
постоянная работа	44,4%	21,0%
непостоянная работа	35,6%	42,7%
инвалидность, пособия	8,9%	12,1%
помощь родственников	8,9%	10,8%
нет дохода	2,2%	13,4%

Таблица 2.9. Распределение ответов на вопрос: «Была ли Вам оказана психологическая помощь?» в зависимости от услуги, за которой обращались респонденты (% от респондентов, обратившихся за определённым видом наркологической помощи).

Вид наркологической услуги	Да	Нет, не предлагали	Не нуждался
Стационарный детокс	39,6%	40,3%	20,1%
Амбулаторное снятие абстиненции	37,5%	47,9%	14,6%
Снятие абстиненции в реабилитационном центре	79,1%	9,3%	11,6%
Не смог получить	7,1%	78,6%	14,3%

Таблица 2.10. Доля респондентов, сталкивающихся с проблемой отсутствия в городе наркодиспансера, в соответствии с размером населённого пункта их проживания (% от респондентов, сталкивавшихся с проблемой доступности наркодиспансеров, проживающих в населённом пункте с определённой численностью населения)

Типа населённого пункта	Процент
Крупнейшие	0,9%
Крупные	0,0%
Большие	2,7%
Средние	42,9%

СПб БФ «Гуманитарное действие»

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Малые	46,7%
Поселения	40,0%

Таблица 2.11. Доля респондентов, сталкивающихся с проблемой отсутствия в городе наркодиспансера, в соответствии с численностью населения населённого пункта их проживания и типом учреждения в которые они обращались за наркологической помощью (% от респондентов, обратившихся в государственной или частный центр).

Обращался за услугами	Численность населения населённого пункта проживания респондента	
	Более 100 тыс. человек	Менее 100 тыс. человек
В частной	2,5	0
Государственной	0,8	71,4

Таблица 2.12. Трудности, с которыми приходится сталкиваться ЛУН при обращении за наркологической помощью, а зависимости от типа оказывающей её организации (% от числа респондентов, обратившихся в частное или государственное учреждение за наркологической помощью). Допускалось несколько вариантов ответа.

Трудности	В частную	В государственную
В моем городе нет наркодиспансера, приходится далеко ездить, у меня нет денег	2,2%	13,4%
Не знал (а) куда обратиться	28,9%	14,6%
Не было сил	22,2%	40,8%
Боялся (лась), что разгласят факт употребления наркотиков	55,6%	14,6%
Испугало, что поставят на учет	35,6%	15,9%
Было страшно	42,2%	27,4%
Долго ждать очередь	2,2%	24,2%
Оскорбление со стороны мед.персонала	15,6%	19,1%
Приходится сдавать много анализов	4,4%	26,8%
Другое	15,6%	9,6%

Таблица 2.13. Результативность лечения у респондентов с различным источником дохода (% от числа респондентов, обратившихся за наркологической помощью и имеющих определённых источник дохода как основной)

Источник дохода	Прошли лечение до конца
постоянная работа	81,1%
непостоянная работа	63,9%
инвалидность, пособия	60,9%
помощь родственников	61,9%
нет дохода	31,8%

Таблица 2.14. Средняя оценка различных аспектов наркологической помощи, в зависимости от вида наркологической услуги, предоставленной респонденту (средние значения ответов респондентов, обратившихся за различными наркологическими услугами).

	Стационарный детокс	Амбулаторное снятие абстиненции	Снятие абстиненции в реабилитационном центре
Оцените эмпатию медицинских сотрудников наркодиспансера	5,35	5,48	6,56
Доступность медицинской помощи в наркодиспансере	5,88	6,10	5,63
Доступность психологической помощи в наркодиспансере	4,37	4,58	5,07
Заинтересованность медицинских работников наркодиспансера в оказании вам помощи	4,78	4,85	5,91

СПб БФ «Гуманитарное действие»

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Профессионализм медицинских работников наркодиспансера	5,63	5,92	6,26
Условия оказания медицинской помощи в наркодиспансере	5,02	5,50	5,60
Эффективность лечения в наркодиспансере	3,89	3,56	5,14

Таблица 2.15. Наркотики, потребляемые респондентами, обратившиеся в реабилитационный центр без прохождения наркологического лечения (% от потребителей определённой группы ПАВ, обратившихся сразу в реабилитационный центр)

