



Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей новых психоактивных веществ (НПВ), а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Санкт-Петербург

2025-2026 гг.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Авторский коллектив:

1. Теплинская Ирина Николаевна – секретарь Форума ЛУН, рабочая группа Форума ЛУН;
2. Лапин Илья Георгиевич – координатор по работе с Форумами и социально-правового сопровождения, проект «КАСКАД», Санкт-Петербургский благотворительный фонд «Гуманитарное действие».
3. Ежова Любовь Вениаминовна – социолог, эксперт в области проведения исследований в области ВИЧ-инфекции, Санкт-Петербургский благотворительный фонд «Гуманитарное действие»;
4. Рагимов Магамед Гюндюз оглы – социолог ООО "Агентство Социальной Информации Санкт-Петербург"; Николенко Сергей Николаевич – руководитель отдела количественных исследований, ООО "Агентство Социальной Информации Санкт-Петербург".

Источники финансирования

Проект «КАСКАД».

Выражение признательности.

Команда мониторинга выражает благодарность информантам, которые нашли время ответить на наши вопросы, искренне и открыто выразили свою точку зрения. Мы надеемся, что мнение участников мониторинга существенно повлияет на расширение сервисов проекта «КАСКАД» для ключевых групп населения, а также позволит найти инструменты по увеличению охвата представителей сообщества профилактическими программами по противодействию распространения ВИЧ-инфекции.

Краткое изложение мониторинга

В соответствии с рабочим планом национального проекта «КАСКАД» Форумом ЛУН был проведён мониторинг потребностей в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих новые психоактивные вещества, с ориентацией на услуги, оказываемые в проекте. Мониторинг проводился осенью 2025 года и включал онлайн опрос представителей сообщества. Результаты позволили проанализировать потребности ЛУН, употребляющих новые психоактивные вещества, выработать рекомендации по работе низкопороговых пунктов в регионах проекта «КАСКАД» и других регионах, предлагающих различные услуги в рамках каскада тестирования–лечения ВИЧ-инфекции.

Дисклеймер. Отчет подготовлен фондом «Гуманитарное действие» в рамках реализации национального проекта «КАСКАД». Форум ЛУН осуществил пилотаж инструментария, координацию работ на полевом этапе мониторинга. Данная информация направлена на профилактику ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний. Санкт-Петербургский

СПб БФ «Гуманитарное действие»

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции
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 мониторинга. 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. Документ разрешается копировать, распространять и адаптировать для некоммерческих целей при условии соответствующей ссылки на его источник. Несанкционированное использование не разрешается. Адаптация этого документа требует разрешения СПб БФ «Гуманитарное действие».

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Список аббревиатур

АРВТ	Антиретровирусная терапия
БФ	Благотворительный фонд
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ДКП	Доконтактная профилактика ВИЧ
КГН	Ключевые группы населения
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛУН	Люди, употребляющие наркотики
ЛУИН	Люди, употребляющие наркотики инъекционно
НД	Наркологический диспансер
НПВ	Новые психоактивные вещества
ПАВ	Психоактивные вещества
ПКП	Постконтактная профилактика ВИЧ
РК	Равный консультант
Форум ЛУН	Форум людей, употребляющий наркотики
Центр СПИД/СПИД-центр	Центр по профилактике и борьбе со СПИДом
ШП	Школа пациента

Оглавление

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НПВ, А ТАКЖЕ ИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В УСЛУГАХ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	7
ПРОГРАММА МОНИТОРИНГА	7
РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА	11
1. Социально-демографические характеристики	11
1.1. География мониторинга и характеристики выборки.....	11
1.2. Пол, образование, семейное положение, условия проживания (состав домохозяйства, наличие иждивенцев, тип жилья)	12
1.3. Источники дохода, уровень дохода.	17
2. Потребление наркотиков	19
2.1. Первый опыт употребления психоактивных веществ.....	19
2.2. Инъекционное употребление ПАВ	23
2.3. Практики снижения поведенческих рисков при употреблении наркотиков инъекционно.....	27
2.4. Неинъекционное употребление ПАВ.....	28
2.5. Практики снижения поведенческих рисков при употреблении наркотиков неинъекционно .	35
3. Получение помощи в связи с потреблением НПВ	35
3.1. Виды помощи от наркозависимости.....	35
3.2. Количество и частота проведенных детоксикаций	42
3.3. Психотерапевтическая помощь	43
4. Обращение за услугами реабилитации.....	46
4.1. Соотнесение осознания реабилитации и реального опыта реабилитации	46
4.2. Виды реабилитации и её финансовая составляющая	48
4.3. Барьеры прохождения реабилитации в полном объёме	50
4.4. Эффективность реабилитации	51
5. Рискованное сексуальное поведение	53
5.1. Сексуальная история: постоянные партнеры	54
5.2. Сексуальная история: непостоянные/случайные партнеры	57
5.3. Сексуальная история: коммерческие партнеры	58
5.4. Сексуальная история: партнеры своего пола	61
5.5. Сексуальная история: хомосекс и групповой секс.....	61
5.6. Барьерная защита	62
6. Здоровье, включая тестирование и лечение	64
6.1 Оценка риска заражения ВИЧ.....	64
6.2. Тестирование на ВИЧ и другие инфекции	65
6.3. Опыт АРВ-терапии и поддержка в лечении (для подвыборки с ВИЧ+).....	69
6.4. Использование доконтактной (ДКП) и постконтактной (ПКП) профилактики	71

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции	
7. Потребности	72
7.1. Медицинская, социальная помощь и поддержка	72
7.2. Помощь специалистов и формат взаимодействия с ними	75
8. Услуги по профилактике ВИЧ-инфекции	79
8.1. Оценка услуг проекта КАСКАД	79
8.2. Мотивация обращения в ВИЧ-сервисные организации	91
ПРОВЕРКА ГИПОТЕЗ	95
КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ПОРТРЕТА И ПОТРЕБНОСТЕЙ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НПВ	105
РЕКОМЕНДАЦИИ	109
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	119
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ТАБЛИЦЫ К ОТЧЁТУ	124

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НПВ, А ТАКЖЕ ИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В УСЛУГАХ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Проектом «КАСКАД» (далее Проект), реализуемым в нескольких регионах РФ, предусмотрено проведение мероприятия «Мониторинг профилактических программ, в том числе направленных на уязвимые группы». Мониторинг «Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции» реализован Форумом ЛУН, а его результаты использованы для разработки методических рекомендаций по работе с потребителями НПВ, оптимизации услуг каскада тестирования–лечения, оказываемых низкопороговыми пунктами для данной ключевой группы.

Результаты мониторинга могут служить основой для развития дальнейшего сотрудничества между организациями, действующими на базе сообществ, и местными/федеральными государственными структурами, работающими в сфере ВИЧ-инфекции и связанными с ним вопросами здравоохранения. В частности, информация об особенностях и потребностях потребителей НПВ может быть актуальна для специалистов Роспотребнадзора, Фармакологических компаний с целью таргетирования и расширения программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди данной ключевой группы, формирования рекомендаций для бюджетирования региональных программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди КГН.

ПРОГРАММА МОНИТОРИНГА

Цель: Соотнесение особенностей и потребностей потребителей НПВ в области лечения и профилактики ВИЧ с услугами проекта «КАСКАД».

Задачи мониторинга:

1. Определение социально-демографических особенностей и поведенческих характеристик потребителей НПВ, проведение сравнительного анализа данных характеристик потребителей НПВ между двумя возрастными группами (молодёжь до 30 лет и средний возраст старше 30 лет);
2. Актуализация перечня наиболее распространенных НПВ, мотивации начала приема НПВ, в зависимости от пола и возраста;
3. Выявление потребностей потребителей НПВ в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, в зависимости от пола, возраста, потребляемых ПАВ;
4. Оценка привлекательности/полезности услуг, оказываемых в Проекте «КАСКАД», в том числе, сбор, анализ и систематизация существующих сервисов для молодых потребителей НПВ в РФ;
5. Проверка гипотез исследования, подготовка выводов, разработка рекомендаций.

Целевая группа: Потребители новых психоактивных веществ.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Критерии отбора участников мониторинга (включения): возраст от 18 до 45 лет; допускается единичное включение респондентов в возрасте старше 46 лет; потребление НПВ (мефедрон, альфа ПВП) в течение последних 6 месяцев; способность дать информированное согласие и ответить на вопросы анкеты;

Критерии отказа от участия в мониторинге (исключения): возраст моложе 18 лет; состояние наркотического опьянения, ведущее к неспособности дать информированное согласие и ответить на вопросы анкеты.

Предмет описания: «Портрет» потребителей НПВ и соотнесение услуг проекта «КАСКАД» выявленным потребностям.

Гипотезы мониторинга: Гипотезы мониторинга и их статистическая проверка изложены в соответствующем разделе настоящего отчета.

Методология мониторинга:

Количественный метод, предполагающий онлайн опрос представителей целевой группы по анкете, размещенной на сервисе «Социометр» SAWI <https://sociometer.ru/>. Опрос анонимный – анкета для сбора данных не содержит идентифицирующую информацию.

Подготовка анкеты осуществлялась социологом ОР совместно с рабочей группой Форума ЛУН. Анкета прошла пилотаж, изменения внесены в конечный вариант анкеты, размещенный в SAWI для проведения мониторинга.

Требования к объему и структуре выборки:

Планируемый объем выборки – не менее N=300. Тип выборки – невероятностная, целенаправленная, квотированная по возрасту, снежный ком.

Выборка квотирована:

- *по возрасту:* потребители НПВ в возрасте 18-30 лет – не менее 50% (150 чел.) (желательно более, поскольку интересуется наименее доступная категория молодых людей до 30 лет); 31-45 лет и старше 46 лет – 50% (150 чел.)¹;

¹ Для целей профилактики ВИЧ-инфекции наиболее сложной и важной группой в настоящее время являются молодые люди в возрасте до 30 лет, потребляющие мефедрон и альфа-ПВП неинъекционным способом, поэтому выборка сдвинута в сторону этой возрастной группы целенаправленно. Анализ литературы также показывает, что преобладающими потребителями НПВ являлись молодые люди в возрасте 18–30 лет: их доля от всех наркопотребителей варьировала от 40% до 85% (Остапенко Ю.Н., Белова М.В., Ключев А.Е., Тюрин И.А., Стрельникова Т.А. Острые отравления психоактивными веществами из группы каннабимиметиков. Клиническая картина, диагностика, лечение. Medline.ru. Российский биомедицинский журнал 2015; 16(1): 176-186). Присутствие в выборке респондентов в возрасте 31-45 лет объясняется тем, что, судя по различным публикациям в академической и «серой» литературе с 2018-2019 годов появляется новая когорта молодых потребителей НПВ неинъекционным способом, которым в настоящее время исполнилось более 31 года (см. Мейлахс П. и др. Новое поколение наркопотребителей в Санкт-Петербурге? Риски ВИЧ, ВГС и передозировок в пилотном проекте молодых потребителей тяжелых наркотиков смешанными методами, с.13

<http://nmic.bekhterev.ru/upload/documents/%D0%9C%D0%B5%D0%B9%D0%BB%D0%B0%D1%85%D1%81%20%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%86%D0%B8%D1%8F%20%D0%9C%D0%B8%D1%80%20%D0%B0%D0%B4%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%B9.pdf>. Важны выводы международных исследований, где доказано, что распространенность НПВ в Европе с 2011 по 2014 выросла до 8% (Корф Дик и др. Где и как найти пользователей НПВ: сравнение методов в международном исследовании среди трёх групп нынешних потребителей НПВ в Европе. 2021. с.14 <https://www.drugsandalcohol.ie/37250/>).

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

- *включенности в проект «КАСКАД»:* не менее 40% (120 чел.) из регионов проекта «КАСКАД» (Москва – 40 чел., Санкт-Петербург – 40 чел.; Челябинск – 40 чел.)²;
- *клиентскому статусу:* в выборке должны присутствовать как клиенты ВИЧ-сервисных НКО, так и не клиенты, при этом квоты по клиентскому статусу не оговаривались.

Процедуры сбора данных:

Рекрутинг респондентов осуществлялся методом снежного кома. Кроме того, при рекрутинге использовались внутренние чаты/группы ЛУН, ресурсы профилактических и ментальной программ.

Для сбора данных использована стандартизированная анкета, включающая восемь разделов (социально-демографические данные; потребление наркотиков; получение помощи в связи с потреблением НПВ; обращение за услугами реабилитации; рискованное сексуальное поведение; здоровье, включая тестирование и лечение; потребности; услуги в области профилактики ВИЧ). Для сбора данных, связанных со здоровьем и рискованным сексуальным поведением использована анкета для проведения до-тестового консультирования в проекте «КАСКАД» и адаптированная к данному мониторингу. Это позволит при написании методических рекомендаций по работе с потребителями НПВ сравнить данные, собранные на низкопороговых пунктах в проекте «КАСКАД» с результатами мониторинга – с учетом широкой региональной представленности данных.

Сбор данных осуществлялся методом проведения анонимного интервью «face-to-face» специально обученными социологом ОР участниками Форума ЛУН, выступающими в роли интервьюеров.

Заполнение анкет было доступно с компьютера или мобильного устройства интервьюера в режиме онлайн. Интервью проводились как очно, так и в режиме онлайн связи с информантом (респондентом).

Контроль полноты заполнения анкеты осуществлялся социологом ОР и социологом сторонней организации, владеющей ресурсом CAWI. IP-адреса не собирались. Координация работы интервьюеров осуществлялась Секретарем Форума ЛУН.

Алгоритм обработки данных:

Для обработки и последующего анализа полученных данных использован прикладной статистический пакет SPSS Statistics 27. Описание результатов мониторинга произведено с помощью дескриптивной статистики. Деагрегация данных осуществляется посредством кросс-анализа. Наличие статистической связи для категориальных или номинальных переменных было проанализировано с помощью коэффициента сопряженности, рассчитанным программным образом³. Для всех анализов использовался уровень значимости $p \leq 0,05$. В Приложении 1,

² По результатам исследований, проведенных в рамках проекта КАСКАД в 2019-2022 годах методом онлайн опроса представителей КГ, доля респондентов из Москвы составляла 22-49%, Санкт-Петербурга 32-35%, Челябинска 6-8% (с.20 <https://kaskad.haf-spb.org/issledovanie-barerov-k-vakczinaczii-protiv-covid-19-sredi-klyuchevyh-grupp-naseleniya/> с.104 <https://kaskad.haf-spb.org/issledovanie-barerov-v-dostupe-k-testirovaniyu-i-lecheniyu-vich-infekczii-dlya-klyuchevyh-grupp-naseleniya-v-treh-regionah-rossii-g-moskva-g-sankt-peterburg-g-chelyabinsk/>)

³ При его расчёте используется χ^2 , традиционно применяемый при анализе подобных переменных, однако, его интерпретация не имеет наглядной шкалы значений, что затрудняет восприятие результата для читателя; поэтому

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции прилагаемом в электронном виде, представлены результаты мониторинга с дезагрегацией данных по региону, полу, возрасту, регионам проекта КАСКАД-остальным регионам.

Ограничения мониторинга:

Отсутствует основа для формирования «репрезентативной» выборки потребителей новых психоактивных веществ в связи с закрытостью КГ. Использование невероятностной выборки может привести к систематическим смещениям и требует осторожности при трактовке выводов применительно к более широкой популяции.

География оказания услуг:

Территория присутствия Форума ЛУН (территория РФ), включая регионы Проекта.

в мониторинге применяется коэффициент сопряженности (базируется на χ^2), имеющий шкалу при $p \leq 0,05$: 0 – нет связи, 0,5 – умеренная связь, 1 – сильная связь.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА

1. Социально-демографические характеристики

В данном разделе будут описаны возраст, пол, образование, семейное положение респондентов, состав домохозяйства, наличие иждивенцев, тип жилья, источники дохода и уровень дохода.

1.1. География мониторинга и характеристики выборки

В мониторинге приняли участие 312 респондентов (N=312), из них 38,8% (121 чел.) проживают в регионах проекта «КАСКАД», а 61,2% (191 чел.) – в других регионах РФ (Таблица 1).

Значимое число респондентов в выборке представлено из таких регионов (кроме регионов «КАСКАД»), как Республика Татарстан (9,3%, см. Таблицу 1.1.), Свердловская область (8,3%), Калининградская обл. (6,4%), а также из Тюмени (8,0%, см. «другое»), Оренбургской области (6,7%).

Таблица 1.1. География мониторинга

Город/регион	Частота (чел.)	%
Москва	40	12,8
Санкт-Петербург	40	12,8
Челябинская область	41	13,1
Республика Татарстан	29	9,3
Свердловская область	26	8,3
Калининградская область	20	6,4
Омская область	13	4,2
Тверская область	3	1,0
Другое (укажите)	100	32,1
Всего:	312	100,0
Регионы проекта КАСКАД	121	38,8
Все остальные регионы	191	61,2
Всего:	312	100,0

В варианте ответа «другое» указаны:

Тюмень	25 чел.	8,0%
Оренбургская обл.	21 чел.	6,7%
Республика Коми	15 чел.	4,8%
Хабаровский край	12 чел.	3,8%
г. Орёл	11 чел.	3,5%
Приморский край	10 чел.	3,2%
Ростов-на-Дону и область	6 чел.	1,9%
Всего:	100 чел.	32%

Большинство респондентов (65,7%, 205 чел.) находится в возрасте до 30 лет, треть (33,3%, 104 чел.) в возрасте 31-45 лет, респонденты в возрасте старше 46 лет представлены в выборке

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции единично (1%, 3 чел.). Доля респондентов до 30 лет фактически одинаковая в регионах проекта «КАСКАД» и в остальных регионах (Таблица 1.2). Это обусловлено тем, что при рекрутинге учитывалось квотное задание по возрасту, поэтому возрастные различия являются в данном случае независимой переменной.

Дезагрегация данных в зависимости от городов/регионов (см. Приложение 1) показывает, что распределение по возрасту в городах, представляющих проект «КАСКАД», различается: наибольший удельный вес респондентов в возрасте до 30 лет, то есть целевой группы мониторинга, представлен в Москве (75%), наименьший – в Санкт-Петербурге (52,5%), Челябинск занимает промежуточное положение (70,7%). В Санкт-Петербурге рекрутинг респондентов осуществлялся через ментальную программу СПб БФ «Гуманитарное действие», квоты по возрасту были соблюдены, но предпочтительное, более высокое число молодых потребителей НПВ оказалось в Москве и Челябинске. Молодая аудитория также шире представлена в Республике Татарстан (72,4% – до 30 лет) и Омской области (69,2% – до 30 лет), в остальных регионах доля респондентов в возрасте до 30 лет колеблется от 60 до 65%.

Таблица 1.2. Распределение респондентов по возрасту в зависимости от региона принадлежности к проекту КАСКАД.

Возраст	КАСКАД (Москва, Санкт-Петербург, Челябинск)		Остальные регионы	
	Частота (чел.)	%	Частота (чел.)	%
18-30 лет	80	66,1	125	65,4
31-45 лет	41	33,9	63	33,0
46 и старше	0	0,0	3	1,6
Всего:	121	100,0	191	100,0

76,6% респондентов (239 чел.) знают о том, что помощь в профилактике ВИЧ можно получить не только в государственных, но и некоммерческих организациях. Как было указано в Программе исследования, наличие респондентов, информированных о том, что ВИЧ-профилактикой занимаются НКО, было необходимым условием включения в мониторинг для более адекватной оценки ВИЧ-сервисных услуг (см. раздел 8 Отчёта).

Все респонденты (100%) имеют опыт употребления НПВ неинъекционным способом.

Таким образом, квотные задания по выборке выполнены: в выборке присутствует 121 человек из Москвы, Санкт-Петербурга, Челябинска – регионов проекта «КАСКАД»; соблюдены критерии участия в мониторинге – все респонденты старше 18 лет, употребляют НПВ неинъекционно; две третьих респондентов знают о том, что помощь в профилактике ВИЧ можно получить в некоммерческом секторе; 65,7% респондентов имеют возраст до 30 лет.