Вид ПАВ	Процент
Синтетические катионы (соли): мефедрон, альфа-ПВП.	65,3%
Опиоиды: мак, морфий, героин, метадон, дезоморфин, карфетанил.	37,5%
Каннабиноиды: гашиш, марихуана.	29,2%
Синтетические психостимуляторы: кокаин, амфетамин, экстази, метамфетамин, первинтин, фен.	15,3%
Лекарственные препараты: кетамин, трамал, лирика, оксibuтират натрия, антидепрессанты.	8,3%
Другие ПАВ вещества: курительные смеси, алкоголь.	5,6%
Психоделики: ЛСД, грибы, мескалин, фенциклидин, ДОБ, ДМТ, 5-МЕО-ДМТ.	2,8%
Все вещества	1,4%

Таблица 2.16. Доля респондентов, обращающиеся за помощью для прохождения реабилитации, в соответствии с их основным источником дохода (% от респондентов, указавших определённый источник дохода)

Источник доходов	Процент
постоянная работа	83,1%
помощь родственников	78,6%
непостоянная работа	74,3%
инвалидность, пособия	68,0%
нет дохода	62,1%

Таблица 2.17. Материальный достаток и обращение в реабилитацию

	Процент
Не хватает денег даже на еду	64,4%
Не можем купить товары длительного потребления - бытовую технику, мебель и пр.	78,0%
Средств достаточно, чтобы купить всё, что считаем нужным	80,4%
Не хватает денег на покупку автомобиля, квартиры	83,9%
Затруднительно покупать одежду и оплачивать жилищно-коммунальные услуги	72,1%

Таблица 2.18. Распределение ответов на вопрос «В какой центр», в соответствии с видом потребляемого респондентов ПАВ. (множественный вариант ответов, % от числа обратившихся за помощью в реабилитации респондентов, потребляющий определённый вид ПАВ)

	Синтетические катионы (соли)	Синтетические психостимуляторы	Опиоиды	Лекарственные препараты	Психоделики	Каннабиноиды	Другие ПАВ
В частный	78,8%	92,6%	70,6%	100%	100%	90,9%	88,9%
В государственный	26,5%	7,4%	33,0%	0,0%	33,3%	13,6%	11,1%

Таблица 2.19. Доля респондентов, окончивших реабилитацию, в зависимости от источников дохода (% от респондентов, обратившихся за помощью в прохождении социальной реабилитации и назвавших определённый источник дохода).

Источник дохода	Процент
постоянная работа	82,4%
непостоянная работа	58,7%
инвалидность, пособия	62,5%
помощь родственников	68,8%
нет дохода	58,8%

Таблица 2.20. Средняя оценка различных аспектов реабилитационной помощи (средние значения ответов респондентов, обратившихся в частный или государственный реабилитационный центр).

Критерий оценивания	Государственный	Частный
	центр	центр
Оцените эмпатию сотрудников реабилитационного центра	7,30	7,55
Доступность медицинской помощи в реабилитационном центре	6,29	5,58
Доступность психологической помощи в наркодиспансере	7,00	6,70
Заинтересованность сотрудников реабилитационного центра в оказании вам помощи	7,17	7,94
Профессионализм сотрудников реабилитационного центра	7,21	7,39
Условия оказания помощи в реабилитационном центре	6,70	7,07
Эффективность реабилитационного процесса	6,06	6,35

Открытые ответы респондентов

Таблица 3.1. Сгруппированные ответы на вопрос: «Почему вы не обращались за наркологической помощью». Открытая форма ответа, N=72. (% от тех респондентов, которые не обращались за наркологической помощью).

Причины	Ответы	Проценты
Не хочу вставать на наркологический учёт	15	20,8
Преодолевал(а) абстинентный синдром самостоятельно	14	19,4
Не хочу, чтобы о моей зависимости стало известно	7	9,7
В лечении не было необходимости	7	9,7
Боюсь, что меня лишат водительских прав	5	6,9
Обратился сразу в реабилитационный центр, минуя наркодиспансер	4	5,6
У меня не было желания	3	4,2
Не знал, что это такое	3	4,2
Боюсь, что после постановки на учёт меня лишат родительских прав	3	4,2
При поступлении нужно собрать много справок и документов, а также сдать разные анализы	3	4,2
Находился в местах лишения свободы	2	2,8
Не задумывался об этом ранее	2	2,8
Боялся(лась)	2	2,8
От веществ, которые я употребляю, нет физической абстиненции	2	2,8
В не верю в эффективность наркологической помощи	2	2,8
Нехватка финансов	4	5,6
Не хочу в государственную клинику	2	2,8
Нет необходимых документов	1	1,4
В наркодиспансере нарушаются мои права, предвзятое отношение персонала	1	1,4
В городе нет наркодиспансера, проблематично добираться	1	1,4
Плохое состояние здоровья	1	1,4
Всего	84	116

Таблица 3.2. Ответы на вопрос: «Пожалуйста, опишите здесь всё, что Вы считаете важным, если это не было учтено в опросе». (Ответы респондентов, касающиеся различных аспектов оказания наркологических услуг).

Отсутствие наркодиспансера в городе
Нужно в районах вводить ставку доверенных наркологов. Невозможно на кумаре ездить в Калининград и тратить на дорогу последние деньги.
Очень далеко ездить и дорого, 120 км в одну сторону, 1000 рублей на поездку.
Очень не хватает доступности лечения. Платные клиники очень дорогие, найти такие деньги нереально зависимому человеку. В государственную не попасть, в ней к тебе относятся как к мусору, и постановка на учет тоже не способствует тому, чтобы люди туда шли.
У нас наркодиспансер только в областном центре. Наркоманам из области сложно ездить туда, так как ехать 2 часа и билет 350 рублей. Нужно чтобы наркологи были в районных центрах.
Я живу в маленьком городе, у нас нет государственных услуг. Есть частный нарколог, который ставил мне капельницы и выписывал сонники. Но он плохо понимает, как снимать амфетаминовую тягу. Да и в наркодиспансере никто не понимает, отправляют в психушку всех моих знакомых, и выходит в итоге 2 учёта - в «наркушке», и в «психушке». Кому такое надо.
Невозможно получить помощь вовремя, когда сильно нуждаюсь в ней, т.к. живу очень далеко от областного центра. Нужно что-то решать с доступом к помощи жителей дальних районов.
Бюрократические барьеры
Без паспорта не оказали помощь, хотя я уже не однократно лечился в диспансере. Помощь не оказали, я пошел дальше употреблять.
Много всего надо, чтобы получить лечение - флюшка, паспорт и т.д.
Много документов нужно собрать, чтобы лечь в больницу, к сожалению. Пропадает желание.
Поставили на учет в ОНБ, при этом пройти лечение я не смог из-за отсутствия регистрации, паспорт, СНЛИС и медицинский полис у меня были.
Отношение со стороны персонала
Государственная наркологическая больница — это худшее место на земле! Обращаешься к ним за помощью в надежде, что помогут, а по факту, хамское поведение со стороны медперсонала. Жалуются, что им снижают финансирование, нехватка лекарств, относятся как к человеку третьего сорта.
Зверство. И никому не пожалуешься, потому что государственная, некому жаловаться, они так решили. Так не каждый раз было, я слышал. Только в этот раз прям сразу вырубил коктейлем, а очнулся я на вязках. Они не хотели и потом отвязывать. Как только меня отвязали, я на следующий день шатаюсь прям с боем ушел. Меня кидало ещё три дня в разные стороны потом. Я после этого больше даже и не думаю, чтоб лежать. Уж лучше дома мучаться, хоть поспать могу когда хочу и попить воды.
Отношение врачей, когда бесплатно, более предвзятое, чем за деньги.
Отношение медицинских работников предвзятое, высокомерное.
Частные клиники намного лучше государственных. В государственной больнице ужасные условия, медперсонал хамит, а про лечение вообще молчу. В частной хоть какой-то индивидуальный подход есть и стараются доброжелательно относиться.
Люди предвзято относятся к ВИЧ-инфицированным.
Низкая эффективность лечения
Рецепт на трамадол выписывается один раз в 19 дней. Одна упаковка дозировкой 100мл. То есть, если пить по 3 т. в сутки (3 раза в день), то пачки хватает на 6 дней. При метадоновой зависимости этого недостаточно. Приходится приобретать рецепты или трамадол нелегально (скупать в три дорого). Меня выписали из наркологии на 10 день за нарушение (курение вейпа в неподобающем месте), а в общем моя абстиненция длилась полтора месяца. То есть, большую часть времени я лечилась дома после выписки. Заранее мною было приобретено 4 -5 пачки трамадола.
Нужна анонимность, тогда за помощью обращаться будет больше людей (у меня есть знакомые, которые боятся потерять работу и поэтому не лечатся). При приёме в ГНБ в Питере требуется паспорт, а это значит, что твои данные пойдут куда угодно. Совершенно отсутствуют психологи, если ты после детокса не идёшь на реабилитацию-ты никому не нужен и не интересен, а людям после 20-28 дней неупотребления очень нужна психолог, помощь, поддержка. Очень мало тех, кого поддерживают дома и выходя из ГНБ люди срываются опять. Бег по кругу. А реб. центр похож больше на тюрьму, где унижают, а не помогают.