1.2. Пол, образование, семейное положение, условия проживания (состав домохозяйства, наличие иждивенцев, тип жилья)

Данные мониторинга показывают социальное разнообразие потребителей НПВ (сводные данные представлены в Таблице 1.3). В целом по выборке в мониторинге приняли участие 52,6% мужчин и 47,4% женщин. В регионах проекта «КАСКАД» удельный вес мужчин выше (65,3%), чем в целом по выборке и в остальных регионах (44,5%).

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Обращает внимание высокий удельный вес женщин, употребляющих НПВ неинъекционно. Мы не нашли в открытых источниках демографических данных потребителей НПВ, однако, данные о людях, употребляющих наркотики инъекционным путём (ЛУИН)⁴ говорят о том, что в 2022 году на 1 женщину приходилось 4,6 мужчины, доля женщин составляла в 2022 году 17,7% и начала медленно расти начиная с 2009 года⁵. В данном мониторинге 20% женщин употребляет НПВ также инъекционным способом (см. Раздел 2 Отчёта). Таким образом, выявлена тенденция возрастания доли женщин, употребляющих НПВ смешанным способом (инъекционно и неинъекционно). Такая ситуация (см. Приложение 1) характерна для Москвы, Санкт-Петербурга, Калининградской области, Омской области, Республики Татарстан. В «Докладе о наркопотреблении в РФ в 2024 году» говорится о том, что среди синтетических наркотиков отдельно выделяется мефедрон. Наиболее частое упоминание о его потреблении отмечено в Южном, Приволжском и Уральском федеральных округах. Так, данный вид вещества является наиболее предпочтительным среди наркопотребителей Сахалинской – 59%, Курганской – 38,7%, Волгоградской – 28,6%, Тюменской – 26,4%, Ульяновской и Пензенской – по 25% областей, Еврейской автономной области – 25%, Ставропольском – 23,5% и Краснодарском – 20,5% краях⁶. Как увидим далее в Отчете, регулярность употребления НПВ неинъекционным способом также схожа у мужчин и женщин: нерегулярно употребляют 42,7% мужчин и 41,9% женщин, регулярно – 39% мужчин и 42,6% женщин, ранее употребляли и бросили – 17,7% мужчин и 13,5% женщин. Таким образом, можно говорить о *тенденции*, выявленной в мониторинге: *отмечается высокая «привлекательность» НПВ для женщин и их втягивание в наркопотребление практически наравне с мужчинами*. Это может иметь тяжелые социальные последствия в виде потери личных, социальных, семейных связей, разрушению здоровья. С учётом того, что по данным мониторинга каждая десятая женщина проживает с детьми/ребенком (см. ниже), а среднее количество детей, о которых заботятся, больше у женщин (1,6) в сравнении с мужчинами (1,4) можно говорить о зоне риска, в которой может оказаться женщина – потребитель НПВ в области опеки над детьми.

По уровню образования модальным значением для выборки и регионов (КАСКАД – остальные регионы) является средне-специальное образование (36,4%-36,5%, см. Таблицу 1.3), а доля респондентов с высшим и незаконченным высшим образованием выше в регионах проекта «КАСКАД» (соответственно 19,0% и 19,8%) и других крупных мегаполисов (Приложение 1) в сравнении с данными по выборке (соответственно 12,8% и 17,6%) и остальными регионами (соответственно 8,9% и 16,2%) (см. Таблицу 1.3). Характерно также то, что в остальных регионах, не охваченных проектом, выше удельный вес респондентов с неполным средним (15,2%) и средним (23%) образованием. Таким образом, каждый третий респондент в целом по выборке (33%) имеет базовое среднее и ниже среднего образование, остальные две третьих респондентов – имели возможность получить специальное или высшее/незаконченное высшее образование. Это говорит о том, то *потребители НПВ не являются маргинальной группой и на старте жизненной перспективы включены в традиционные стратегии получения образования и*

⁴ В выборке настоящего мониторинга 41,4% респондентов употребляли или употребляют наркотики инъекционно, дополнительно к неинъекционному способу употребления.

⁵ Распространённость ВИЧ-инфекции и рискованного поведения в двух регионах РФ. Биоповеденческое исследование. С. 47 <https://kaskad.haf-spb.org/rasprostranennost-vich-infekczii-i-riskovannogo-povedeniya-sredi-klyuchevyh-grupp-naseleniya-lrsp-luin-ksr-v-dvuh-regionah-rossijskoj-federaczii/>

⁶ Ситуация с наркопотреблением в РФ в 2024 г. Доклад Антинаркотического комитета. с.12

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции *профессии*. Данные мониторинга в данном случае не расходятся с другими исследованиями, проведенными среди потребителей неинъекционных наркотиков⁷.

Большинство респондентов холосты/не замужем – как в целом по выборке (59,6%, см. Таблицу 1.3), так и в регионах проекта «КАСКАД» и остальных регионах (соответственно 57,9% 60,7%). Доля состоящих в разводе (19,9%) незначительно выше, чем женатых/замужних (17,6%) как в целом по выборке, так и в зависимости от принадлежности к регионам-не регионам проекта «КАСКАД». Доля вдовых составляет 2,6% в целом по выборке. В зависимости от возраста (Приложение 1) наблюдаются очевидные различия: в возрастной группе до 30 лет выше удельный вес холостых/незамужних (69,3%) в сравнении с респондентами в возрасте 31-45 лет (41,3%), тогда как среди респондентов 31-45 лет выше удельный вес разведенных (37,5%) в сравнении с молодыми респондентами до 30 лет (10,7%). Доля женатых/замужних в обеих возрастных группах примерно одинаковая (18% и 17,3%). *В результате мониторинга выявлен неустойчивый семейный статус потребителей НПВ – порядка 60% респондентов по критерию формального семейного статуса не имеют семьи, что может вести к ослаблению поддержки, снижению уровня социальной ответственности.*

Состав домохозяйств – с кем проживают респонденты – предопределен преимущественно семейным статусом⁸, в незначительной степени возрастом⁹: в целом по выборке по четверти респондентов проживают одни (26,6%, см. Таблицу 1.3), либо с родителями (25,6%). На втором ранговом месте – проживание вместе с гражданским мужем/женой (18,6%), на третьем – с семьей (муж/жена, ребенок/другие родственники – 12,5%). Порядка 5% респондентов проживают вместе с друзьями (5,4%) или с ребенком/детьми (5,1%). Кросс-анализ показывает, что мужчины почти в два раза чаще женщин проживают одни (соответственно 34,1% и 18,2%) и с друзьями (соответственно 7,3% и 3,4%), а женщины чаще мужчин проживают с ребенком/детьми (соответственно 10,1% и 0,6%; то есть забота о ребенке лежит на женских плечах) и с родителями (соответственно 29,1% и 22,6%); по остальным переменным статистически значимых отличий между мужчинами и женщинами не выявлено. Соответственно, корреляционный анализ показывает, что между составом домохозяйства и полом статистически значимые отличия не выражены (коэффициент сопряженности равен 0,286 при $p \leq 0,1$).

В зависимости от регионов (Приложение 1) прослеживается тенденция увеличения доли одиноко проживающих респондентов в регионах проекта «КАСКАД»/крупных мегаполисах до 33%, увеличение доли проживающих с семьей (21,5%), падение доли проживающих с ребенком (0,8%). Результаты мониторинга показывают, что и количество детей, о которых респонденты заботятся, в крупных мегаполисах/регионах проекта «КАСКАД» меньше, чем в других регионах

⁷ Так, в исследовании 2019 года Мейлахс П. и др. «Новое поколение наркоманов в Санкт-Петербурге, Россия? ВИЧ, гепатит С и риски передозировки в пилотном исследовании с использованием смешанных методов среди молодых потребителей тяжёлых наркотиков» доля студентов составила 70%.

⁸ Коэффициент сопряженности, который рассчитывается для категориальных признаков, между составом домохозяйства и семейным статусом равен 0,583** при $p \leq 0,01$, высокий уровень статистической значимости. Кросс-анализ показывает, что холостые/незамужние чаще проживают одни (28,5%), с родителями (34,9%), а женатые/замужние – с семьей (56,4%).

⁹ Кросс-анализ показывает, что с родителями чаще проживают респонденты до 30 лет (29,3%) в сравнении с респондентами старше 30 лет (19,2%); с гражданским мужем/женой проживают чаще респонденты в возрасте старше 30 лет (25%) в сравнении с респондентами до 30 лет (15,6%); с ребенком чаще проживают респонденты в возрасте до 30 лет (6,3%) в сравнении с респондентами старше 30 лет (2,9%); по остальным переменным существенной разницы не обнаружено; соответственно, корреляционный анализ не выявляет значимой статистической связи между возрастом и составом домохозяйства - коэффициент сопряженности равен 0,235 при $p \leq 0,1$.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции РФ, не включенных в проект: соответственно 1,4 и 1,6 ребёнка (в целом по выборке – 1,5 ребёнка). Не имеют детей 62,8% в целом по выборке (66,1% в регионах проекта «КАСКАД» и 60,7% в остальных регионах).

Фиксируется неустойчивый статус по такой базовой потребности, как наличие собственного жилья: только 25,3% респондентов в целом по выборке проживают в собственной квартире/доме (в регионах проекта «КАСКАД» больше – 29,8%, остальных регионах – 22,5%). В съемной квартире или комнате проживают 33,3% респондентов в целом по выборке (в регионах проекта «КАСКАД» больше – 40,5%, остальных регионах – 28,8%)¹⁰; в квартире/доме друзей проживают 5,8% в целом по выборке (в регионах проекта «КАСКАД» – 3,3%, остальных регионах – 7,3%); в общежитии – 2,6% в целом по выборке (в регионах проекта «КАСКАД» – 1,7%, остальных регионах больше – 3,1%); не имеют постоянного места жительства в целом по выборке – 1,0% (в регионах проекта «КАСКАД» больше – 0%, остальных регионах – 1,6%). Таким образом, 42,7% респондентов в целом по выборке (в регионах проекта «КАСКАД» – 45,5%, остальных регионах – 40,8%) имеют жизненную неопределённость, связанную с жильем, и фактически временно проживают на чужой территории, что может вносить напряжение в повседневную жизнь. Отметим также, что около трети респондентов (31,7% по выборке, 24,8% в регионах проекта «КАСКАД» и 36,1% в остальных регионах) проживают с родителями. Кросс-анализ и корреляционный анализ показывают, что между типом жилья и возрастом не существует значимой статистической связи¹¹.

Таблица 1.3. Сводные данные по полу, возрасту, семейному положению, условиям проживания в зависимости от регионов проекта КАСКАД и других регионов.

Характеристики	В целом по выборке		КАСКАД		Остальные регионы РФ	
	Частота (чел).	%	Частота (чел).	%	Частота (чел).	%
Пол:						
Мужчина	164	52,6	79	65,3	85	44,5
Женщина	148	47,4	42	34,7	106	55,5
Всего:	312	100,0	121	100,0	191	100,0
Образование:						
Неполное среднее	41	13,1	12	9,9	29	15,2
Среднее	62	19,9	18	14,9	44	23,0
<i>Среднее специальное</i>	<i>114</i>	<i>36,5</i>	<i>44</i>	<i>36,4</i>	<i>70</i>	<i>36,6</i>
Неполное высшее	40	12,8	23	19,0	17	8,9
Высшее	55	17,6	24	19,8	31	16,2
Всего:	312	100,0	121	100,0	191	100,0

¹⁰ В количественном исследовании, проведенном в 6 Европейских странах, также зафиксирован высокий удельный вес съемного жилья среди двух групп потребителей НПВ: посетителей ночных клубов – 47,1% (N=647), пользователи онлайн-сообществ – 39,6% (N=2110). см. Корф Дик и др. Где и как найти пользователей НПВ: сравнение методов в международном исследовании среди трёх групп нынешних потребителей НПВ в Европе. 2021. с.12 <https://www.drugsandalcohol.ie/37250/>

¹¹ Коэффициент сопряженности равен 0,236 при $p \leq 0,1$; низкий уровень статистической значимости; респонденты в возрасте старше 30 лет чаще респондентов в возрасте 30 лет проживают в собственной квартире (соответственно 36,5% и 19,0%), а до 30 лет – с родителями/родственниками (36,1% и 24%); в остальных случаях значимых статистических различий не выявлено.

СПб БФ «Гуманитарное действие»

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Семейное положение:						
Холост/ не замужем	186	59,6	70	57,9	116	60,7
Женат/замужем	55	17,6	24	19,8	31	16,2
В разводе	62	19,9	26	21,5	36	18,8
Вдовец/вдова	8	2,6	1	0,8	7	3,7
Отказ отвечать	1	0,3	0	0,0	1	0,5
Всего:	312	100,0	121	100,0	191	100,0
С кем проживают (состав домохозяйства):						
Один/а	83	26,6	40	33,1	43	22,5
С родителями	80	25,6	28	23,1	52	27,2
С гражданским мужем/женой	58	18,6	16	13,2	42	22,0
С семьей (муж/жена, ребенок/другие родственники)	39	12,5	26	21,5	13	6,8
С ребенком/детьми	16	5,1	1	0,8	15	7,9
С друзьями	17	5,4	5	4,1	12	6,3
С соседями по квартире/комнате	6	1,9	3	2,5	3	1,6
С кем-то ещё/другое	11	3,5	2	1,7	9	4,7
Отказ отвечать	2	0,6	0	0,0	2	1,0
Всего:	312	100,0	121	100,0	191	100,0
Количество детей (включая усыновленных или о которых заботятся):						
0	196	62,8	80	66,1	116	60,7
1	70	22,4	24	19,8	46	24,1
2	37	11,9	16	13,2	21	11,0
3	6	1,9	1	0,8	5	2,6
4	2	0,6	0	0,0	2	1,0
6	1	0,3	0	0,0	1	0,5
Всего:	312	100,0	121	100,0	191	100,0
Среднее:	1,5		1,4		1,6	
Тип жилья:						
Съёмная квартира или комната	104	33,3	49	40,5	55	28,8
У родителей/родственников	99	31,7	30	24,8	69	36,1
Собственная квартира/дом	79	25,3	36	29,8	43	22,5
В квартире/доме друзей	18	5,8	4	3,3	14	7,3
В общежитии	8	2,6	2	1,7	6	3,1
Нет постоянного места жительства, бездомный	3	1,0	0	0,0	3	1,6
Отказ отвечать	1	0,3	0	0,0	1	0,5
Всего:	312	100,0	121	100,0	191	100,0

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

1.3 Источники дохода, уровень дохода.

Важной составляющей образа жизни является характеристика источника дохода. Отсутствие постоянного дохода может указывать на тяжёлое материальное положение, граничащее с бедностью. Вопрос об источниках дохода в исследовании являлся множественным, и респонденты могли выбрать несколько вариантов ответов. Результаты представлены в таблице 1.4 в ранжированном виде.

На временную работу/подработки в качестве основного источника дохода указали 45,5% респондентов в целом по выборке (в регионах проекта КАСКАД – 52,1%, в остальных регионах – 41,4%) и этот источник дохода стоит на первом ранговом месте. Дезагрегация данных в зависимости от регионов (Приложение 1) показывает, что временная работа/подработки преобладают среди респондентов Санкт-Петербурга (60%), Челябинска (65,9%), Калининградской области (60,0%), Республики Татарстан (41,4%), Свердловской области (42,3%).

Постоянная работа стоит на втором ранговом месте (данные по выборке – 30,8% респондентов, регионы проекта КАСКАД – 45,5%, остальные регионы – 21,5%), занимая первое ранговое место только в Москве (60%).

Доля респондентов, выбравших и постоянную, и временную работу составляет 14,6%, то есть совмещать постоянное место работы с подработкой удастся каждому седьмому респонденту.

На третьем месте указан такой источник дохода, как помощь родителей, друзей – как в целом по выборке (16,3%), так и в зависимости от региона реализации проекта (КАСКАД – 17,4%, остальные регионы – 15,7%).

Четвертое место оказалось у стипендий, социальных пособий, пенсий: данные по выборке – 7,7% респондентов; регионы проекта КАСКАД – 9,1%, остальные регионы – 6,8%. Среди выбравших этот вариант ответа преобладают молодые люди до 30 лет, продолжающие получать образование (неполное высшее – 25%, незаконченное среднее – 20,8%), чаще женщины (62,5), треть в возрасте после 30 лет, две третьих – до 30 лет.

Пятое ранговое место у источников дохода, близкое по значению к стипендиям, пособиям и пенсиям, у секс-работы: в целом по выборке на этот вид деятельности указали – 7,4% респондентов (все женщины), в остальных регионах удельный вес выше – 11,5%, в регионах проекта КАСКАД ниже – 0,8%. Секс-работа в качестве источника дохода указана респондентами из Калининградской области (15%), Омской области (7,7%), других регионов (18%); не указана респондентами из Санкт-Петербурга, Челябинска, Татарстана, Свердловской и Тверской области (Приложение 1).

Частный бизнес (работа на себя) встречается в единичных случаях (3,8% в целом по выборке) и более характерен для регионов проекта КАСКАД (6,6%).

8% респондентов в целом по выборке отметили вариант ответа «у меня нет источника дохода» (в регионах проекта КАСКАД таких – 5% респондентов, в остальных регионах – 9,9%); доля респондентов без источников дохода выше в Татарстане (17,2%), Свердловской области (19,2%) (Приложение 1). Кросс-анализ показывает, что эта трудная жизненная ситуация характерна больше для женщин (среди выбравших этот вариант ответа 78% женщин и 28% мужчин), не состоящих в браке (92%).

Таким образом, только треть респондентов в целом по выборке имеет постоянный источник дохода или ведет собственный бизнес; у остальных источники дохода не позволяют

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции планировать расходы, а 8% респондентов вовсе не имеют источника дохода, что может косвенно указывать на трудную жизненную ситуацию преимущественно у женщин, не состоящих в браке.

Таблица 1.4. Источники личного дохода

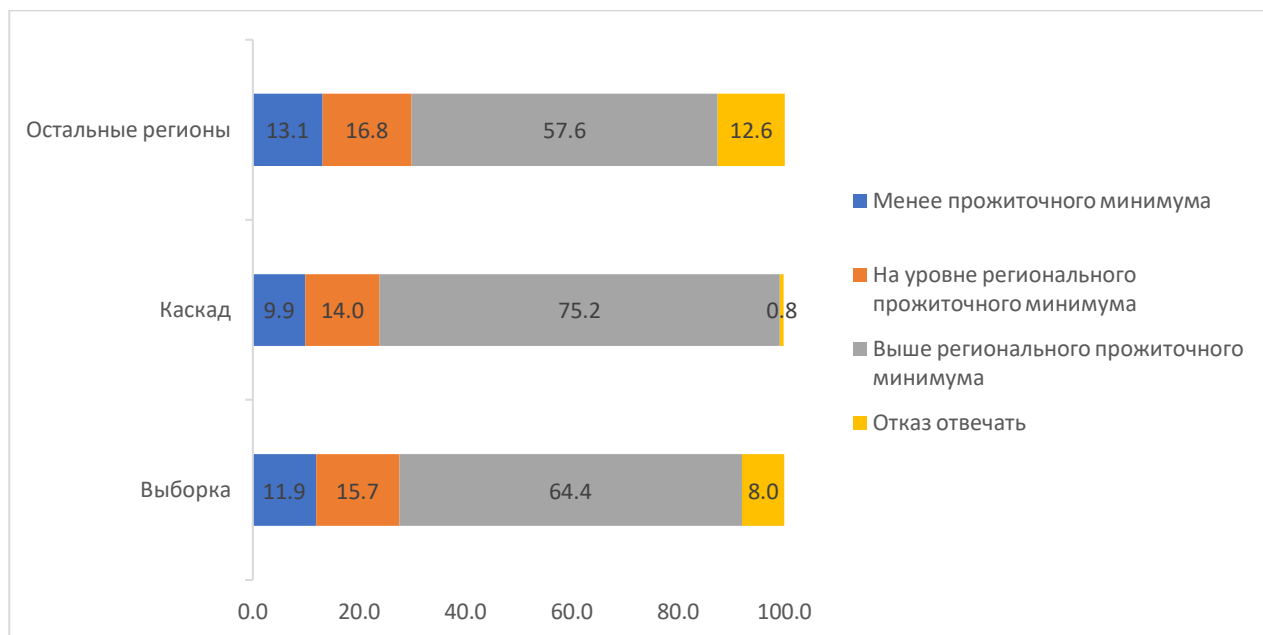
Характеристики	В целом по выборке		КАСКАД		Остальные регионы РФ	
	Частота (чел).	%	Частота (чел).	%	Частота (чел).	%
Временная работа, подработки	142	45,5	63	52,1	79	41,4
Постоянная работа	96	30,8	55	45,5	41	21,5
Родители и/или друзья поддерживают деньгами	51	16,3	21	17,4	30	15,7
У меня нет источника дохода	25	8,0	6	5,0	19	9,9
Стипендия, социальные пособия, пенсия	24	7,7	11	9,1	13	6,8
Секс-работа	23	7,4	1	0,8	22	11,5
Частный бизнес (работаю на себя)	12	3,8	8	6,6	4	2,1
Другое	8	2,6	1	0,8	7	3,7
Отказ отвечать	4	1,3	0	0,0	4	2,1

Личный ежемесячный доход у большинства респондентов находится выше регионального прожиточного минимума – это от 14 000 до 24 000 руб. в зависимости от региона (64,4% респондентов в целом по выборке; регионы проекта КАСКАД – 75,2%, остальные регионы – 57,6%) (рис.1.1; Приложение 1). На личный доход выше регионального прожиточного минимума чаще указывали респонденты из Москвы (82%), Санкт-Петербурга (92,5%), Республики Татарстан (72,4%); реже – в Челябинской области (52,2%), Калининградской (55%) и Омской области (38,5%), Свердловской области (30,8%).