СПб БФ «Гуманитарное действие»

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

Не очень эффективно работает детокс при употреблении метадона, выход в трезвость занимает около 30 дней, а в стационаре лежишь только 12 дней, потом не дают рецепты на препараты, хотя бы просто спать чтоб ночью, не говоря уже о том, что меня продолжает кумарить еще неделю и я срываюсь.
Непонятно, куда вообще обращаться под солями - из наркологии футбоят в психушку, а я не хочу стоять на учёте в психушке.
Мало ставили обезболивающих, из-за этого пришлось уйти из больницы.
Тестирование на ВИЧ
Тест на ВИЧ у меня взяли сотрудники другой организации НКО РРОО Ковчег, перед тем как привезли в диспансер в диспансере меня никто не тестировал, проверили давление, температуру спросили, что употреблял, в каких дозировках и всё. Отношение чувствуется в каждом дне не как к больным людям, а как с рабочим материалом

Таблица 3.2. Ответы на вопрос: «Пожалуйста, опишите здесь всё, что Вы считаете важным, если это не было учтено в опросе». (Ответы респондентов, касающиеся различных аспектов оказания социально-реабилитационных услуг).

Отсутствие государственных реабилитационных центров в городе
В маленьких городах, удалённых от областного центра, нет никаких услуг наркологии и реабилитации. Если ты не стоишь на учёте, то очень сложно получить достоверную информацию об эффективных программах.
Государственный центр недоступен для жителей отдалённых районов области
Насилие в реабилитационных центрах
Я считаю важным провести проверки по всем учреждениям и учитывать тот факт, что людей там бьют чтобы они не рассказывали правду полиции! Или увозят в другие дома по-тихому. И так в 90% центров в России.
Сейчас все центры такие с захватами, в программа где-то глупая, где-то нормальная. Я сам выбирал центр мне легче.
Самой лично готовности выздороветь у меня не было, а то, что меня насильно заставили пройти реабилитацию, не дало никакого эффекта, спустя какое-то время я опять начала употреблять наркотики.
Реабилитационные программы
По моему мнению на сегодняшний день частные 12-шаговые реабилитации, это единственный способ помочь зависимым. В государственных реабилитациях сотрудники не обладают знаниями и умениями, которыми обладают в частных реабилитациях, т.к. сотрудники частных реабилитаций тоже зависимые (наркоманы, алкоголики, игромания), прошедшие реабилитацию и обучение.
Я проходил реабилитацию в наркологии г. Шахты, но они приглашали православных священников, навязывали молитва утром и вечером, хотя это госучреждение. Наверное, у наркологии не было своей программы и приходилось терпеть навязывание вероисповедания.
Больше бесплатных, не рабочих центров.
Нам очень нужны хорошие бесплатные реабилитационные центры на гос. основе
Доступность психологической поддержки в реабилитационном центре
Было тяжело на первой реабилитации. Первый месяц не чувствовал поддержки со стороны администрации. Большая группа.
В реабилитации мне не хватило эмоциональной и психологической поддержки. Хотя, на какое-то время я остановился и получил какой-то опыт и понимание, что я зависимый и наркотики моя проблема и мне нужна духовная поддержка. Сейчас хожу в церковь, не употребляю наркотики несколько месяцев.
Отсутствие психологической помощи в реабилитационном центре, хотя, я считаю, что это очень важно!
В РЦ не было ни одного настоящего психолога, всем заправляли такие же наркоманы, как и пациенты. Некоторые консультанты вели двойной образ жизни. Так, например, один из них против правил РЦ употреблял наркотики пока никто не видит, предлагал их пациентам, а также всячески склонял их к сексу во время частных бесед в комнате, куда проходил без разрешения консультантов был запрещён. Мне было очень плохо и одиноко, чем этот консультант и воспользовался, а после произошедшего я жалела об этом, но никому не могла рассказать, потому что наказания за такие вещи были очень жестокими и сильно удлинляли срок пребывания в РЦ.
Отсутствие информации о реабилитациях
Где есть информация о бесплатных или не дорогих реабилитациях (не путать с трудовыми домами)
Хотелось бы официальные отзывы и рейтинг реабилитаций, ну как у гостиниц!