Менее прожиточного минимума личного дохода имеют 11,9% респондентов по выборке в целом, их число больше в остальных регионах (13,1%) в сравнении с регионами проекта КАСКАД (9,9%). Кросс и корреляционный анализ (все коэффициенты сопряженности ниже 0,15 при $p \leq 0,1$) не выявил значимых статистических различий между уровнем дохода и полом, возрастом. Так, с разницей на 3-5%: мужчины чуть более обеспеченнее женщин; респонденты в возрасте после 30 лет чаще выбирали ответ «выше регионального прожиточного минимума». Статистически значимые различия (коэффициент сопряженности равен 0,365** при $p \leq 0,01$) выявлены между уровнем образования и доходом: более образованные респонденты (высшее, неполное высшее, средне-специальное образование) в полтора-два раза чаще респондентов со средним и неполным образованием выбирали ответ «выше регионального прожиточного минимума».

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Рис. 1.1. Уровень дохода респондентов в зависимости от принадлежности к проекту КАСКАД



2. Потребление наркотиков

В разделе будут описаны результаты мониторинга по опыту употребления ПАВ: способам употребления (инъекционно – неинъекционно), стажу и возрасту начала приёма ПАВ, частоте приёма конкретных ПАВ, в том числе новых психоактивных веществ; особое внимание уделяется способам снижения поведенческих рисков при приёме запрещенных веществ. Кросс-анализ представит данные и проанализирует отличия в зависимости от пола, возраста, региона, знания о возможности получения профилактической помощи в НКО (В.82) и другим переменным.

По результатам социологических исследований¹², проведенных в РФ в 2024 году, число респондентов, имеющих опыт хотя бы однократного потребления наркотиков в течение жизни, составило 4,4% (2023 г. – 5,2%) и оценивается в 6,4 млн человек (2023 г. – 7,6 млн чел.). Число респондентов, потребляющих наркотики как регулярно, так и эпизодически, составило 0,8% или 1,2 млн человек (2023 г. – 0,9% или 1,3 млн чел.). В цитируемом исследовании не приведены результаты по типам употребляемых запрещенных веществ, поэтому данный раздел Отчета особенно интересен для изучения.

2.1. Первый опыт употребления психоактивных веществ

Первым наркотиком, который приняли респонденты, был чаще всего каннабис (34%, в таблице 2.1. синонимы выделены жёлтым цветом, суммарный процент составляет 34), далее по рангу следуют мефедрон (18,3%). Спайсы и амфетамин отметили 8-9% респондентов. С альфа-ПВП начинали 4,8% респондентов (см. Таблицу 2.1.)

¹² Доклад «О наркоситуации в РФ за 2024 год». Государственный антинаркотический комитет, с.10-11

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Таблица 2.1. Перечень впервые употребленных ПАВ (в транскрипции респондентов)

Наименование ПАВ в транскрипции респондентов	Чел.	Процент
JWH	1	0,3%
Альфа-ПВП	15	4,8%
Амфетамин	27	8,7%
Анаша	7	2,2%
Винт	1	0,3%
Гашиш	15	4,8%
Героин	17	5,4%
Каннабис	16	5,1%
Кислота (лсд)	1	0,3%
Кокаин	4	1,3%
Конопля	10	3,2%
Крек	3	1,0%
Лирика	3	1,0%
Мак	1	0,3%
Манага	1	0,3%
Мариухана	51	16,3%
мдм	1	0,3%
мдм	1	0,3%
Метадон	1	0,3%
Мефедрон	57	18,3%
Опиум	1	0,3%
План	2	0,6%
Псилоцибиновые грибы	1	0,3%
Скорость	2	0,6%
Соль	13	4,2%
Спайс	27	8,7%
Травка	6	1,9%
Экстази	1	0,3%

93% респондентов принимали первый наркотик неинъекционно, а 7% – инъекционно. В зависимости от региона проекта и остальными регионами не выявлено существенной разницы: неинъекционно принимали соответственно 94% и 92%.

Отмечается разница на 13 процентных пунктов между приемом ПАВ неинъекционным способом в зависимости от возраста: респонденты среднего возраста 31-45 лет чаще начинали с инъекционного способа (15%), а неинъекционно принимали 85% в сравнении с 98% респондентов в возрасте 18-30 лет.

Мотивы приёма наркотиков (см. Таблицу 2.2.), в первую очередь, связаны с:

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

- *неформальными отношениями и принятием норм общения в референтном круге*, когда в кругу друзей/сверстников респонденты сделали то же, что и остальные (76,9%);
- *гедонистическими мотивами*, то есть желанием получить «кайф» (60,6%).

На втором ранговом месте (разрыв с первой ранговой группой составляет 43-60 процентных пунктов) оказались *факторы стоимости/цены и желание снять психо-физиологическое напряжение*:

- Хотелось забыть о проблемах – 17,3%
- Доступный по цене наркотики, к которому не привыкают – 17,3%
- Хотелось побороть стресс, снять напряжение, депрессию – 15,1%

На третьем месте *химсекс и желание уйти от конфликтов в семье*:

- Химсекс (хотелось снять барьеры (физиологические, культурные, социальные) во время секса) – 11,5%
- Желание уйти от конфликтов в семье – 11,5%.

В зависимости от принадлежности респондентов к регионам проекта КАСКАД или остальным регионам, возрасту существенных различий в ТОП-4 мотивов не установлено. В зависимости от пола доминирующая двойка мотивов остаётся, но у мужчин на втором месте – более доступная цена, а у женщин – желание побороть стресс, снять напряжение, депрессию (см. Приложение 1).

Таблица 2.2. Мотивы первого приёма ПАВ (выбор ограничен, не более 3 вариантов ответов)

Мотивы	Процент
За компанию, в кругу друзей/сверстников	76,9
Хотелось получить «кайф»	60,6
Хотелось забыть о проблемах	17,3
Это был доступный по цене наркотик, к которому не привыкают	17,3
Хотелось побороть стресс, снять напряжение, депрессию	15,1
Хотелось снять барьеры (физиологические, культурные, социальные) во время секса	11,5
Хотелось уйти от конфликтов в семье	11,2
Хотелось повысить работоспособность	5,1
В семье употребляют наркотики	4,8
Хотелось уйти от конфликтов по месту учебы, работы	3,5
Традиционные нелегальные наркотики стали мало доступными	0,3

В сравнении с другим количественным исследованием, проведенным в РФ в 2024 году¹³, в мониторинге применялась другая шкала, включающая неформальные нормы, гедонистические мотивы, желание уйти от проблем и конфликтов, химсекс, семейную традицию. Проверялась гипотеза на повышение трудоспособности, которая исходит от мнения о «незаметности» приёма НПВ среди «белых воротничков» с целью повышения работоспособности в условиях

¹³ Доклад «О наркоситуации в РФ за 2024 год» с.11 https://xn----7sbabhak4bqktigbdqi0yka.xn--p1ai/index.php?option=com_content&view=article&id=2185:-----2024-&catid=102:--2025-&Itemid=146

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции интенсивной работы (гипотеза не получила подтверждения, набрав только 4,8%, 16 чел.). Также поверялась гипотеза о малой доступности традиционных наркотиков и их замене НПВ, описанная в зарубежной литературе; гипотеза набрала только 0,3% (1 чел.).

Приведём результаты других исследований, кратко. По данным социологических исследований, проведенных по заказу Антинаркотического Комитета в 2024 году¹⁴, основными причинами распространения наркомании за последний год названы: моральная деградация общества, вседозволенность (18,9%), недостаток возможностей интересно проводить свободное время (18,6%), неудовлетворенность жизнью, социальное неблагополучие (17,1%), влияние наркобизнеса, доступность наркотиков (15,3%), а также излишняя свобода, отсутствие организованного досуга (12,1%).

В комплексном исследовании (включало кабинетное исследование и 124 полуструктурированных интервью среди потребителей НПВ), проведенном в 6 странах¹⁵, к распространенным факторам выбора НПВ относились стоимость и доступность. Низкая цена НПВ оказалась одним из наиболее распространенных факторов популярности новых психоактивных веществ (Беларусь, Молдова, Грузия, Казахстан, Кыргызстан), особенно среди молодёжи, неспособной позволить себе более традиционные наркотики. Вопрос о стоимости был связан с силой воздействия. Из одного грамма НПВ можно получить больше доз, чем из одного грамма более традиционных нелегальных наркотиков. Наряду с ценообразованием, недоступность традиционных нелегальных наркотиков (опия и героина) была другой наиболее часто упоминаемой причиной употребления НПВ (во всех странах, кроме Сербии). Это особенно актуально для респондентов с опытом употребления наркотиков (обычно инъекционным), которые заменяли свои любимые наркотики новыми психоактивными веществами из-за высокой стоимости или общей недоступности на рынке.

В сравнении с другими исследованиями в настоящем мониторинге совпал один мотив – доступный по цене наркотик (17,3%). Сказалось то, что в мониторинге и приведенных исследованиях был иной предмет оценки: в мониторинге – мотив первого приёма наркотика, а не оценка распространения наркомании в целом (количественное по РФ) или мотивы выбора НПВ среди потребителей, а не новичков (качественное исследование в 6 странах). Однако, ценовая доступность НПВ, отмечаемая в разных исследованиях как триггер распространения НПВ, подтверждена и в мониторинге. В рамках деятельности проекта КАСКАД эту проблему решить нельзя, однако, в аутрич-работе следует иметь в виду, что *количество клиентов в потенциальном поле будет только увеличиваться.*

Вывод подтверждается и официальными данными о том, что количество наркопреступлений в РФ растет. Так, в 2024 году количество зарегистрированных правоохранительными органами наркопреступлений увеличилось на 3,7% (198 043; 2023 г. – 190 988), их удельный вес составил 10,4% в структуре преступности России (2023 г. – 9,8%). Сокращение количества зарегистрированных наркопреступлений отмечено в 28 регионах страны. Основную часть (68,2%) наркопреступности составляют преступления, связанные со сбытом наркотиков, их количество возросло на 7% (с 126 159 до 134 998). Одновременно увеличилось на 43,5% (с 2 700 до 3 875) число зарегистрированных преступлений, связанных с незаконным оборотом сильнодействующих веществ, на 37,5% (с 275 до 378) – с контрабандой запрещенных веществ,

¹⁴ Там же

¹⁵ Элиза Курчевич и Рик Лайнс. НПВ в Евразии. 2020. с.6 <https://nps-info.org/resysy/nps-eurasia/>

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции на 11,1% (с 850 до 944) – с производством наркотиков и на 4,9% (с 448 до 470) – с незаконным оборотом прекурсоров¹⁶.

2.2. Инъекционное употребление ПАВ

В целом по выборке 51,3% не употребляет наркотики инъекционным способом (см. Таблицу 2.3.). У 26% респондентов есть опыт инъекционного употребления, но в течение последних 6 месяцев не употребляют инъекционно.

22,4% респондентов имеют опыт употребления наркотиков инъекционно:

- 14,7% нерегулярно употребляют в настоящее время;
- 7,7% - регулярно употребляют в настоящее время.

Таким образом, четверть респондентов когда-то употребляли наркотики инъекционно и еще примерно четверть (22%) употребляют в настоящее время. Данные согласуются с результатами других исследований, где говорится о смешанном виде потребления среди части потребителей НПВ (инъекционном и неинъекционном; напомним, что критерием включения респондента в выборку был опыт неинъекционного потребления).

Таблица 2.3. Употребление запрещенных веществ инъекционным способом, в целом по выборке

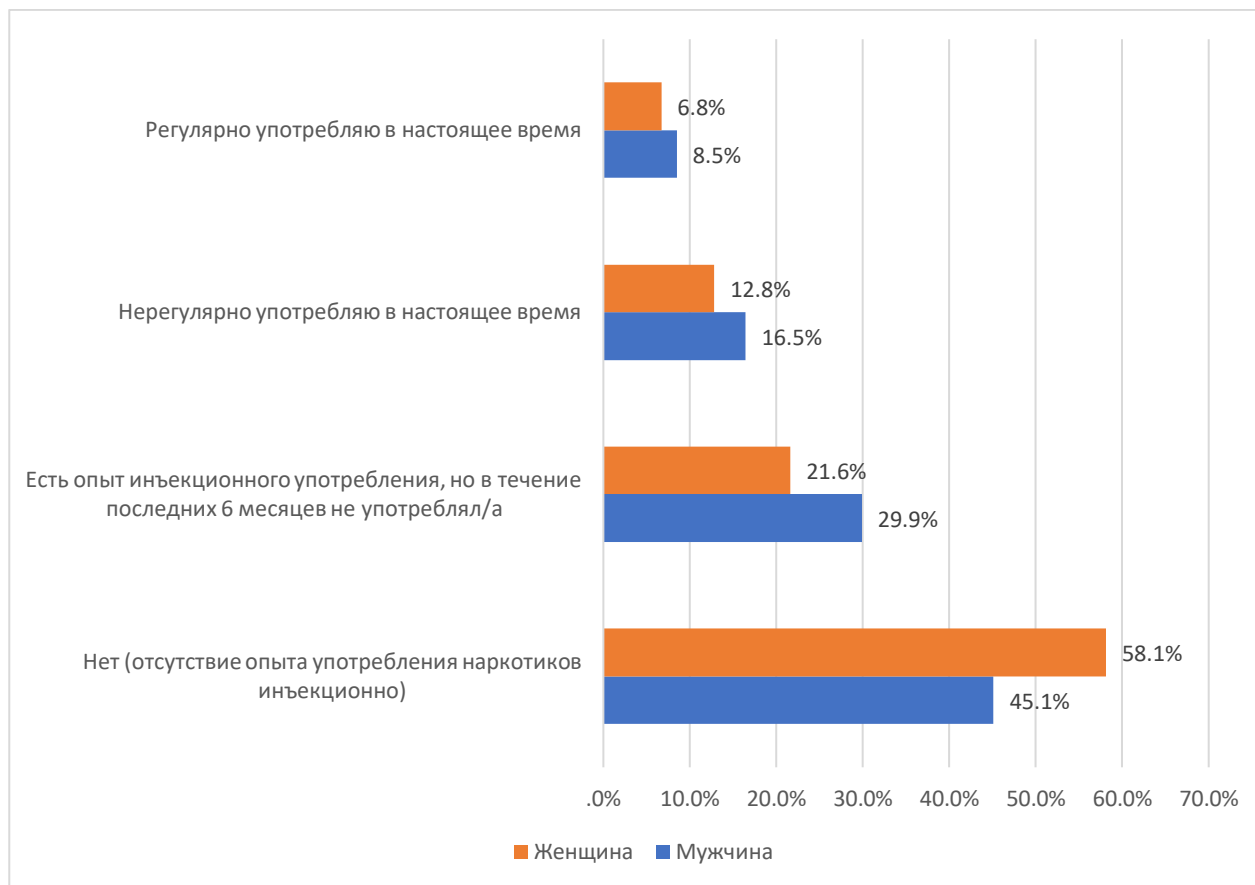
Наличие опыта употребления инъекционно	Чел.	Процент
Нет (отсутствие опыта употребления наркотиков инъекционно)	160	51,3
Есть опыт инъекционного употребления, но в течение последних 6 месяцев не употреблял/а	81	26,0
Нерегулярно употребляю в настоящее время	46	14,7
Регулярно употребляю в настоящее время	24	7,7
Отказ от ответа	1	0,3
Всего:	312	100,0

В зависимости от пола респондентов у 45,1% (74) мужчин и 58,1% (86) женщин (см. рис.2.1.) нет опыта употребления ПАВ инъекционным способом, то есть *мужчины чаще женщин практикуют смешанное употребление*. Регулярно употребляют инъекционным способом в настоящее время 8,5% мужчин, 6,8% женщин; нерегулярно – соответственно 16,5% и 12,8%, то есть *в настоящее время употребляют НПВ инъекционно 25% мужчин и 20% женщин*. Употребляли более 6 месяцев назад – 29,9% мужчин и 21,6% женщин.

¹⁶ Доклад «О наркоситуации в РФ за 2024 год» с.4,5 https://xn----7sbabhak4bqktigbdqi0yka.xn--p1ai/index.php?option=com_content&view=article&id=2185:-----2024-&catid=102:--2025-&Itemid=146

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Рис. 2.1. Опыт употребления наркотиков инъекционным способом в зависимости от пола

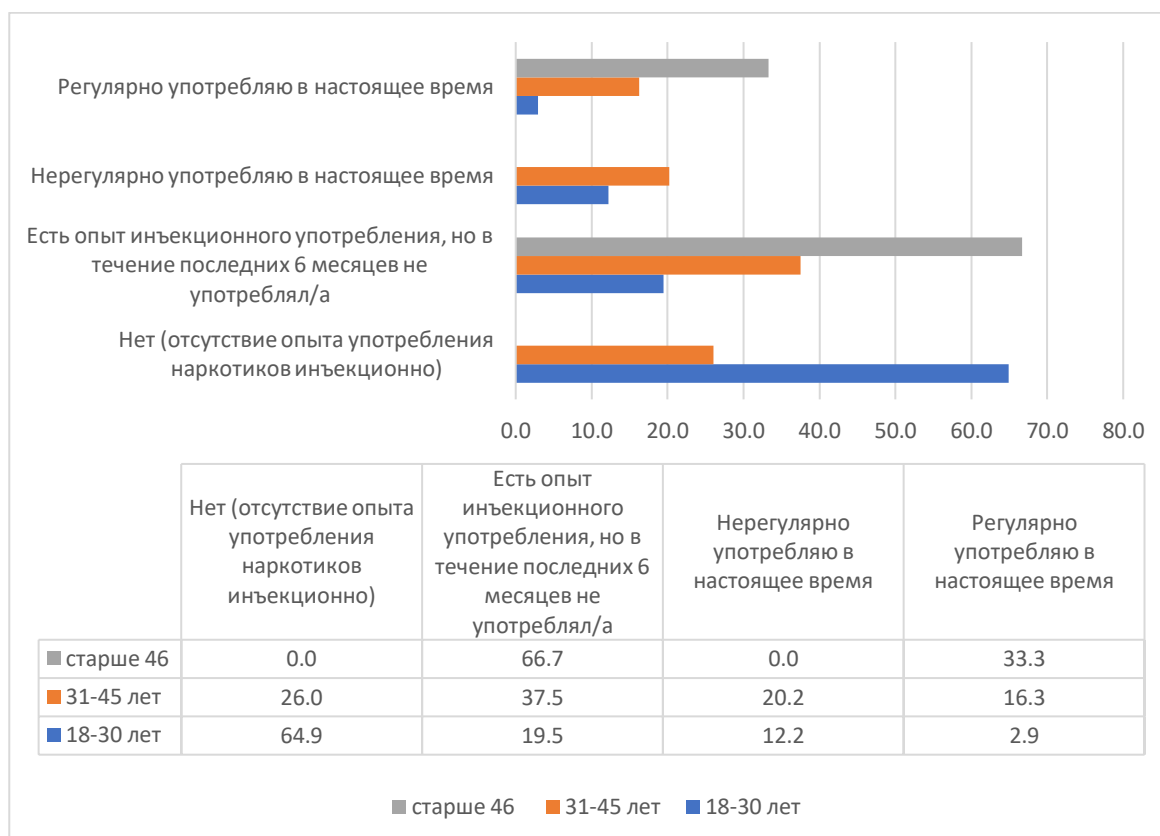


В зависимости от принадлежности респондента к региону проекта КАСКАД – остальным регионам значимых различий в сравнении с данными по выборке в целом не обнаружено (см. Приложение 1).

В зависимости от возраста прослеживается тенденция роста увеличения случаев употребления ПАВ инъекционным способом по мере взросления респондентов (см. Рис.2.2.). Так, если среди респондентов в возрасте 18-30 лет доля не употребляющих ПАВ инъекционным способом составляет 64,9%, то в возрастной группе 31-45 лет таких людей оказывается в 2,5 раза меньше – 26%, также увеличивается доля регулярно употребляющих в настоящее время – 16,3% против 2,9% в молодежной группе. Это говорит о том, что *с возрастом к неинъекционному потреблению присоединяется инъекционное*. Мефедрон и альфа-ПВП употребляют 15,6% (32) респондентов в возрасте 18-30 лет и 36,5% (38) в группе 31-45 лет. Таким образом, *с возрастом каждый пятый респондент добавляет инъекционное потребление НПВ к неинъекционному*.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Рис. 2.2. Опыт употребления наркотиков инъекционным способом в зависимости от возраста



79% респондентов, употребляющих наркотики инъекционно в настоящее время или употреблявшие более 6 месяцев назад, назвали стаж употребления в годах, он составил в среднем 7,84 года.

21% респондентов назвали стаж в месяцах, если он фактически составил срок меньше года – 4,22 месяца (см. Таблицу 2.4.).

Дезагрегация данных выявила, что с увеличением возраста, что очевидно, увеличивается стаж употребления наркотиков (среднее количество лет в группе 18-30 лет – 4,80 года, 31-45 лет – 9,88 лет, 46 и старше – 17,47 лет); у мужчин стаж больше (8,71 лет), чем у женщин (6,57 лет); в регионах проекта КАСКАД (6,22 года) стаж на года меньше, чем в остальных регионах (8,64 года).

Таблица 2.4. Средние значения периода употребления ПАВ инъекционным путем

	Среднее количество лет	Среднее количество месяцев (если менее года)
В целом по выборке	7,84	4,22
18-30 лет	4,80	3,40
31-45 лет	9,88	5,58
46 и старше	17,47	0
Мужчина	8,71	4,39
Женщина	6,57	4,00

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Регионы проекта КАСКАД	6,22	5,06
Все остальные регионы	8,64	3,38

В течение последнего месяца респондентами чаще всего употреблялись инъекционным способом новые психоактивные вещества: мефедрон (не употребляли только 12,7%) и альфа-ПВП (не употребляли 35,2%), доля отсутствия употребления остальных ПАВ составила от 72 до 97% (см. Таблицу 2.5). При этом частота употребления мефедрона и альфа-ПВП выше, чем у остальных ПАВ, а у мефедрона самая высокая – от 2 раз в день или чаще (5,6%) до раз в месяц (22,5%).

Таблица 2.5. Частота и виды употребляемых наркотиков инъекционным способом

1 Метадон	2 раза в день или чаще 0	Практически ежедневно 1,4 (1)	2–3 раза в неделю 7,0 (5)	Однократно (раз в месяц) 19,7 (14)	Ни разу 71,8 (51)
2 Героин	2 раза в день или чаще 4,2 (3)	Практически ежедневно 1,4 (1)	2–3 раза в неделю 4,2 (3)	Однократно (раз в месяц) 15,5 (11)	Ни разу 74,6 (53)
3 Мефедрон (меф, мяу)	2 раза в день или чаще 5,6 (4)	Практически ежедневно 11,3 (8)	2–3 раза в неделю 47,9 (34)	Однократно (раз в месяц) 22,5 (16)	Ни разу 12,7 (9)
4 Альфа-ПВП	2 раза в день или чаще 0	Практически ежедневно 7,0 (5)	2–3 раза в неделю 25,4 (18)	Однократно (раз в месяц) 32,4 (23)	Ни разу 35,2 (25)
5 Амфетамин (амф, speed, скорость, фен)	2 раза в день или чаще	Практически ежедневно	2–3 раза в неделю 7,0 (5)	Однократно (раз в месяц) 11,3 (8)	Ни разу 81,7 (58)
6 Метамфетамин (мет, первитин/винт, лёд, айс)	2 раза в день или чаще 0	Практически ежедневно 0	2–3 раза в неделю 0	Однократно (раз в месяц) 2,8 (2)	Ни разу 97,2 (69)
7 Кокаин	2 раза в день или чаще 0	Практически ежедневно 0	2–3 раза в неделю 2,8 (2)	Однократно (раз в месяц) 0	Ни разу 97,2 (69)
8 Оксibuтират натрия (бутират, бутик)	2 раза в день или чаще 0	Практически ежедневно 0	2–3 раза в неделю 0	Однократно (раз в месяц) 2,8 (2)	Ни разу 97,2 (69)
9 Другое	2 раза в день или чаще	Практически ежедневно	2–3 раза в неделю	Однократно (раз в месяц)	Ни разу

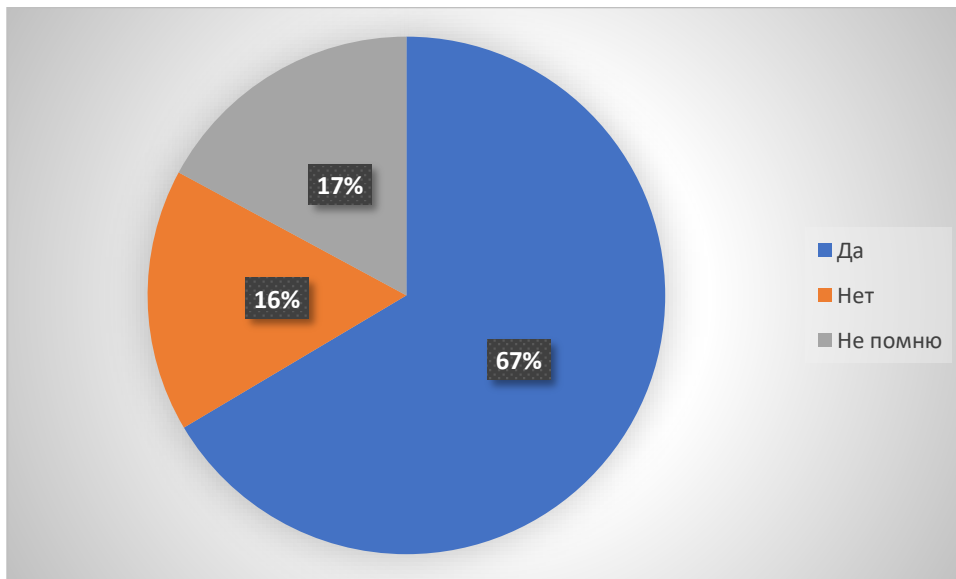
В варианте «другое» указаны грибы, конопля, марихуана (по 1 человеку), каннабис (2 чел.), то есть грибы (1) и каннабис (4 чел.)

2.3. Практики снижения поведенческих рисков при употреблении наркотиков инъекционно

При введении наркотиков инъекционно в течение последнего месяца 62% потребителей не использовали *чужой использованный шприц или иглу*, а 38% пользовались чужим инструментарием. Частота использования чужого шприца или иглы составила в среднем в целом по выборке 3,2 раза (максимум – 15, минимум – 1 раз; см. Приложение 1). В регионах проекта КАСКАД удельный вес респондентов, использовавших чужой использованный инструментарий в течение последнего месяца ниже: в Москве никто не использовал чужой использованный шприц или иглу, в Челябинске – 1 чел. использовал его 2 раза, В Санкт-Петербурге среднее количество составило 1,33 раза (см. Приложение 1). Возможно, это связано с интервенциями проекта, связанными с формированием безопасного поведения при приёме наркотиков.

При употреблении ПАВ инъекционным способом в последний раз 67% использовали *стерильную шприц и иглу*, а 16% не использовали стерильный инструментарий; не помнили – 17% респондентов (см. Рис.2.3.).

Рис. 2.3. Использование стерильного шприца и иглы при последнем употреблении наркотика инъекционно



Использование стерильного шприца и иглы при последнем употреблении наркотика инъекционно в регионах проекта КАСКАД и остальных регионах не имеет статистически значимых различий: соответственно 68 и 66% (см. Приложение 1). Однако, по регионам проекта отличается: В Москве – 84%, Санкт-Петербурге – 54%, Челябинске – 73% использовали стерильный инструментарий. В Санкт-Петербурге цифра ниже, т.к. 47% не помнят, использовали или нет.

Использование стерильного инструментария при последнем употреблении наркотиков является показателем GAM¹⁷, по результатам IBBS 2022 г., этот показатель был выше – 96% в

¹⁷ Глобальный мониторинг ВИЧ/СПИДА. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_ru.pdf с.52

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции в Москве и 94% в Санкт-Петербурге¹⁸. Сравнить настоящий мониторинг и IBBS нельзя, но тенденция увеличения ЛУИН, использовавших чужой инструментарий, *требует тщательной разъяснительной работы в поле среди ЛУИН.*

В зависимости от возраста существенных отличий не обнаружено (см. Приложение 1). В зависимости от пола *стерильный инструментарий чаще используют мужчины (73%) в сравнении с женщинами (57%).* Это неожиданное открытие мониторинга и *требует качественной разъяснительной работы по использованию стерильного инструментария среди женщин, не пропуская, естественно, мужчин.*

2.4. Неинъекционное употребление ПАВ

В целом по выборке нет респондентов, не употребляющих наркотики неинъекционным способом (см. Таблицу 2.6.). 17% респондентов (53 чел.) ранее употребляли, но в настоящее время не употребляют.

Среди этих 53 чел., которые сейчас не употребляют неинъекционно, а ранее употребляли, 39% (21 чел.) употребляют наркотики инъекционно в настоящее время; 23% (12 чел.) имеют опыт инъекционного потребления в прошлом; 38% (20 чел.) не имеют опыта инъекционного потребления. Таким образом, в выборке присутствует 20 человек (это 6,4% от выборки N=312), которые в настоящее время «чистые», т.е. никогда не употребляли наркотики инъекционно, а неинъекционно употребляли ранее, не сейчас. *То есть выборка состоит преимущественно из активных потребителей ПАВ, что важно для целей мониторинга.*

83% респондентов имеют опыт употребления наркотиков неинъекционно:

- 42,3% нерегулярно употребляют в настоящее время;
- 40,7% - регулярно употребляют в настоящее время.

Таблица 2.6. Употребление запрещенных веществ неинъекционным способом, в целом по выборке

Наличие опыта употребления инъекционно	Чел.	Процент
Нет (отсутствие опыта употребления наркотиков неинъекционно)	0	0
Нерегулярно употребляю в настоящее время	132	42,3
Регулярно употребляю в настоящее время	127	40,7
Ранее употреблял/а	53	17,0
Всего:	312	100,0

В зависимости от пола нет существенных расхождений: нерегулярно употребляют неинъекционным способом в настоящее время 43% мужчин, 42% женщин; регулярно – соответственно 39% и 43%.

В зависимости от возраста также нет существенных расхождений (см. Приложение 1), нерегулярно употребляют 42% респондентов в возрасте 18-30 лет и 43% - 31-45 лет. Можно

¹⁸ Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди ключевых групп населения в двух регионах РФ. с.173 <https://kaskad.haf-spb.org/rasprostranennost-vich-infekczii-i-riskovannogo-povedeniya-sredi-klyuchevyh-grupp-naseleniya-lrsp-luin-ksr-v-dvuh-regionah-rossijskoj-federaczii/>

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции отметить, что регулярное употребление ПАВ неинъекционным способом на 5 процентных пунктов выше среди молодежной группы: 43% и 38% в группе 31-45 лет.

В зависимости от типа региона нерегулярное потребление выше в регионах проекта КАСКАД (50%) в сравнении с остальными регионами (38%). При этом нерегулярное потребление характерно для 73% респондентов из Челябинска, 35% - из Москвы, 40% - из Санкт-Петербурга (см. Приложение 1). Регулярное потребление характерно больше для респондентов из Санкт-Петербурга (55%), Москвы (50%).

Средний возраст начала употребления наркотиков неинъекционным способом.

Средний возраст начала употребления ПАВ неинъекционным способом составил в целом по выборке 17,55 лет (минимум 10, максимум 42 года, см. Приложение 1), то есть в среднем начиная с 17 с половиной лет респонденты начали употреблять ПАВ неинъекционно. Однако, 54,2% респондентов начали употребление неинъекционно с 10 до 16 лет включительно. Это существенно опережает данные количественного исследования, проведенного в 2024 году в РФ: среди лиц, имеющих опыт потребления наркотиков (способ употребления не указан), более половины (53,3%) впервые попробовали наркотики в возрасте 18 – 30 лет¹⁹.

Средний возраст начала употребления наркотиков неинъекционно составил:

- В зависимости от типа региона: регионы проекта КАСКАД -18,08, остальные 17,21 лет;
- В зависимости от возраста: 18-30 лет – 16,64 года; 31-45 лет – 19,27 лет; 46 и старше – 20,0 лет;
- В зависимости от пола: мужчина – 18,07 лет, женщина – 16,97 лет.

Таким образом, более раннее употребление ПАВ неинъекционным способом характерно для молодежи в возрасте 18-30 лет, а также мужчин. Начало приёма наркотиков неинъекционно молодеет, втягивая подростков.

Оценка риска в начале употребления мефедрона, альфа-ПВП

Большинство респондентов при начале потребления оценивали риски потребления НПВ как мало рискованные (39,7%) или совсем не рискованные (41%). То есть 80,7% участников мониторинга не связывали начальный прием НПВ с риском. Ответ «очень рискованным» (3,2%) и «рискованным» (14,1%) выбрало меньшинство (в сумме 17,3%).

В регионах проекта КАСКАД оценка рисков различается (см. Приложение 1). Так, в Челябинске самый высокий удельный вес тех, кто прием мефедрона и альфа-ПВП считал «совсем не рискованным» (71%), среди них нет тех, кто выбрал отчет «очень рискованным». В Москве самый высокий процент среди трёх регионов, считающих такое поведение рискованным (43%). В Санкт-Петербурге выше удельный вес выбравших ответ «мало рискованным» (55%). То есть разъяснительная работа или доступность информации о рисках в связи приемом мефедрона и альфа-ПВП неинъекционным путём лучше в Москве, тогда как Челябинск сильно отстаёт по этому параметру. В Санкт-Петербурге значения, близкие к выборке в целом, что также требует усиления разъяснительной работы.

¹⁹ Доклад «О наркоситуации в РФ за 2024 год» с.11 https://xn----7sbabhak4bqktigbdqi0yka.xn--p1ai/index.php?option=com_content&view=article&id=2185:-----2024-&catid=102:--2025-&Itemid=146

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

В зависимости от возраста значимых расхождений в сравнении с данными по выборке в целом не выявлено. Среди женщин (44%) несколько выше процент выбравших ответ «мало рискованным» в сравнении с мужчинами (36%), тогда как варианты ответа, связанные с риском, выбрали равное количества мужчин (17%) и женщин (17,5%) и данные не отличаются от значений по выборке в целом (17,3%).

Стаж употребления.

Средний стаж употребления наркотиков неинъекционным способом (см. Таблицу 2.6) в целом по выборке составил 8,5 лет; 7,45 месяцев, если период менее года. *Средний стаж употребления ПАВ неинъекционно оказался выше у мужчин*, что естественно с учетом более раннего начал употребления наркотиков неинъекционно. Выявляется очевидная тенденция, как и в случае инъекционного потребления: с увеличением возраста растёт стаж употребления.

Таблица 2.6. Средний стаж употребления наркотиков неинъекционным способом

	Среднее количество лет	Среднее количество месяцев (если менее года)
В целом по выборке	8,50	7,45
18-30 лет	6,32	9,5
31-45 лет	12,23	2,0
46 и старше	26,0	0
Мужчина	9,94	6,50
Женщина	6,92	8,60
Регионы проекта КАСКАД	8,41	7,0
Все остальные регионы	8,56	7,62

Средний стаж употребления ПАВ неинъекционно оказался выше среднего стажа потребления наркотиков инъекционным способом.

Период ремиссии.

У 21,8% респондентов (68 чел.) в целом по выборке не было перерывов в потреблении наркотиков инъекционно. Средний период ремиссии (перерыва в употреблении) в целом по выборке составил 2,92 года; 3,6 месяца в случае, если период неупотребления составлял менее года (см. Таблицу 2.7).

В зависимости от возраста наиболее длинный период ремиссии оказался у респондентов в возрасте 31-45 лет (3,95 лет). У мужчин период ремиссии в среднем был несколько длиннее, чем у женщин – 3,10 лет в сравнении с 2,77 лет у женщин. В зависимости от типа региона у респондентов проекта КАСКАД период ремиссии короче (2,79 лет), чем в остальных регионах (3,02).

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Таблица 2.7. Средний период ремиссии при употреблении наркотиков неинъекционным способом

	Среднее количество лет	Среднее количество месяцев (если менее года)
В целом по выборке	2,92	3,60
18-30 лет	1,93	3,46
31-45 лет	3,95	3,76
46 и старше	0	6,00
Мужчина	3,10	3,55
Женщина	2,77	3,66
Регионы проекта КАСКАД	2,79	3,94
Все остальные регионы	3,02	3,40

Коэффициент сопряженности, рассчитанный для стажа потребления наркотиков неинъекционно и периодом ремиссии составил 0,929 при $p < 0,05$, с возрастанием стажа потребления растёт период ремиссии, то есть увеличиваются попытки избавиться от наркозависимости. В возрасте 31-46 лет попытки избавиться от наркозависимости встречаются чаще, это означает, что именно в этот период наступает осознание необходимости в реабилитации от наркозависимости. Возможно, это связано с тем, что среди потребителей НПВ молодые мужчины до 35 лет чаще демонстрируют тяжелую острую клиническую картину интоксикации при употреблении альфа-ПВП, а женщины — более выраженные подострые аффективные и соматические нарушения при употреблении мефедрона. Тяжесть осложнений увеличивается с возрастом, особенно при наличии сопутствующих заболеваний²⁰, что заставляет потребителей обращаться за помощью, в том числе детоксикацией.

В 3 и 4 разделах Отчета этот вопрос будет рассмотрен подробнее, в частности, у 60% респондентов в возрасте 31-46 лет осознание необходимости в реабилитации от наркозависимости наступало, а 61% респондентов мониторинга в возрасте 31-45 лет использовали детоксикацию (Приложение 1); показатели выше, чем в группе 18-30 лет.

Частота и виды употребляемых ПАВ.

В течение последнего месяца респондентами не употреблялись преимущественно метадон (97,1%), героин (96,5%), метамфетамин (92,6%), кокаин (93,6%).