Доступность знаний реабилитации
Низкое качество реабилитационных услуг
В РЦ было постоянное психологическое давление на реабилитантов, угрозы, манипуляции, давление на чувство вины, унижение, неквалифицированная психиатрическая помощь (использование несовместимых препаратов), некомпетентная психологическая помощь (психолог манипулировала и давила на чувство вины). Плохая еда, почти не было мяса. Мало свободного времени, сильная эмоциональная нагрузка, не брали в расчёт что мне тяжело из-за моих диагнозов по психиатрии вести полноценную активность в течении дня и что мои симптомы расстройств высасывают из меня все силы. Я хотела выйти из центра поскорее, потому что у меня были мысли о самоубийстве из-за постоянного нахождения в замкнутом пространстве с жестким распорядком. Мои чувства обесценивали и не воспринимали всерьез, меня обвиняли в том, что я родилась психически нездоровой.
Мне очень тяжело от того, что у нас в городе не умеют лечить амфетаминщиков. Пакуют в психушку, а я не псих, у меня хорошее образование и высокий интеллект
Нет лечения правильного от разных ПАВ, хотелось бы получить помощь, но это невозможно
Работать с зависимостью может только выздоравливающий зависимый. Тогда и только тогда возможен эффект выздоровления
Считаю, что реабилитация должна быть минимум год и без постановки на наркоучёт.

Мониторинг доступности комплексной наркологической помощи для людей, употребляющих наркотики

Критерии участия в опросе:

1. Вам исполнилось 18 лет?
Да Нет – опрос завершен
2. Вы употребляли наркотики в последние 3 года?
Да Нет – опрос завершен
3. Вы обращались за наркологической и/или реабилитационной помощью в последние 3 года?
Да Нет – опрос завершен

Социальный портрет

1. Ваш возраст (написать)
2. Ваш пол. **Выбрать вариант:** мужской, женский
3. Город, регион проживания (написать)
4. Ваше фактическое семейное положение. **Выбрать вариант:**
Не женат/не замужем;
В гражданском браке;
Вдова/вдовец;
В зарегистрированном браке;
Разведен (а)
5. Ваше образование. **Выбрать вариант:**
8 (9) классов;
10 (11) классов;
среднее специальное;
неполное высшее;
высшее;
аспирантура (ученная степень);
6. Источник дохода. **Выбрать вариант:**
постоянная работа;
непостоянная работа;
инвалидность, пособия;
помощь родственников;
нет дохода;
7. Как можно охарактеризовать ваше материальное положение. **Выбрать вариант:**
- Не хватает денег даже на еду
- Не можем купить товары длительного потребления - бытовую технику, мебель и пр.
- Средств достаточно, чтобы купить всё, что считаем нужным
- Не хватает денег на покупку автомобиля, квартиры
- Затруднительно покупать одежду и оплачивать жилищно-коммунальные услуги
8. Сколько человек проживает вместе с вами, имеет совместный бюджет и общее домашнее хозяйство? (написать)
9. Есть ли люди, о которых вам сейчас приходится заботиться – поддерживать материально, помогать решать бытовые и жизненные вопросы и т.п. **Выбрать вариант:**
Да, есть несовершеннолетние;
Да, есть взрослые;

Нет;