²⁰ Toxicity Evaluation of A-Pyrrolidinovalerophenone (A-Pvp): Results From Intoxication Cases Within the STRIDA Project. Beck O, Franzén L, Bäckberg M, Signell P, Helander A. Clinical Toxicology (Philadelphia, Pa.). 2016;54(7):568-75. doi:10.1080/15563650.2016.1190979.

Clinical Characteristics of A-Pyrrolidinovalerophenone (A-Pvp) Poisoning. Umebachi R, Aoki H, Sugita M, et al. Clinical Toxicology (Philadelphia, Pa.). 2016;54(7):563-7. doi:10.3109/15563650.2016.1166508.

Acute Pharmacological Effects of A-PVP in Humans: A Naturalistic Observational Study. De la Rosa G, Papaseit E, Hladun O, et al. Frontiers in Pharmacology. 2025;16:1626692. doi:10.3389/fphar.2025.1626692.

An Observational Study on the Sub-Acute Effects of Mephedrone on Mood, Cognition, Sleep and Physical Problems in Regular Mephedrone Users. Homman L, Seglert J, Morgan MJ. Psychopharmacology. 2018;235(9):2609-2618. doi:10.1007/s00213-018-4953-1.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Чаще всего употреблялись неинъекционно каннабис с наибольшей частотой употребления, мефедрон, альфа-ПВП (см. Таблицу 2.8).

Таблица 2.8. Частота и виды употребляемых наркотиков неинъекционным способом

1 Метадон	2 раза в день или чаще 0,6 (2)	Практически ежедневно 0,6 (2)	2–3 раза в неделю 0,6 (2)	Однократно (раз в месяц) 1,0 (3)	Ни разу 97,1 (303)
2 Героин	2 раза в день или чаще 0,6 (2)	Практически ежедневно 0	2–3 раза в неделю 0,3 (1)	Однократно (раз в месяц) 2,6 (8)	Ни разу 96,5 (301)
3 Мефедрон (меф, мяу)	2 раза в день или чаще 4,2 (13)	Практически ежедневно 12,2 (38)	2–3 раза в неделю 36,5 (114)	Однократно (раз в месяц) 30,8 (96)	Ни разу 16,3 (51)
4 Альфа-ПВП	2 раза в день или чаще 1,6 (5)	Практически ежедневно 3,2 (10)	2–3 раза в неделю 19,9 (62)	Однократно (раз в месяц) 34,6 (108)	Ни разу 40,7 (127)
5 Амфетамин (амф, speed, скорость, фен)	2 раза в день или чаще 1,3 (4)	Практически ежедневно 2,9 (9)	2–3 раза в неделю 8,0 (25)	Однократно (раз в месяц) 16,7 (52)	Ни разу 71,2 (222)
6 Метамфетамин (мет, первитин/винт, лёд, айс)	2 раза в день или чаще 0,6 (2)	Практически ежедневно 1,0 (3)	2–3 раза в неделю 1,0 (3)	Однократно (раз в месяц) 4,8 (15)	Ни разу 92,6 (289)
7 Кокаин	2 раза в день или чаще 0	Практически ежедневно 0	2–3 раза в неделю 0,6 (2)	Однократно (раз в месяц) 5,8 (18)	Ни разу 93,6 (292)
8 Оксibuтират натрия (бутират, бутик)	2 раза в день или чаще 0	Практически ежедневно 0,6 (2)	2–3 раза в неделю 0,3 (1)	Однократно (раз в месяц) 9,9 (31)	Ни разу 89,1 (278)
9 Каннабис (гашиш, бошки, шишки, марихуана, конопля, трава, анаша, план)	2 раза в день или чаще 5,1 (16)	Практически ежедневно 17,0 (53)	2–3 раза в неделю 24,4 (76)	Однократно (раз в месяц) 24,7 (77)	Ни разу 28,8 (90)
10 Синтетические каннабиоиды (спайс)	2 раза в день или чаще 0,3 (1)	Практически ежедневно 1,0 (3)	2–3 раза в неделю 4,2 (13)	Однократно (раз в месяц) 21,5 (67)	Ни разу 73,1 (228)
11 Другое	2 раза в день или чаще	Практически ежедневно	2–3 раза в неделю	Однократно (раз в месяц)	Ни разу

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

В вариантах ответа «другое» указаны: алкоголь (4 чел.), грибы (4 чел.), аптечные препараты, баклофен, габапентин, тапентадол, ксанакс (алпразолам), лирика, лирика и ксанакс, лирика и трамадол, ЛСД (2 чел.), экстази.

Таким образом, мониторинг выявил те же тенденции, что указаны авторами других исследований: *большинство употребляет НПВ в сочетании с другими ПАВ*²¹.

Места приёма мефедрона и альфа-ПВП неинъекционным способом.

При ответе на вопрос «Где Вы чаще всего принимаете/ли мефедрон, альфа-ПВП неинъекционно?» предлагалось выбрать не более 3 вариантов отчетов. ТОП-3 – на квартире друга/знакомого, у себя дома, в машине (см. рис.2.4).

Так, две третьих респондентов (78,5%) принимают НПВ на квартире/в доме друга, знакомого, что согласуется с практикой первого приема наркотиков (за компанию, в кругу друзей). Эта практика закрепляется. У себя дома принимают мефедрон или альфа ПВП 56,4% респондентов. Каждый третий респондент практикует прием НПВ в машине – 32,4%. Статистически значимая связь между типом наркотика (мефедрон или альфа-ПВП) и местом приёма не обнаружена, то есть и для потребителей мефедрона, и для потребителей альфа-ПВП ТОП-3 не меняются в своей иерархии.

Лестница многоквартирного дома и улица набирает 14-11%.

Вечеринки в клубах – 6,4%, общественные места – 3,8%.

В зависимости от возраста ТОП-3 не меняется, респонденты всех возрастных категорий принимают НПВ чаще на квартире друга/знакомого (по 78% в группах 18-31 лет и 31-45 лет, 100% - 46 и старше). На втором месте сохраняется позиция «у себя дома», далее следует «в машине» (см. Приложение 1). Различие, о котором следует упомянуть, состоит в том, что среди молодежи 18-30 лет выше удельный вес вечеринок в ночных клубах – 8% в сравнении с 2% и 0% в остальных возрастных категориях.

²¹ Элиза Курчевич и Рик Лайнс. НПВ в Евразии. 2020. с.5 <https://nps-info.org/resyrsy/nps-eurasia/>

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Рис. 2.4. Места приёма мефедрона и альфа ПВП



В варианте ответа «другое» указано: везде (3 чел.); на работе (3 чел.); в гостиницах (2 чел.); в арендованных квартирах для вечеринок, в съемном жилье; дачи, квартиры, работа, отели, но не в общественных местах.

В регионах проекта КАСКАД предпочтения по местам приёма НПВ несколько отличаются (см. Приложение 1). Так, в Москве (80%) и Челябинске (78%) предпочтительным местом является собственный дом/квартира, тогда как в Санкт-Петербурге (90%) – квартира друга/знакомого. Для Челябинска характерно увеличение удельного веса респондентов, выбравшего вариант «в машине» (49%), тогда как в столицах показатель не превышает 20%.

Общественные зоны отдыха не выбрал никто. Доля вечеринок в ночных клубах и пр. низкая – по 5% в Москве и Челябинске и 10% в Санкт-Петербурге. Таким образом, для *аутрич работы клубы и общественные места - непродуктивные места установления первого контакта с молодыми потребителями НПВ. Квартирники, т.е. закрытые встречи на дому, являются наиболее распространенным местом употребления мефедрона и альфа-ПВП.*

Среди ночных клубов или других общественных развлекательных мест указаны:

- В Москве: "Культура", "Mr.Moose"; бар-клуб "Невротик"; клуб "Рандом".
- В Санкт-Петербурге: «RAW25»; «Бланк» (3 чел.); в любом; на вечеринках у друзей дома, «Леленец», «Конткульт».
- В Челябинской обл.: Гараж; Доски.
- В Калининградской обл.: «Дом» «Фиджи» (2 чел.); «Дикий дюк».
- В Республике Татарстан: Опера, квартирник.
- В «другом» регионе: Гризли, финик; Ку2; Марракеш; Малибу; квартирники.

В других регионах информация не указана.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

В сравнении с другим количественным исследованием, проведенным за рубежом²², данные мониторинга совпадают с выявленными трендами. Так, местами потребления НПВ чаще являются собственный дом (39-49%), дом друга (30-53%), маргинализированные респонденты чаще употребляют на улице (74%) в сравнении с посетителями ночных клубов (28,6%) и пользователями онлайн сообществ (22,4%).

По результатам количественного исследования, проведенного в РФ в 2024 году, вовлекают в первую пробу наркотиков кто-то из знакомых (36,9%) и друзей, с которыми встречаются после учебы/работы (32,2%) и происходит она у них в гостях (27,1%) либо на улице, во дворе, в подъезде (21,8%). Также довольно часто знакомство с запрещенными веществами случается при выездах на природу, за город (14,2%)²³.

2.5. Практики снижения поведенческих рисков при употреблении наркотиков неинъекционно

По результатам мониторинга 91% респондентов использовали с кем-либо общие трубочки и другие материалы для употребления наркотиков назально (нюхали, вдыхали), не использовали – 6%, не помнят – 3%. Это очень высокий процент рискованного поведения, когда через повреждения слизистой могут передаваться ВИЧ и другие инфекции. Вероятно, респонденты не осведомлены о возможных рисках, поэтому требуется широкая разъяснительная работа.

Дезагрегация данных в зависимости от региона, возраста, пола не показывает значимых различий (см. Приложение 1), везде высок процент совместного использования трубочек.

3. Получение помощи в связи с потреблением НПВ

В данном разделе будут описаны виды помощи, к которым прибегали респонденты, для избавления от наркозависимости – детоксикация с помощью лекарств, без помощи лекарств. Помощь с применением детоксикации рассматривается подробнее, с описанием количества раз и частоты обращения за детоксикацией. Описывается опыт обращения за психиатрической и психотерапевтической помощью. При анализе данных выделяются 4 группы: те, кто не считают себя наркозависимыми; те, кто не хочет избавляться от наркозависимости; состоящие на учете в НД; не состоящие на учете в НД потребители НПВ. Отметим, что поскольку целевой группой мониторинга являются люди, употребляющие мефедрон и альфа-ПВП неинъекционным способом, дезагрегация данных по потребляющим наркотики инъекционно не производится.

3.1. Виды помощи от наркозависимости

В зависимости от собственного отношения к наркопотреблению, по результатам самооценки выявлено три группы респондентов (напомним, целевая группа – это неинъекционные потребители НПВ): не считают себя зависимым человеком, считают себя зависимым человеком, не хотят бросать употреблять наркотики. Их соотношение представлено на рис. 3.1.

65,7% респондентов считают себя людьми, зависимыми от потребления наркотиков, каждый шестой респондент (17,9%) не считает себя наркозависимым, каждый девятый (11,9%) не хочет

²² Корф Дик и др. Где и как найти пользователей НПВ: сравнение методов в международном исследовании среди трёх групп нынешних потребителей НПВ в Европе. 2021. с.14 <https://www.drugsandalcohol.ie/37250/>

²³ Доклад «О наркоситуации в РФ» 2024. с.11 https://xn----7sbabhak4bqktigbdqi0yka.xn--p1ai/index.php?option=com_content&view=article&id=2185:-----2024-&catid=102:--2025-&Itemid=146

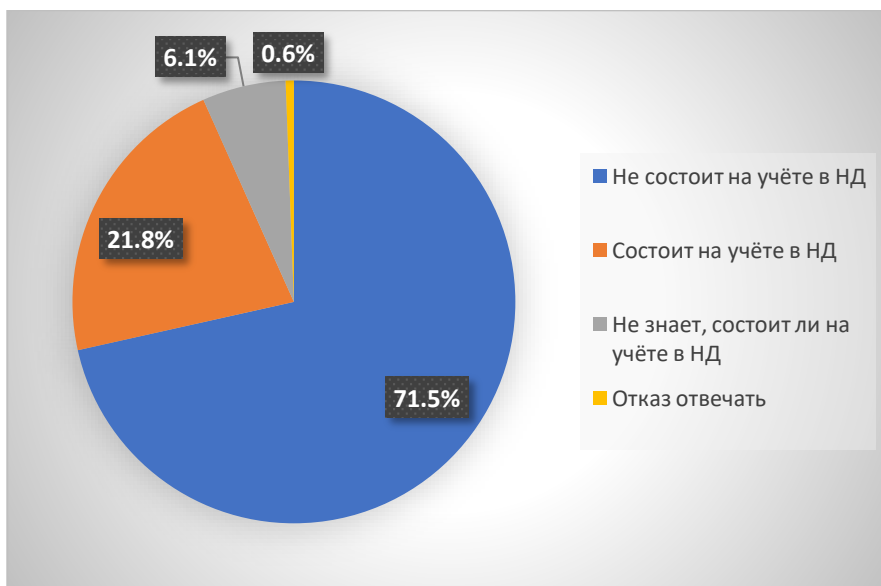
Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции избавляться от наркозависимости. Далее мы увидим, что, несмотря на самооценку, попытки избавиться от зависимости у респондентов двух последних категорий были. Среди респондентов, практикующих наряду с неинъекционным потреблением нерегулярное инъекционное употребление, доля тех, кто не считает себя зависимым человеком и не желающих бросать потребление ПАВ ниже и составляет соответственно 7% и 4%.

Рис.3.1. Структура выборки в зависимости от идентификации себя с потреблением наркотиков (самооценка статуса зависимого от наркотиков человека, субъективный подход)



В зависимости от формального подхода, который заключается в нахождении на учёте в наркологическом диспансере, выделяются следующие группы: не состоят на учёте у нарколога 71,5% респондентов, состоят 21,8% респондентов (каждый пятый). 6,1% респондентов, отметивших, что не знают о том, состоят ли они на учёте в НД, отражают реальную ситуацию, когда потребители не всегда помнят или не знают момент, когда могли попасть на диспансерный учёт.

Рис. 3.2. Структура выборки в зависимости от постановки на учет в наркологическом диспансере (формальный подход)



Рассмотрим, какую помощь от наркозависимости без использования лекарств (без детоксикации) получали респонденты. В таблице 3.1. представлены ранжированные данные по «выборке в целом».

Ситуация с приоритетными видами помощи без детоксикации различается по регионам проекта КАСКАД и остальным регионам, соответственно, усредненные данные (т.е. в целом по выборке) учитывают эти колебания. Модальным значением для выборки в целом (см. Таблицу 3.1.) стали группы взаимопомощи – на них указали соответственно 34,0% (преобладают в Калининградской обл. – 35%, Челябинской обл. – 29,3%). На втором месте в целом по выборке – консультации врача-нарколога 32,1% (преобладают в Москве – 30%, Санкт-Петербурге – 67,5%, Свердловская обл. – 34,6%). На третьем месте – реабилитационные центры – 28,2% (преобладают в Республике Татарстан – 44,8%, Свердловской обл. – 38,5%, в других регионах – 46,0%, см. Приложение 1).

Для регионов проекта КАСКАД на первом месте оказались консультации врача-нарколога - 37,2% респондентов, на втором месте – группы взаимопомощи 33,1% респондентов, на третьем – реабилитационные центры – 11,6%.

В остальных регионах на первом месте указаны реабилитационные центры – 38,7%, на втором месте находятся группы взаимопомощи – 34,6% респондентов. Третье место отдано консультациям врача-нарколога – 28,8% респондентов выбрали этот вариант.

Выявленные приоритеты, несмотря на незначительное расхождение в количественных данных, могут отражать ситуацию, связанную с вмешательствами проекта КАСКАД: консультации врача-нарколога оказываются клиентам на безвозмездной основе, возможно, поэтому их чаще выбрали респонденты из трёх регионов проекта; в остальных регионах чаще прибегают к помощи в реабилитационных центрах (далее увидим, каким именно ребцентрам).

Вариант ответа «я хотел/а лечиться от наркозависимости, но не мог/а получить никакой помощи» выбрали 4,2% респондентов в целом по выборке, 5,8% в регионах проекта КАСКАД (это может указывать на недостаточность информационной кампании по мероприятиям проекта среди группы потребителей НПВ), 3,1% респондентов в остальных регионах.

В вариантах ответа «другое» указаны: 5% (6 чел.) респондентов указали, что прибегали к помощи психологов/психиатров/психотерапевтов; 3,3% (4 чел.) упомянули о самостоятельной попытке, с привлечением силы воли, воздержании; 1,7% респондентов (2 чел.) ощутили поддержку от друзей и близких; 0,8% (1 чел.) респонденту помогла церковь; единичные ответы связаны с описанием обстоятельств жизни – помог дальний рейс в море, а у другой респондентки есть желание, но не с кем оставить ребенка.

Не установлено статистически значимой связи между возрастом и видами помощи без детоксикации, при этом респонденты в возрасте от 30 лет чаще прибегают к группам взаимопомощи (29,3%) в сравнении с консультациями врача-нарколога и реабилитационным центром (соответственно 27,8% и 24,3%); респонденты старше 31-45 лет активнее пользовались всеми видами помощи без детоксикации: группы взаимопомощи – 42,3%, консультации врача-нарколога – 39,4%, реабилитационный центр – 33,7%. Мужчины чаще женщин (с разницей в 3-7%) прибегают к трём видам помощи, статистически значимой связи по полу и видам услуг без детоксикации не установлено.

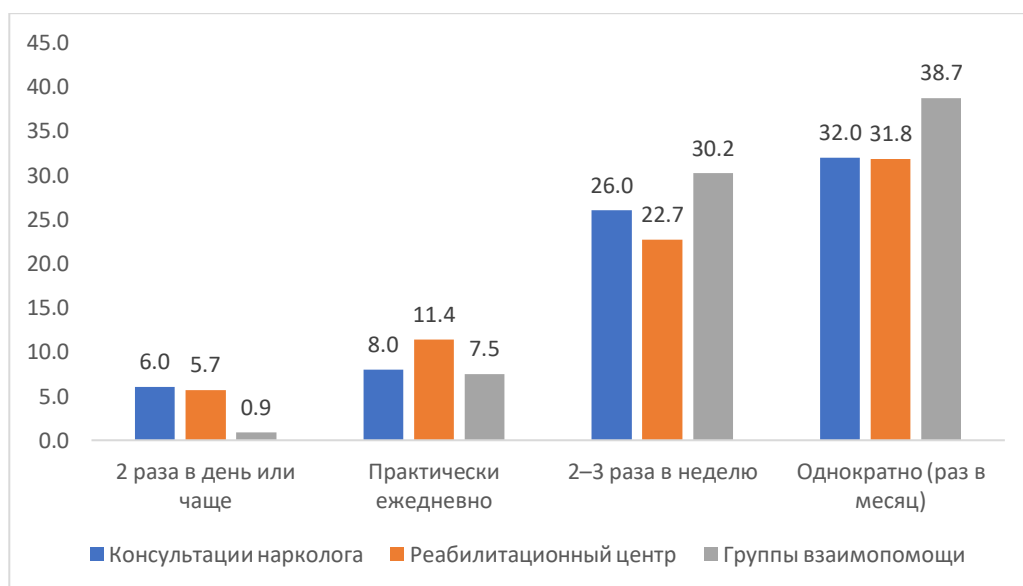
Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Таблица 3.1. Виды помощи, полученные респондентами, без использования лекарств (детоксикации), множественный выбор.

Характеристики	В целом по выборке		КАСКАД		Остальные регионы РФ	
	Частота (чел).	%	Частота (чел).	%	Частота (чел).	%
<i>Группы взаимопомощи</i>	106	34,0	40	33,1	66	34,6
Консультация врача-нарколога	100	32,1	45	37,2	55	28,8
Реабилитационный центр	88	28,2	14	11,6	74	38,7
Другой вариант помощи от наркозависимости (без использования лекарств) (что именно)	18	5,8	8	6,6	10	5,2
Я хотел/а лечиться от наркозависимости, но не мог/а получить никакой помощи	13	4,2	7	5,8	6	3,1

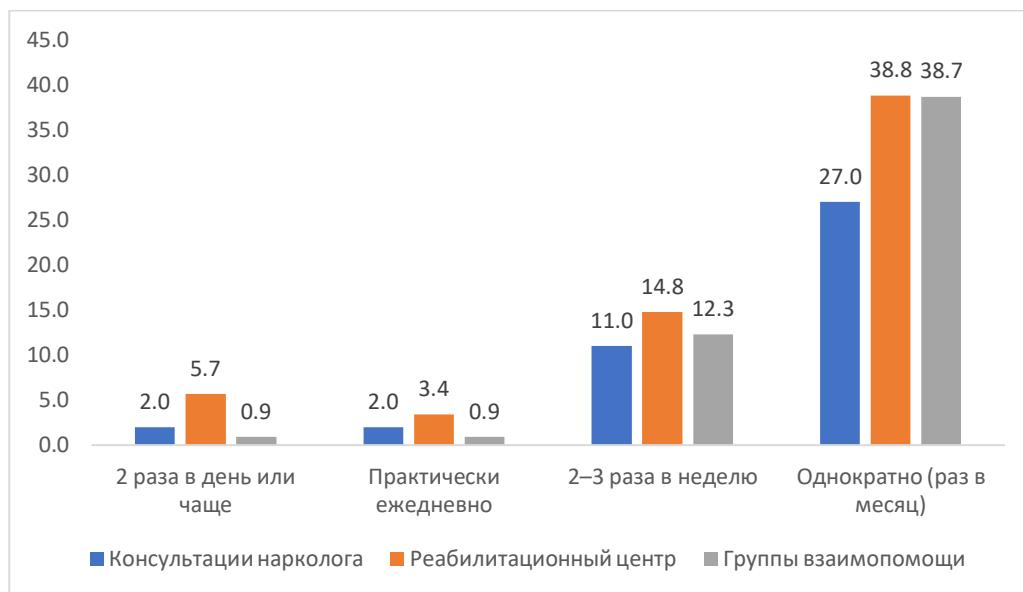
Среди тех, кто выбрал три вида помощи без детоксикации, оказались преимущественно потребители мефедрона и альфа-ПВП (см. рис.3.3. и рис.3.4), употребляющие их раз месяц и 2-3 раза в месяц (сохранные пациенты). В целом потребители мефедрона несколько чаще обращаются за помощью без детоксикации, чем потребители альфа-ПВП. Статически значимой связи между частотой употребления мефедрона и альфа-ПВП и видами обращения за помощью без детоксикации не установлено.

Рис.3.3. Виды помощи без детоксикации в зависимости от частоты употребления мефедрона (%).



Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Рис. 3.4. Виды помощи без детоксикации в зависимости от частоты употребления альфа-ПВП.



К лечению от наркозависимости с использованием лекарств (с детоксикацией) обратились 46,1% респондентов в целом по выборке (см. Таблицу 3.2.), из них 27,7% - прибегали к стационарному лечению с помощью лекарств (преобладают в Калининградская обл. – 50%, Свердловской обл. – 50% Республика Татарстан – 47,8%, других регионах – 42,9%, см. Приложение 1), а 18,4% респондентов самостоятельно пытались бросить употреблять наркотики с помощью лекарств (преобладают в Калининградской обл. – 50%, других регионах – 34,9%, см. Приложение 1). 78,2% респондентов из регионов проекта КАСКАД не прибегали к детоксикации с помощью лекарств, а те, кто прибегали, использовали стационар (6,9%) и самостоятельную детоксикацию (10,3%, см. Приложение 1). В остальных регионах доля тех, кто не использовал детоксикацию с помощью лекарств ниже – 42,0%, к стационару прибегали 42,9% респондентов, 24,4% респондентов самостоятельно пытались избавиться от наркопотребления с помощью лекарств. *В целом в остальных регионах респонденты чаще прибегали к детоксикации с помощью лекарств в сравнении с регионами проекта КАСКАД и, в частности, к стационарному лечению.*

В зависимости от возраста респонденты старшего возраста значимо чаще прибегали к детоксикации, как стационарной, там и самостоятельно (соответственно 37,7% и 23,4%) в сравнении с респондентами в возрасте 18-39 лет (19,8% и 15,1%).

Мужчины (35,1%) чаще женщин (18,9%) прибегали к стационарному лечению с детоксикацией, тогда как к самостоятельной детоксикации с помощью лекарств обращались каждый пятый мужчина и примерно столько же женщин (см. Приложение 1).

Таблица 3.2. Лечение наркозависимости с использованием лекарств (с детоксикацией)

Характеристики	В целом по выборке		КАСКАД		Остальные регионы РФ	
	Частота (чел).	%	Частота (чел).	%	Частота (чел).	%

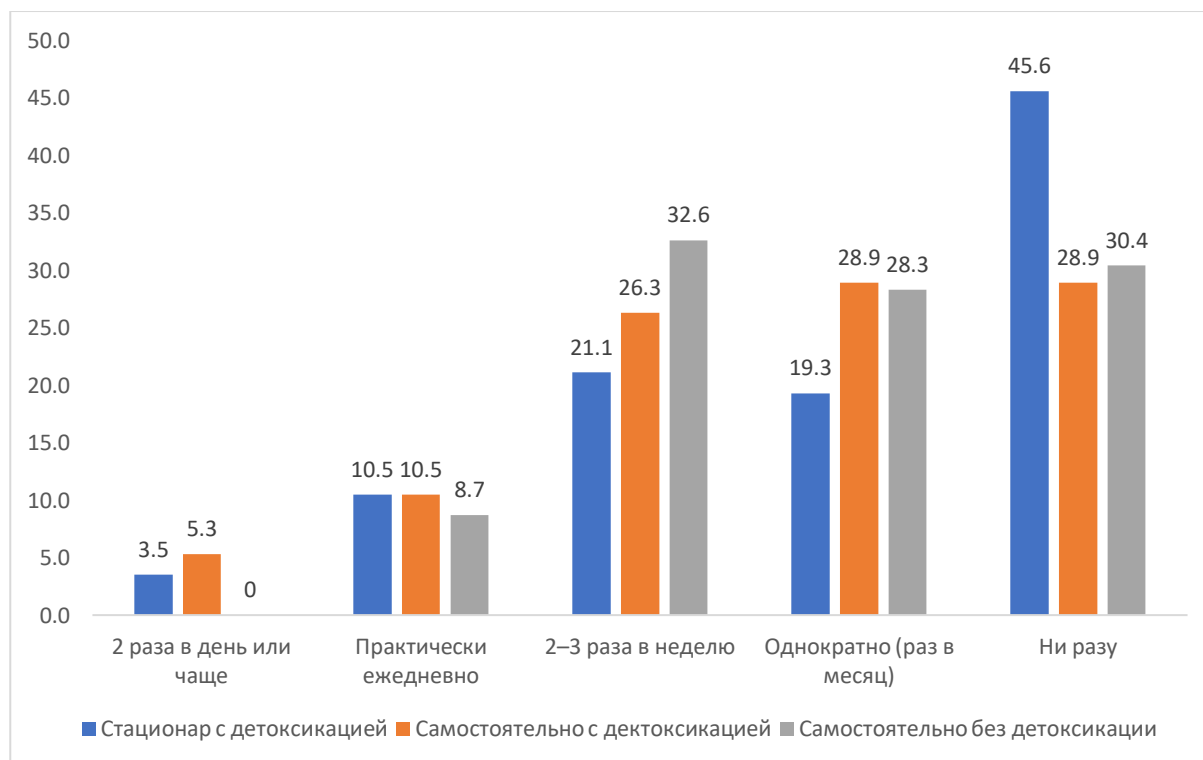
СПб БФ «Гуманитарное действие»

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Стационарное лечение с помощью лекарств (детоксикации)	57	27,7	6	6,9	51	42,9
Самостоятельно пытался/сь бросить употреблять наркотики с помощью лекарств (детоксикации)	38	18,4	9	10,3	29	24,4
Самостоятельно пытался/сь бросить употреблять наркотики без помощи лекарств (детоксикации)	46	22,3	9	10,3	37	31,1
Не использовал/а детоксикацию	118	57,3	68	78,2	50	42,0
Отказ от ответа	2	1,0	1	1,1	1	0,8

Стационар с детоксикацией использовал каждый пятый потребитель мефедрона, принимающий его 2-3 раза в неделю и один раз в месяц, а 45,6% не использовали этот метод. Чаще всего потребители мефедрона прибегали к попытке самостоятельно избавиться от потребления, среди них большинство (32,6%) тех, кто потребляет 2-3 раза в неделю и раз в месяц (28,3%) (см. Рис.3.5.)

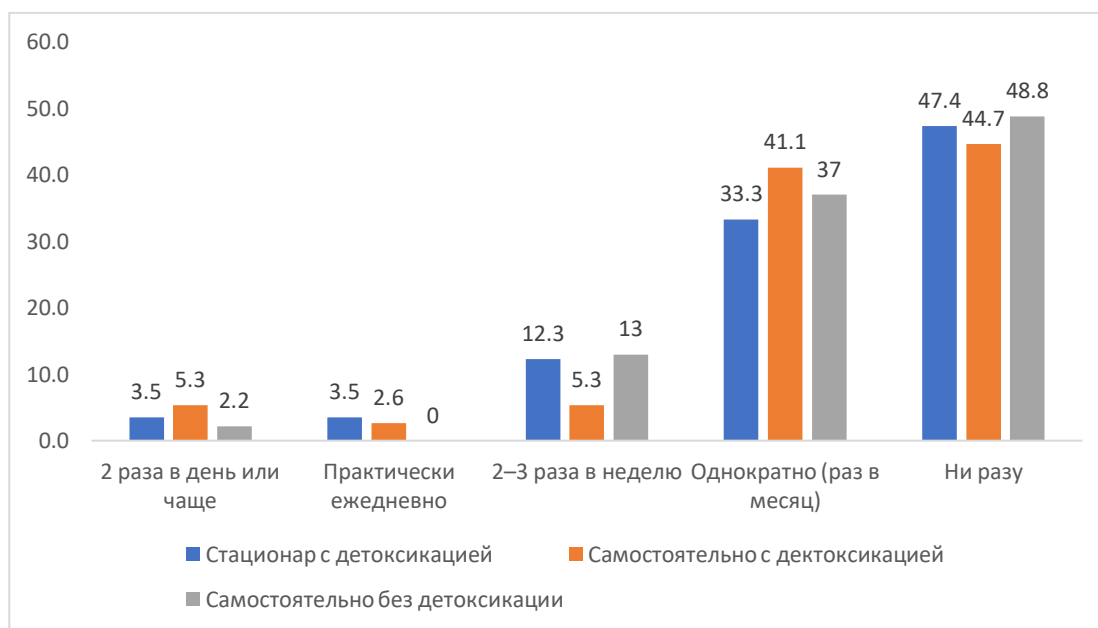
Рис.3.5. Виды помощи с детоксикацией в зависимости от частоты употребления мефедрона (%).



Среди потребителей альфа-ПВП все три вида лечения значительно чаще использовали те, кто употребляет раз в месяц, т.е. сохраненные клиенты (см.Рис.3.6), при этом большинство предпочитает самостоятельный метод без детоксикации (41,1%):

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Рис.3.6. Виды помощи с детоксикацией в зависимости от частоты употребления альфа-ПВП (%).



Таким образом, к различным методам детоксикации с помощью лекарств чаще прибегали потребители мефедрона в сравнении с потребителями альфа-ПВП. Статистически значимая связь установлена только между потреблением мефедрона и стационарным лечением (коэффициент сопряженности равен 0,394 при $p < 0,01$). К детоксикации чаще прибегают сохраняющие клиенты, употребляющие мефедрон и альфа-ПВП раз в месяц, причём, предпочитают самостоятельные методы избавления от зависимости.

В зависимости от постановки на учёт в наркологический диспансер (см. Таблицу 3.3.) получены ожидаемые результаты: к стационарному лечению с применением детоксикации статически значимо чаще обращались состоящие на учёте в сравнении не состоящими на учёте, что может говорить о направлении в стационар тех, кто наблюдается в наркологическом диспансере. Так, среди тех респондентов, кто обращался к детоксикации с помощью лекарств, более половины (57,9%) состоят на диспансерном учёте в НД, тогда как среди самостоятельно пытавшихся бросить употребление (как с помощью детоксикации, так и без нее) почти каждый второй не состоит на ДУ в НД. Как мы видели выше, это чаще сохраняющие клиенты, употребляющие 2-3 раза в месяц и раз в месяц, которые делают самостоятельные шаги в сторону избавления от наркозависимости.

Таблица 3.3. Лечение с использованием детоксикации в зависимости от постановки на учёт в наркологическом диспансере (НД)

Характеристики	Состоят на учёте в НД		Не состоят на учёте в НД/не знают		Статистическая взаимосвязь	
	Частота (чел).	%	Частота (чел).	%	Значения коэффициента сопряженности	Выраженность связи
Стационарное лечение с помощью лекарств (детоксикации) (N=57)	33	57,9	15	26,3	0,466 при $p \leq 0,01$	** высокая

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Самостоятельно пытался/сь бросить употреблять наркотики с помощью лекарств (детоксикации) (N=38)	15	39,5	19	50,0	0,179 при $p \leq 0,01$	отсутствует
Самостоятельно пытался/сь бросить употреблять наркотики без помощи лекарств (детоксикации) (N=46)	18	39,1	21	45,7	0,242 при $p \leq 0,01$	отсутствует
Не использовал/а детоксикацию (N=118)	13	11,0	102	86,4	0,441 при $p \leq 0,01$	** высокая

3.2. Количество и частота проведенных детоксикаций

Среди 88 респондентов, обращавшихся за детоксикацией с помощью лекарств в течение всего периода употребления наркотиков, 36,4% респондентов в целом по выборке обращались к ней 1 раз, 30,7% – 2-3 раза, 17% – 4,5 раз, 15,9% – более 5 раз. То есть 67,1% респондентов обращались 1-3 раза, то есть не самая распространенная практика. В зависимости от возраста 80,5% респондентов в возрасте до 30 лет проходили детоксикацию с помощью лекарств 1-3 раза в сравнении с 43,8% от 30 до 45 лет. В зависимости от пола существенной разницы между количеством обращений к детоксикации с помощью лекарств не выявлено (Приложение 1).

В регионах проекта КАСКАД респонденты чаще проходили детоксикацию 1 раз – 52,6% в сравнении с 31,9% в остальных регионах, но в остальных регионах значимо чаще проходили детоксикацию 4-5 раз (20,3% в сравнении с 5,3% в регионах проекта, см. Таблицу 3.4.). Эта тенденция более частого *однократного обращения в регионах проекта КАСКАД может быть напрямую связана с вмешательствами проекта*, поскольку установлено статистически значимое различие между частотой обращения за детоксикацией, полученными консультациями психиатра-нарколога, психотерапевта и региональной спецификой, коэффициент сопряженности равен 0,400** при $p < 0,3$. Так, в регионах проекта КАСКАД один раз проходили детоксикацию 55,6% респондентов, получивших консультации психиатра-нарколога, в сравнении с 21,4% в остальных регионах; соответственно 2-3 раза – 31,6% КАСКАД и 14,3% остальные регионы, 4-5 раз – 0% и 21,4% соответственно, более 5 раз – 0% и 42,9% соответственно. Таким образом, *консультации психиатра-нарколога могут оказаться значимыми для принятия решения о детоксикации с помощью лекарств, в остальных регионах, где подобная помощь менее доступна, увеличивается число попыток*. Возможно, из-за срывов.

Таблица 3.4. Количество раз прохождения детоксикации с помощью лекарств в течение жизни в зависимости от региональной специфики (%).

Количество раз прохождения детоксикации	КАСКАД	Остальные регионы
1 раз	52,6	31,9
2-3 раза	31,6	30,4
4-5 раз	5,3	20,3
Более 5 раз	10,5	17,4

Анализ частоты обращения за лечением с помощью лекарств (детоксикацией) в течение последних 12 месяцев показывает схожую тенденцию: 36,4% респондентов в целом по выборке обращались к ней 1 раз, 10,2% – 2-3 раза (в три раза меньше, чем по переменной «в течение жизни - 30,7%) 5,7 – 4,5 раз (также в 3 раза меньше, чем в течение жизни - 17%), 1,1% – более 5 раз (в

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции течение жизни 15,9%), ни разу – 44,3%. Таким образом, за лечением с использованием обратились 47 человек за последний год в сравнении с 88 респондентами в течение жизни, среди них несколько выше удельный вес мужчин (60%) в сравнении с женщинами (50%) и людей в возрасте 18-30 лет (Приложение 1). Установлено статистически значимое различие между частотой обращения за детоксикацией в течение последних 12 месяцев, полученными консультациями психиатра-нарколога, психотерапевта и региональной спецификой, коэффициент сопряженности равен 0,429** при $p \leq 0,2$. Таким образом, консультации психиатра-нарколога оказываются значимыми для принятия решения о лечении с помощью детоксикации в течение последних 12 месяцев, и это характерно для регионов проекта КАСКАД.

3.3. Психотерапевтическая помощь

В целом по выборке 36,9% респондентов обращались когда-либо за помощью к психотерапевтам, психиатрам для снижения с помощью лекарств уровня тревожности, депрессии или других состояний, связанных с употреблением мефедрона или альфа-ПВП, 61,9% респондентов не обращались, 1,3 отказались от ответа (Приложение 1). В регионах проекта КАСКАД доля обратившихся составила 50,4%, в остальных регионах – 28,3%. Увеличение доли обратившихся в регионах проекта произошло за счет Санкт-Петербурга, где доля обратившихся составила 96% (Москва – 40%, Челябинск – 17%). Это может говорить о том, что этот сервис более развит в Санкт-Петербурге, когда помощь клиентам оказывают квалифицированные психиатры-наркологи, психотерапевты, тогда как Челябинск остро нуждается в наличии таких специалистов²⁴. В Республике Татарстан помощь психотерапевтом, психиатров в лечении с помощью лекарств получили 37,9% респондентов, в Свердловской области – 19,2%, Калининградской области – 15%, в других регионах – 32% респондентов. Услуга остаётся дефицитной для большинства регионов РФ. Обращались за лечением тревожности и других расстройств 33% мужчин и 40% женщин. Возраст обратившихся несколько сдвинут в сторону старшего возраста: обращались 34% в возрасте 18-30 лет и 43% в возрасте 31-45 лет.

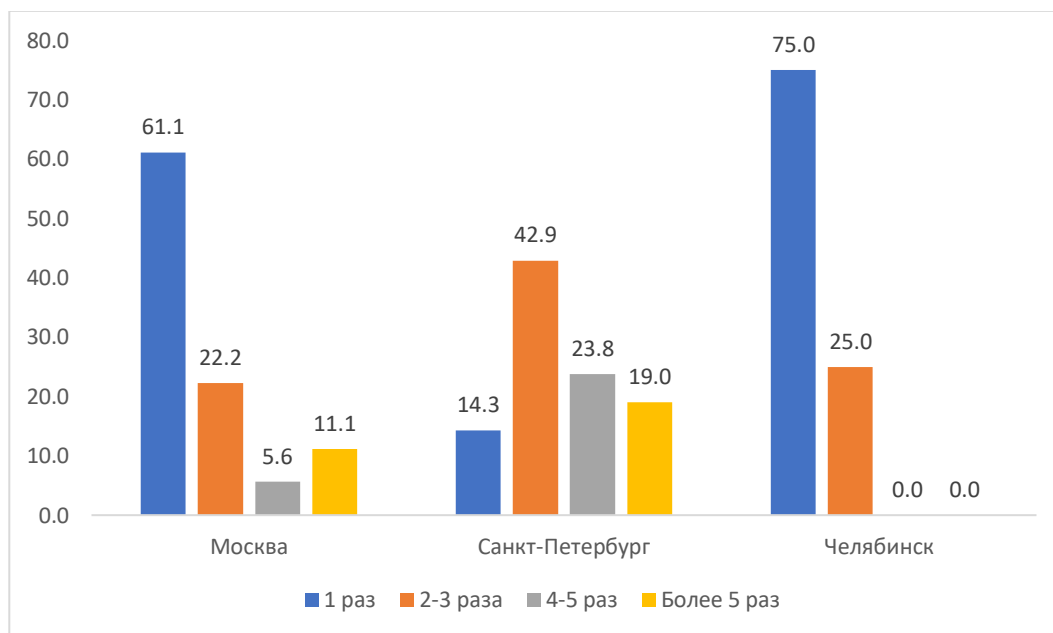
За помощью к специалистам для прохождения психотерапии когда-либо обращались в целом по выборке 27,2% респондентов, не обращались 71,2%, отказались от ответа 1,6%. В регионах проекта КАСКАД обращались для прохождения психотерапии 38,8% респондентов, не обращались 60,3%, отказались от ответа 0,8%; в остальных регионах соответственно 19,9%, 78,0%, 2,1%. Таким образом, в регионах проекта в два раза чаще респонденты обращаются за услугами по прохождению психотерапии в сравнении с остальными регионами (38,8% в сравнении с 19,9%). Однако, сервис развит неравномерно: в Санкт-Петербурге (52,5% обращались) и Москве (45,0%) лучше, тогда как Челябинск (19,5%) в этом смысле отстает от мегаполисов. Среди остальных регионов психотерапия представлена в Калининградской области (25%), Республике Татарстан (10%), Свердловской области (8%), других регионах (25%). К психотерапии незначительно чаще обращаются респонденты в возрасте до 30 лет в сравнении с 31-45 лет (соответственно 30% и 22%), женщины в сравнении с мужчинами (соответственно 34% и 21%) (Приложение 1).