Употребление наркотиков

1. Укажите, в каком возрасте вы впервые попробовали наркотики (написать)
2. Укажите, в каком возрасте вы стали систематически употреблять наркотики (написать)
3. Как вы считаете - вы зависимы от наркотиков? **Выбрать вариант:**
Да;
Нет;
Не определился;
4. Укажите, какие наркотики вы в последнее время предпочитаете употреблять (перечислить)
5. 1. **Выбрать вариант:**
- Да; Снялся с учета; - переход к вопросу №6
- Не знаю; Нет; - переход к вопросу №7
6. Каким образом Вас поставили на учет. **Выбрать вариант:**
Добровольно;
Принудительно (в результате действий правоохранительных органов) - переход к вопросу №7
7. Вы хотите справиться с зависимостью? **Выбрать вариант:**
Да;
Не знаю;
Нет;
Может быть на какое-то время;
Контролировать прием (употреблять иногда, эпизодически);
Не считаю себя зависимым;

Обращение за наркологической помощью

1. Обращались ли вы за наркологической помощью в снятии абстинентного синдрома?
Выбрать вариант:
Да - переход к вопросу №3
Нет – переход к вопросу № 2
2. Почему вы не обращались за наркологической помощью? (написать) – переход к блоку реабилитации
3. Сколько раз за последние 3 года Вы обращались за наркологической помощью (написать)
4. В какую клинику? **Выбрать вариант:**
- В частную – переход к вопросу №5
- В государственную – переход к вопросу №6
5. Почему Вы обратились в частную, а не в государственную клинику? (написать) – переход к вопросу №6
6. Какую помощь Вы получили? **Выбрать вариант:**
- Стационарный детокс;
- Амбулаторное снятие абстиненции;
- Снятие абстиненции в реабилитационном центре;
- Не смог получить;
- Другое;
7. Была ли Вам оказана психологическая помощь? **Выбрать вариант:**
Да;
Нет, не предлагали;
Не нуждался;

8. Какие трудности вы испытываете (вали) при обращении за наркологической помощью в связи с зависимостью? **Можно выбрать несколько вариантов:**

- В моем городе нет наркодиспансера, приходится далеко ездить, у меня нет денег;
- Не знал (а) куда обратиться
- Не было сил
- Боялся (лась), что разгласят факт употребления наркотиков
- Испугало, что поставят на учет
- Было страшно
- Долго ждать очередь
- Оскорбление со стороны мед.персонала
- Приходится сдавать много анализов
- Другое

9. Прошли ли вы лечение до конца: **Выбрать вариант:**

Да – переход к вопросу №11

Нет – переход к вопросу №10

10. Почему Вам не удалось пройти наркологическое лечение до конца? (написать) – переход к вопросу №11

11. Оцените эмпатию медицинских сотрудников наркодиспансера

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
к вам было предвзятое отношение, брезгливость, отвращение, неуважение									Вы почувствовали заботу, сопереживание, сочувствие

12. Доступность медицинской помощи в наркодиспансере

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
трудности с получением медицинской помощи									медицинская помощь доступна, её можно получить быстро

13. Доступность психологической помощи в наркодиспансере

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Трудности с получением психологической помощи									Доступная психологическая служба

14. Заинтересованность медицинских работников наркодиспансера в оказании вам помощи

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
пациенты никому не интересны									медицинские работники стремятся оказать помощь

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

15. Профессионализм медицинских работников наркодиспансера

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
низкий профессиональный уровень									высокий профессиональный уровень

16. Условия оказания медицинской помощи в наркодиспансере

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
грязно, нет ремонта									чисто, уютно

17. Эффективность лечения в наркодиспансере

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
лечение вообще не помогло									лечение было эффективным, эффект от лечения - долгосрочный

18. Соблюдение врачебной тайны сотрудниками наркодиспансера О моем диагнозе узнали посторонние люди Медицинские работники невнимательно относятся к сохранению врачебной тайны

Медицинские работники строго соблюдают врачебную тайну о моем диагнозе

19. При поступлении в наркологическую клинику вы сдавали тест на ВИЧ? Да Нет Не помню Не знаю

20. У вас есть ВИЧ-инфекция? Да Нет Не знаю

21. Пожалуйста, опишите здесь всё, что Вы считаете важным, если это не было учтено в опросе