За последние 12 месяцев психотерапию проходили в целом по выборке 48,2% один раз, 25,9% - 2-3 раза, 8,2% - 4-5 раз, 17,6% - более 5 раз. Частота обращений за психотерапией существенно отличается в зависимости от регионов проекта КАСКАД (см.Рис.3.7): Санкт-Петербург является

²⁴ О необходимости оказания психологической и психиатрической помощи потребителям наркотиков указано в руководстве «Модельное описание инновационных вмешательств программ снижения вреда в 7-м грантовом цикле Глобального фонда», с.22 https://eecapatform.org/wp-content/uploads/2023/03/model-description-of-innovative-hr-interventions-in-nfm4_ru.pdf

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции лидером не только по числу получивших психотерапию, но и по количеству полученных услуг, что говорит о регулярности этой работы, организованной Консорциумом города. Так, за последние 12 месяцев один раз проходили психотерапию 14,3%, 2-3 раза – 42,9%, 4-5 раз – 23,8%, более 5 раз – 19% респондентов. В Челябинске доминирует разовая услуга, ее получили 75% из числа обратившихся за психотерапией. Москва занимает промежуточное положение – при доминировании 1 раза обращения за психотерапией (61,1%), 22,2% респондентов обращались 2-3 раза, 5,6% - 4-5 раз и 11,1% - более 5 раз.

Рис. 3.7. Частота обращения к специалистам для прохождения психотерапии в зависимости от регионов проекта КАСКАД



Далее целесообразно анализировать данные по обращению за психологической/психиатрической помощью (лечением тревожности В37 и психотерапией В38), исходя из следующей структуры выборки (см. Таблицу 3.5.): не считают себя наркозависимыми, не хотят бросать потреблять НПВ, состоят на ДУ в НД, не состоят на учёте в НД/не знают:

Таблица 3.5. Структура выборки в зависимости от субъективных и объективных оснований по оценке наркозависимости

Субъективные основания		Объективные основания	
Не считают себя наркозависимыми	Не хотят бросать потребление НПВ	Состоят на ДУ в НД	Не состоят на ДУ в НД/не знают
17,9% (56 чел.)	11,9% (37 чел.)	21,8% (68 чел.)	77,6% (242 чел.)

Несмотря на субъективную оценку и восприятие себя как независимого от потребления наркотиков человека, 12,5% респондентов (см. Таблицу 3.6.) из этой группы обращались за лечением тревожности и других состояний, связанных с потреблением мефедрона и альфа-ПВП. Таких оказалось 11% и в группе, не желающих прекратить наркопотребление. Это важно при проведении консультирования клиентов ВИЧ-сервисных организаций: *люди могут не осознавать зависимости или декларировать нежелание избавиться от наркопотребления(самоотрицание), но каждый десятый, как минимум, уже нуждается в медикаментозном лечении нервной и сердечно-сосудистой систем.*

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

На основании объективных критериев отнесения к наркозависимости (состоит – не состоит на ДУ в НД) удельный вес респондентов, обращавшихся за лечением тревожности и других состояний, связанных с употреблением НПВ, примерно одинаков – 39,7% состоящих на учёте в НД и 34,7% не состоящих на учёте в НД обращались за помощью (см. Таблицу 3.6). *Независимо от того, состоят или не состоят на учёте в НД, порядка трети респондентов старались помочь себе медикаментозно, обращаясь к психотерапевтам/психиатрам.*

Таблица 3.6. Обращение за помощью к психотерапевтам, психиатрам для снижения с помощью лекарств уровня тревожности и других проявлений в зависимости от объективных и субъективных оснований отношения к наркотической зависимости

Обращение за помощью к психиатрам за лечением/основания зависимости	Субъективные		Объективные	
	Не считают себя зависимыми	Не хотят прекращать употреблять НПВ	Состоят на ДУ в НД	Не состоят на ДУ в НД/не знают
Да	12,5% (7 ч.)	11,0% (4 ч.)	39,7% (27 ч.)	34,7 (84 чел.)
Нет	87,5% (49 ч.)	89,0% (33 ч.)	57,3% (39 чел.)	57,4 (139 ч.)
Коэффициент сопряженности при $p \leq 0,01$	0,241	0,202	0,584**	

Среди тех, кто не считает себя зависимым, еще выше (19,7%) доля обращавшихся за психотерапией в сравнении с обращением к психиатрам за снижением тревожности (см. Таблицу 3.7). Те, кто не готов отказаться от наркотиков, реже (8,1%) обращаются за психотерапией в сравнении с обращением к психиатрам за снижением тревожности. Обращаем внимание, что для статистически выверенных выводов нужен больший объем выборки, но в данном случае мы можем говорить о тенденции: *те, кто не хотят прекращать потребление, чаще обращаются к таблеткам в период плохого самочувствия и не склонны тратить время и ресурсы на психотерапию.* Возможно, это может быть учтено при организации сервиса в ВИЧ-сервисных организациях: *вначале необходимо помочь снять синдром, а затем переходить к глубинным практикам психотерапии* (судя по данным, именно таков запрос клиентов).

В зависимости от объективных оснований отношения к наркотической зависимости к прохождению психотерапии незначительно чаще обращаются не состоящие на НД учёте – 28,1% в сравнении с 22,1% состоящими на учёте.

Таблица 3.7. Обращение за помощью для прохождения психотерапии в зависимости от объективных и субъективных оснований отношения к наркотической зависимости

Обращение за психотерапией/основания зависимости	Субъективные		Объективные	
	Не считают себя зависимыми	Не хотят прекращать употреблять НПВ	Состоят на ДУ в НД	Не состоят на ДУ в НД/не знают
Да	19,7% (11 ч.)	8,1% (3 ч.)	22,1% (15 ч.)	28,1% (68 ч.)
Нет	80,4% (45 ч.)	91,9% (34 ч.)	75,0 (51 ч.)	63,6% (154 ч.)
Коэффициент сопряженности	0,103 при $p \leq 0,1$	0,166 при $p \leq 0,01$	0,543** при $p \leq 0,01$	
Выраженность связи	отсутствует	отсутствует	** высокая	

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

4. Обращение за услугами реабилитации

В данном разделе представлены результаты мониторинга, связанные с услугами реабилитации от наркозависимости: осознание необходимости реабилитации, обращение за услугами реабилитации, виды реабилитационных центров и коммерческий или бесплатный характер оказанных услуг. Также описан опыт отказа от употребления ПАВ, а также дана оценка эффективности реабилитации с точки зрения респондентов. Особый фокус сосредоточен на опыте реабилитации потребителей НПВ.

Отметим, что согласно официальной статистике²⁵ в 2024 году в РФ уменьшилось число пациентов, включенных в стационарный реабилитационный процесс. Медицинскую реабилитацию в стационарных условиях проходило 7 743 пациента с наркоманией (-9,2%; 2023 г. – 8 529 чел.). В медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях было включено 19 907 пациентов с наркоманией (+0,1%; 2023 г. – 19 887 чел.).

4.1. Соотнесение осознания реабилитации и реального опыта реабилитации

Внутренне осознанная необходимость в реабилитации от наркозависимости возникала у 44,2% респондентов, не возникала – у 41%, не знают – 14,4%, отказались отвечать 0,3%. Существенной разницы в зависимости от регионов проекта КАСКАД и остальных регионов не выявлено – положительно ответили 43% и 45% респондентов соответственно (Приложение 1). В зависимости от возраста осознание в необходимости реабилитации чаще приходит к респондентам старшего возраста: положительно ответили 36% респондентов до 30 лет и 60% в возрасте 31-45 лет. К мнению о необходимости реабилитации чаще приходят мужчины: положительно ответили 51% мужчин и 37% женщин.

В зависимости от объективных и субъективных оснований отношения к наркотической зависимости внутренне осознанная необходимость в реабилитации чаще возникала у состоящих на учёте в НД (72%, см. Таблицу 4.1.) и реже у тех, кто субъективно ощущает себя свободными от зависимости или не хотят прекращать потребление наркотиков. Обращает внимание представительная доля тех, кто ответил «не знаю» - во всех четырёх группах, но больше всего таких среди тех, кто не хочет прекращать потребление (каждый пятый не определился). Наблюдается средне выраженная статистическая связь между субъективными и объективными основаниями зависимости и осознанием необходимости реабилитации (коэффициенты корреляции равны 0,365 и 0,345 при $p \leq 0,01$). Это означает, что *осознание в необходимости реабилитации не всегда связано напрямую с тем, как идентифицируют себя респонденты или состоят ли они на учёте в НД*. То есть мониторинг показал, что осознание о необходимости реабилитации – сложный процесс, включающий множество факторов, большинство из которых не рассматривались в мониторинге и не раскрыты в анкете (такой задачи не стояло).

Таблица 4.1. Осознание в необходимости реабилитации в зависимости от объективных и субъективных оснований отношения к наркотической зависимости

Необходимость в реабилитации/основания зависимости	Субъективные		Объективные	
	Не считают себя зависимыми (56 чел.)	Не хотят прекращать употреблять НПВ (37 чел.)	Состоят на ДУ в НД (68 чел.)	Не состоят на ДУ в НД/не знают (242 чел.)

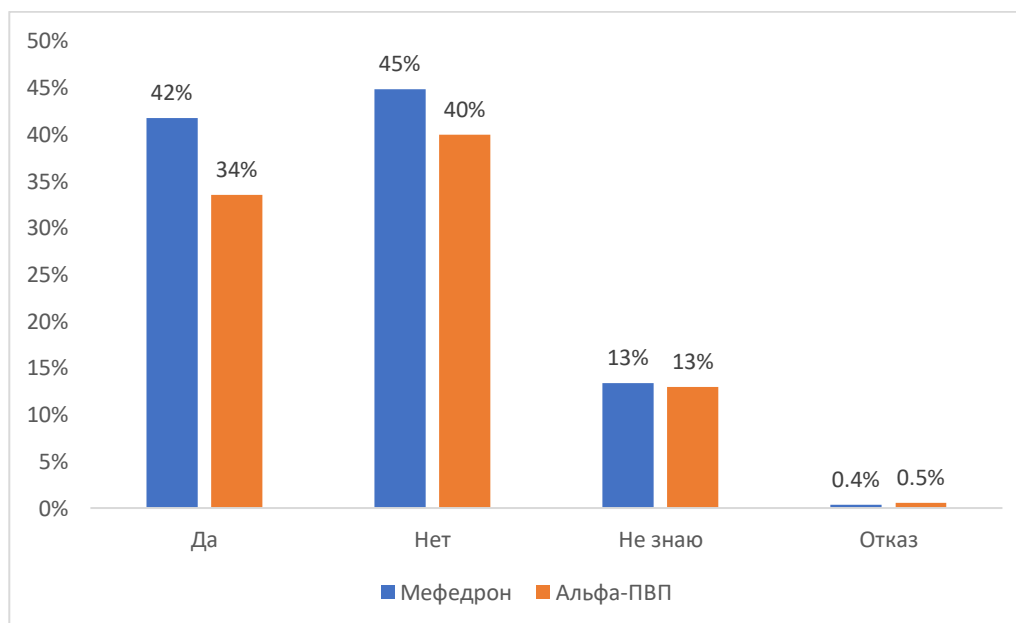
²⁵ Доклад «О наркоситуации в РФ в 2024 году» Государственный антинаркотический комитет, с.7-8. https://xn----7sbabhak4bqktigbdqi0yka.xn--p1ai/index.php?option=com_content&view=article&id=2185:-----2024-&catid=102:--2025-&Itemid=146

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Да	9% (5 чел.)	8% (3 чел.)	72% (49 чел.)	33% (80 чел.)
Нет	79% (44 чел.)	73% (27 чел.)	13% (9 чел.)	47% (114 чел.)
Не знаю	11% (6 чел.)	19% (7 чел.)	15% (10 чел.)	12% (28 чел.)

Взаимосвязь вида запрещенного вещества с осознанием необходимости в реабилитации представлены на рис.4.1. Среди тех, кто употреблял соответствующее запрещенное вещество, осознание необходимости в реабилитации чаще возникало у потребителей мефедрона (42%) в сравнении с потребителями альфа-ПВП (34%)²⁶. Следует обратить внимание на то, что доля отрицательно ответивших, т.е. тех, у кого нет осознания необходимости в реабилитации, выше в обоих случаях (мефедрон – 45%, альфа-ПВП – 40%) в сравнении с респондентами, давшими положительный ответ. Данные мониторинга показывают, что *осознание необходимости в реабилитации реже возникает у потребителей альфа-ПВП в сравнении с потребителями мефедрона*.

Рис. 4.1. Осознание необходимости в реабилитации в зависимости от вида употребляемого НПВ, валидный процент



Их тех, у кого возникала внутренне осознанная необходимость в реабилитации от наркозависимости или тех, кто не определился (184 чел., см. Приложение 1), в течение последних трёх лет обращались за реабилитацией 47,3% респондентов, не обращались 51,1%, отказались отвечать 1,6% респондентов. Среднее количество обращений за реабилитацией в течение последних 3 лет составило 1,8 раза, максимум – 9 раз, минимум 1 раз.

В регионах проекта КАСКАД в течение последних трёх лет за реабилитацией обращались 26% респондентов (в Москве – 25% Санкт-Петербурге – 5%, Челябинске – 46%), в остальных регионах к реабилитации прибегали в два раза чаще – 59% респондентов (чаще в Калининградской обл. – 57%, Республике Татарстан – 86%, Свердловской области – 53%, других

²⁶ На рис.4.1. даны валидные проценты, то есть в зависимости от тех, кто употреблял мефедрон или альфа-ПВП за последние полгода. Исключены случаи неупотребления: так, 16% респондентов (51 чел.) ни разу не употребляли мефедрон, 41% респондентов (127 чел.) ни разу не употребляли альфа-ПВП.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции регионах – 63% респондентов). *Данные мониторинга показывают, что в столичных городах обращение за реабилитацией является крайне непопулярной мерой.*

В зависимости от возраста и пола не зафиксировано различий: обращались за реабилитацией 48% респондентов из возрастной группы до 30 лет и 45% респондентов в возрасте 31-45 лет; 48% мужчин и 46% женщин.

Среди причин, по которым респонденты не обращались за услугами реабилитации (открытый вопрос), назван в большинстве такой фактор, как осознание себя независимым от потребления наркотиков, это связано с представлениями о том, что в любой момент может бросить сам/а; на втором месте – постоянное употребление наркотиков, невозможность отказа от них. Респонденты говорили о страхе, в том числе постановки на учёт и того, в что «в реабилитационных центрах бьют». Распространенным ответом стало незнание, что такая услуга предоставляется. Также не хотели бы, чтобы кто-то узнал об их проблеме потребления, в том числе, родные («выгонят из дома»). Называлось отсутствие денег, неверие в эффективность реабилитации. Достаточно часто встречались краткие ответы «не хочу», «не нужно», «итак всё хорошо», «по фиг». Несколько ответов говорят о том, что респонденты ходят в группы анонимных наркопотребителей и на этом этапе их это устраивает; пробуют все другие варианты. Были рассказаны короткие жизненные ситуации: «некуда деть детей», «раньше муж платил – теперь некому», «боюсь опеку и бывшего мужа», «мне нравится потреблять, а родители таскают меня везде». Высказано мнение, что при употреблении альфа-ПВП реабилитация не эффективна. *Таким образом, анализ открытых вариантов ответов говорит о том, что за реабилитацией не обращаются потому, что не считают себя зависимыми, думая, что в любой момент могут справиться сами и бросить употребление. Вторая часть респондентов просто не желает избавляться от зависимости. Третья называет конкретные причины, в том числе, страх. Четвертая – считают, что реабилитация не эффективна. Пятая, самая малочисленная, использует альтернативные меры (анонимные группы), считая, что это должно помочь.*

4.2. Виды реабилитации и её финансовая составляющая

Из тех респондентов, кто обращался за услугами реабилитации, в целом по выборке чаще всего проходили коммерческую реабилитацию (частный реабилитационный центр и пр.) – 63,7% респондентов; на втором месте местом прохождения реабилитации стал государственный реабилитационный центр – 41,8%; на третьем месте религиозная – 17,6%, четвертом трудовая (работные дома, социальные гостиницы и пр.) – 5,5% (см. Таблицу 4.2.). В регионах проекта КАСКАД существенно выше доля респондентов, обращавшихся к коммерческой реабилитации (94,1%).

К коммерческой реабилитации чаще обращались (Приложение 1) в Москве (100%), Санкт-Петербурге (100%, использовали только этот вид реабилитации), Челябинске (90, 9%), Калининградской области (50%), других городах (82,9%) (Приложение 1)

Государственную реабилитацию проходили 40% респондентов из Москвы (то есть 40% использовали и государственную вместе с коммерческой), 9,1% из Челябинска; а также респонденты из остальных регионов: 100% респондентов из Республики Татарстан, 36,4% из Свердловской обл., 25% из Калининградской обл.

К религиозной реабилитации чаще обращались в Свердловской области (45%), Калининградской обл., других регионах (22%); также 9,1% в Челябинской области. В остальных регионах отсутствовали респонденты, обращавшиеся к религиозной реабилитации.

Реже всего респонденты обращались к трудовой реабилитации. Её проходили 25% из Калининградской обл. (1 чел.) и 9,8% (4 чел.) из других регионов.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

К коммерческой реабилитации чаще прибегают женщины (72% в сравнении с 58% мужчин) и респонденты в возрасте до 30 лет (70% в сравнении с 57% в возрасте 31-45 лет) (Приложение 1).

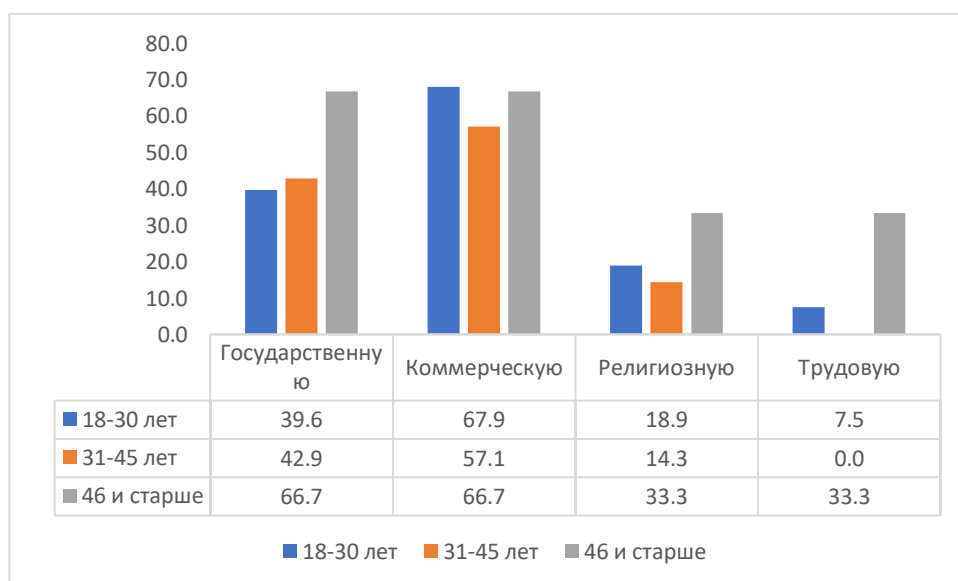
В открытом варианте ответа «другой вид реабилитации, укажите» ответов не представлено.