Обращение за помощью с реабилитацией

1. Есть ли в вашем городе государственный реабилитационный центр? **Выбрать вариант:** Да; Нет; Не знаю;
2. Обращались ли вы за помощью в прохождении реабилитации? **Выбрать вариант:** Да - переход к вопросу №4; Нет – переход к вопросу №3
3. Почему Вы не обращались за помощью в прохождении реабилитации? (написать) - **переход к вопросу №17**

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

4. Сколько раз за последние 3 года Вы обращались за помощью в прохождении реабилитации? (написать)

5. В какой центр? **Можно выбрать несколько вариантов:**

- В частный – переход к вопросу №6
- В государственный – переход к вопросу №7

6. Почему Вы обратились в частный, а не в государственный центр? (написать) - переход к вопросу №6

7. Знаете ли вы по какой программе реабилитации работает центр, в котором вы получали помощь.

Можно выбрать несколько вариантов:

- трудовая реабилитация
- религиозная реабилитация
- 12 шагов
- не знаю
- другое

8. Какие трудности вы испытываете (вали) при обращении за помощью в прохождении реабилитации от наркотической зависимости. **Можно выбрать несколько вариантов:**

- В моем городе нет государственного реабилитационного центра, а на частный, у меня нет денег;
- В государственную реабилитацию не хочу, т.к. поставят на наркологический учет, а на частную нет денег;
- Не знал (а) куда обратиться
- Не было сил
- Боялся (лась), что разгласят факт употребления наркотиков
- Не устраивали программы реабилитации, которые есть в нашем городе
- Долго ждать очередь
- Оскорбление со стороны персонала реабилитационного центра
- Приходится сдавать много анализов
- Другое

9. Оказывалась ли Вам медикаментозная помощь в связи с депрессией, угнетенным состоянием?

Выбрать вариант:

- Да
- Нет
- Не помню

10. Прошли ли Вы реабилитацию до конца

- Да – переход к вопросу №12
- Нет – переход к вопросу №11

11. Почему Вам не удалось пойти реабилитацию до конца? (написать) – переход к вопросу №12

12. Приходилось ли Вам во время прохождения реабилитации сталкиваться с насильственными действиями со стороны сотрудников и удержанием в центре против воли клиента?

- Да – переход к вопросу №13
- Нет – переход к вопросу №14

13. Опишите, как это было (написать)

14. Оцените эмпатию сотрудников реабилитационного центра:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
к вам было предвзятое отношение, безгливость, отвращение, неуважение										Вы почувствовали заботу, сопереживание, сочувствие

15. Доступность медицинской помощи в реабилитационном центре

СПб БФ «Гуманитарное действие»

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
трудности с получением медицинской помощи									медицинская помощь доступна, её можно получить быстро

16. Доступность психологической помощи в реабилитационном

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Трудности с получением психологической помощи									Доступная психологическая служба

17. Заинтересованность сотрудников реабилитационного центра в оказании вам помощи

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
пациенты никому не интересны									медицинские работники стремятся оказать помощь

18. Профессионализм сотрудников реабилитационного центра

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
низкий профессиональный уровень									высокий профессиональный уровень

19. Условия оказания помощи в реабилитационном центре:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
грязно, нет ремонта, в комнате много человек									чисто, уютно, комнаты рассчитаны на 1-3 человека

20. Эффективность реабилитационного процесса

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Реабилитация вообще не помогла									Реабилитация была эффективной, эффект от неё - долгосрочный

21. При поступлении в реабилитационный центр спрашивали ли у Вас результат теста на ВИЧ?

Выбрать вариант:	Да	Нет	Не знаю	Не помню
22. При поступлении в реабилитационный центр спрашивали ли у вас результаты флюорографии?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет
	<input type="checkbox"/>	Нет	<input type="checkbox"/>	Не знаю
	<input type="checkbox"/>	Не помню	<input type="checkbox"/>	Не знаю
16. У вас есть ВИЧ-инфекция?	<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Не знаю
	<input type="checkbox"/>	Нет		

СПб БФ «Гуманитарное действие»

Исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также
медицинской и социальной реабилитации.

17. Пожалуйста, опишите здесь всё, что Вы считаете важным, если это не было учтено в опросе

Благодарим Вас за участие в опросе!
Берегите себя!