Таблица 4.2. Виды реабилитации, множественный выбор, валидный процент от числа проходивших реабилитацию.

Виды реабилитации	В целом по выборке	КАСКАД	Остальные регионы
Коммерческую (частный реабилитационный центр, др.)	63,7 (58)	94,1 (16)	56,8 (42)
Государственную (реабилитационный центр/стационар при наркологическом диспансере)	41,8 (38)	17,6 (3)	47,3 (35)
Религиозную	17,6 (16)	5,9 (1)	20,3 (15)
Трудовую (работные дома, социальные гостиницы, пр.)	5,5 (5)	0,0 (0)	6,8 (5)

Респонденты в возрасте до 30 лет и старше 46 лет чаще респондентов среднего возраста (31-45 лет) проходили все виды реабилитации (см. Рис.4.2.), при этом удельный вес молодых людей в возрасте 18-30 лет, проходивших реабилитацию, составил 26%, респондентов среднего возраста 31-46 лет – 34%, старше 46 лет – 100%, т.е. все три респондента проходили разные виды реабилитации.

Рис. 4.2. Виды реабилитации в зависимости от возраста

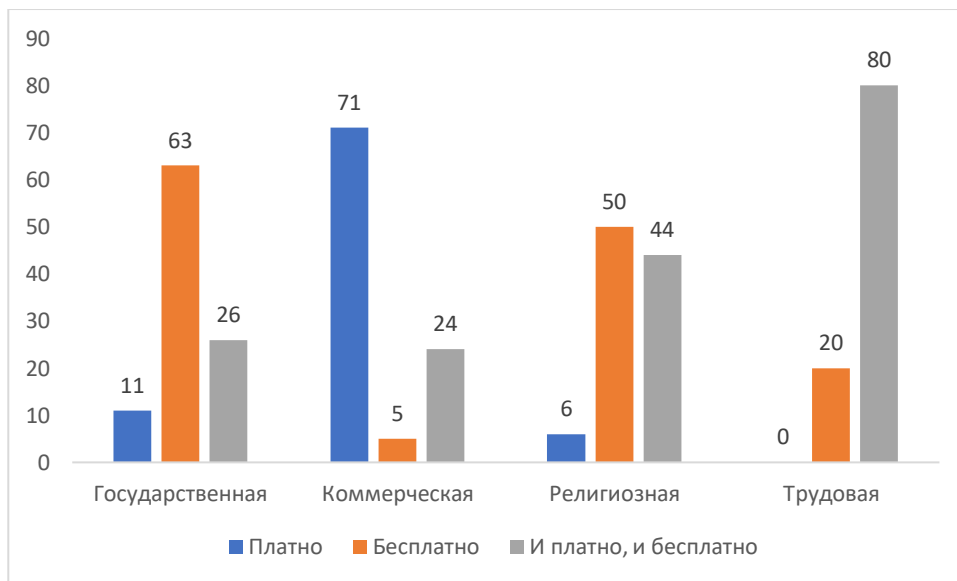


Каждый второй респондент отметил (49,5%), что за реабилитацию были заплачены деньги, треть (34,1%) проходили её бесплатно, а каждый шестой (16,5%) респондент использовал когда платный, когда бесплатный вариант реабилитации (Приложение 1).

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Анализ финансовой составляющей реабилитации в зависимости от её видов (Рис. 4.3) показывает, что *только для 63% респондентов, проходивших государственную реабилитацию, услуги были бесплатными*; каждый десятый (11%) оплачивал её, а каждый четвертый (26%) респондент выбрал ответ «когда платно, когда бесплатно». Среди тех, кто проходил коммерческую реабилитацию, также неожиданно оказались те, кто не платил денег, таких 5%, а каждый четвёртый (24%) выбрали вариант ответа «когда платно, когда бесплатно». За религиозную реабилитацию только каждый второй респондент (50%) или его родственники не платили денег, в остальных случаях она была частично платной. Реабилитация в трудовых домах имеет преимущественно смешанную схему – «и платно, и бесплатно» (80%). Таким образом, *все виды реабилитации имеют финансовую составляющую, в коммерческой реабилитации она очевидно доминирует, в трудовой реабилитации используется реже*.

Рис.4.3. Виды реабилитации в зависимости от платности услуг, валидный процент



Не установлено статистически значимой связи между видом употребляемых запрещенных веществ и видом реабилитации. Потребители мефедрона (54%) и альфа-ПВП (53%) чаще обращаются к платной реабилитации; каждый третий (31% и 33% соответственно) – к бесплатной, каждый шестой (15% и 14% соответственно) указал на смешанный вариант «и платно, и бесплатно».

4.3. Барьеры прохождения реабилитации в полном объёме

60% респондентов из тех, кто проходил реабилитацию, прошли до конца, а 40% – прервали её, не прошли в полном объеме. В регионах проекта КАСКАД разница не существенная: в Москве её прошли 60%, в Челябинске – 64%, в Санкт-Петербурге показатели выше – 100%. В остальных регионах только в Свердловской области доля прошедших реабилитацию самая низкая – 18%, в Калининградской обл. и Татарстане данные несколько выше значений по выборке (75% и 72%).

Среди потребителей НПВ неинъекционным способом существенной разницы в прохождении реабилитации до конца не выявлено: реабилитацию прошли до конца 60% потребителей мефедрона и 63% потребителей альфа-ПВП. Статистически значимой связи не выявлено (низкие значения коэффициента сопряженности).

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Среди факторов, помешавших пройти реабилитацию до конца, названы (открытый вопрос):

- внутренние состояния: депрессия; меня все бесило; захотелось домой (2 чел.); не выдержал, ушел; срыв; срыв на постпрограмме;
- отрицание: не вижу смысла там год торчать; сам ушёл, было отрицание проблем;
- семейные обстоятельства: дети; умер родственник, пришлось уехать из РЦ;
- неверная информация: думала, 6 месяцев достаточно; мне казалось, что этого достаточно;
- заболевания: заболевания лёгких с последующим срывом;
- финансовые причины: не захотел долго времени на это тратить, да и денег тоже жалко на это;
- неудовлетворительные условия и срок: не понравились условия; слишком долгим показалось лечение;
- тяга к ПАВ: хотел употребить и свалил; тяга;
- другое: нахожусь еще в процессе реабилитации (4 чел.); я по суду на 35 дней, внешние проблемы мешают остаться на полный курс реабилитации; работа;
- не знаю: 2 чел.

4.4. Эффективность реабилитации

Те, кто прошли реабилитацию до конца указали период, когда удалось не употреблять наркотики после прохождения реабилитации. В целом по выборке период составил:

- 1,38 лет (максимум – 3 года, минимум –1 год; см. Приложение 1); тех, кто удержался от употребления в среднем в течение года с небольшим всего 10% респондентов;
- 3,5 месяца (максимум – 11 месяцев, минимум – 1 месяц); удалось удержаться от употребления ПАВ в течение в среднем трёх с половиной месяцев 60% респондентов;
- 7,68 дней (максимум – 30 дней, минимум – 2 дня); тех, кто не употреблял после реабилитации в среднем неделю с небольшим – 24% респондента;

23% респондентов начали употреблять сразу же, как только вышли из реабилитационного центра.

Средне значения неупотребления ПАВ после прохождения реабилитации по полу, возрасту и региону указаны в таблице 4.3. Период отказа от ПАВ оказался длиннее у респондентов в возрасте 31-45 лет (1,5 года). Однако среди них 28,6% начали употреблять сразу, как вышли из РЦ (для сравнения: для молодежи 18-30 лет эта цифра составляет 20%; старше 46 лет – 0%).

Период отказа от ПАВ после реабилитации длиннее у мужчин – 1,63 года в сравнении с 1,18 у женщин; та же тенденция по месяцам. Однако для женщин более характерны срывы после РЦ: 18% мужчин и 27% женщин начали употреблять сразу же после выхода из РЦ.

В регионах проекта КАСКАД отказ от ПАВ несколько короче (1,25 года), чем в остальных регионах (1,41 года), а доля сорвавшихся (начали употреблять сразу же) незначительно меньше (20% в сравнении с 24%).

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Те, кто употребляет ПАВ инъекционным способом, имеют самый короткий срок отказа от запрещенных веществ: никто не смог удержаться до одного года; для тех, кто употребляет нерегулярно, период воздержания составил полгода, при регулярном употреблении – 3 месяца.

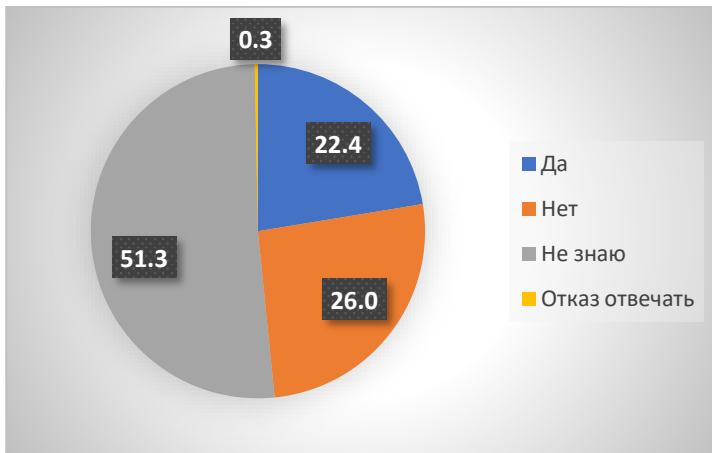
Таблица 4.3. Средние значения периода неупотребления ПАВ после реабилитации

	Количество лет	Количество месяцев (если менее года)	Количество дней
В целом по выборке	1,38	3,50	7,68
18-30 лет	1,23	3,13	9,73
31-45 лет	1,50	3,81	3,29
46 и старше	0,00	5,00	0
Мужчина	1,63	3,53	9,64
Женщина	1,18	3,45	5,73
Регионы проекта КАСКАД	1,25	2,70	6,80
Все остальные регионы	1,41	3,68	7,94
Нерегулярно употребляю в настоящее время инъекционно	0	6,25	5,60
Регулярно употребляю в настоящее время инъекционно	0	3,00	5,83
Нерегулярно употребляю в настоящее время неинъекционно	1,14	2,92	6,14
Регулярно употребляю в настоящее время неинъекционно	1,20	4,08	8,86

Существующую реабилитацию считают эффективной для лечения зависимости от НПВ 22,4% респондентов, не эффективной – 26%. Полярные значения оказались примерно в одинаковом диапазоне, что может говорить о неоднозначном восприятии программ реабилитации. Примечательно, что 51,3% затруднились дать оценку, отметив вариант «не знаю» (см. Рис.4.4.). Вероятно, это связано с неоднозначным пониманием респондентами понятия «эффективности» в применении к реабилитации от наркотиков. Представляется, что ответы на вопрос мониторинга «Считаете ли Вы существующую реабилитацию эффективной для лечения зависимости от НПВ?» нельзя интерпретировать однозначно (например, «только 22,4% респондентов оценили программы реабилитации как эффективные»). Тема требует отдельного детального исследования.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Рис. 4.4. Оценка эффективности существующих реабилитационных программ



В регионах проекта КАСКАД мнения об эффективности реабилитации разошлись: в Москве 17% респондентов считают программы реабилитации эффективными, Санкт-Петербурге – 8%, Челябинске – 39% (см. Приложение 1).

В зависимости от региона проекта КАСКАД (22%) и остальных регионов (23%) расхождений в оценке эффективности не обнаружено.

Респонденты в возрасте 31-45 лет чаще считают реабилитацию эффективной: 30% в сравнении с 19% респондентов в возрасте 18-30 лет.

Мужчины чаще (27%), чем женщины (18%) считают реабилитацию эффективной. Возможно, частично с этим и связано то, что женщины чаще мужчин начинают употреблять НПВ после выхода из РЦ, то есть срывы обесценивают прохождение программы реабилитации.

Среди тех, кто употребляет НПВ инъекционным способом нерегулярно оценка эффективности составляет 22%, регулярно – 25%; среди потребителей неинъекционным способом соответственно 29% (нерегулярно) и 6% (регулярно).

Таким образом, *удельный вес тех, кто оценил программы реабилитации как эффективные выше среди нерегулярных потребителей НПВ неинъекционным способом, чаще мужчин и респондентов в возрасте 31-45 лет.*

5. Рискованное сексуальное поведение

Известно²⁷, что приём НПВ, независимо от способа, приводит к растормаживающему влиянию на сексуальность, что является фактором повышенного риска передачи ВИЧ и других инфекций. В данном разделе будут описаны результаты мониторинга по практикам безопасного сексуального поведения с разными типами партнеров. Кросс-анализ представит данные и проанализирует отличия в зависимости от осведомленности об оказании поддержки в НКО (В 82), что позволит косвенно оценить эффективность вмешательств проектов по профилактике ВИЧ-инфекции, а также полу, возрасту, семейному положению. Будут проанализированы и региональные отличия.

²⁷ «Химический секс» (обзор литературы) / В.Ю. Скрябин, А.С. Романов, Д.С. Хоряев [и др.] // Наркология. – 2018. – Т. 17, № 3. – С. 88–92. DOI: 10.25557/1682-8313.2018.03.88-92

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

5.1. Сексуальная история: постоянные партнеры

За последние 3 месяца постоянный половой партнер был у 65,1% респондентов (см. Рис.5.1). Наиболее высокая доля респондентов с постоянными партнерами наблюдалась в Республике Татарстан (86,2%) и Санкт-Петербурге (85,0%), тогда как самые низкие показатели отмечены в Калининградской области (40,0%) и Челябинской области (53,7%) (см. Приложение 1).

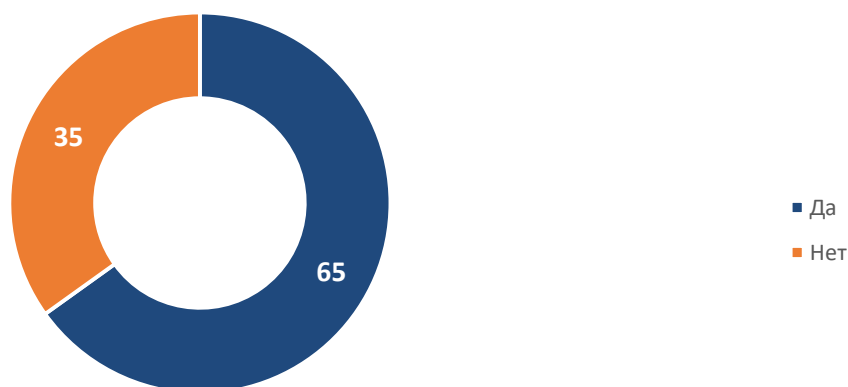
В зависимости от типа региона существенных различий не наблюдается: в регионах проекта КАСКАД постоянный половой партнер был у 68%, в остальных регионах у 63%.

Различия по возрасту ожидаемые: наибольшая доля респондентов, имеющих постоянный половых партнеров, отмечается в возрастной группе 31-45 лет (70%), отсутствие постоянных партнеров отмечают наши единичные респонденты в возрасте 46 и старше; в группе 18-30 лет постоянных половых партнеров имеют 63% респондентов.

Женщины (68%) немного чаще имеют постоянных половых партнеров в сравнении с мужчинами (62%).

Рисунок 5.1 Наличие постоянного полового партнера

Округленный % от общего числа респондентов

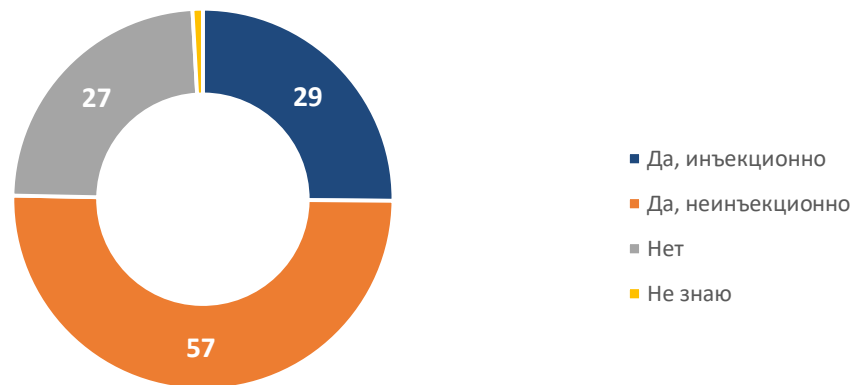


Среди респондентов, имеющих постоянных партнеров, значительная часть партнеров также употребляет наркотики: 28,6% употребляют инъекционно, 57,1% - неинъекционно, и только 27,1% не употребляют. Наиболее высокая доля партнеров, употребляющих инъекционно, отмечена в Свердловской области (53,3%) и Санкт-Петербурге (44,1%), тогда как в Челябинской области этот показатель составил лишь 9,1%.

Таким образом, среди респондентов, имеющих постоянных сексуальных партнеров, более распространены практики потребления наркотиков неинъекционным способом в сравнении с инъекционным, что выдвигает гипотезу о практиках химсекса, которая далее будет проверена.

Рисунок 5.2 Употребление наркотиков постоянным партнером

Округленный % от общего числа респондентов



ВИЧ-инфекция выявлена у 15,3% постоянных партнеров. Наиболее высокая доля партнеров с ВИЧ наблюдалась в Свердловской области (46,7%), что существенно превышает средний показатель. В регионах проекта КАСКАД удельный вес ВИЧ-положительных постоянных партнеров ниже (11%), чем в остальных регионах (18,2%), за счет отсутствия таковых в Челябинске. Так, в Москве доля ВИЧ-положительных постоянных партнеров составила 15,4%, в Санкт-Петербурге – 14,7%, в Челябинске – 0.

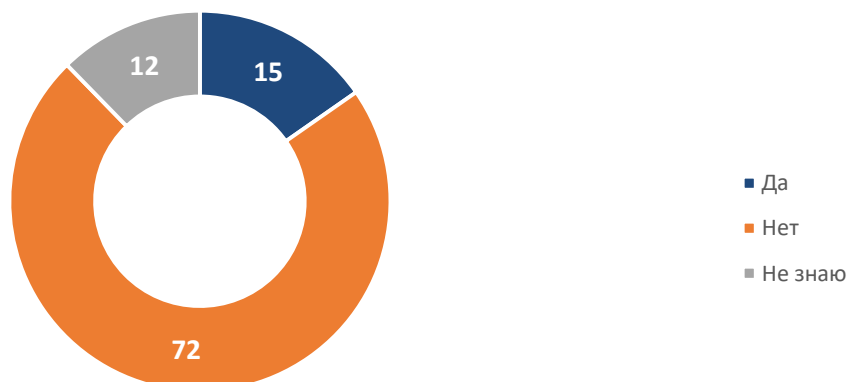
В зависимости от возраста наблюдаются существенные различия: среди респондентов в возрасте 31-45 лет доля ВИЧ-положительных постоянных партнеров составила 24,7%, что более чем в два раза превышает показатель для возрастной группы 18-30 лет (10,0%). Это может отражать как более длительную историю сексуальных отношений и накопленные риски в старшей возрастной группе, так и более высокую распространенность ВИЧ среди партнеров этого поколения.

По половым различиям: у женщин доля ВИЧ-положительных постоянных партнеров составила 16,8%, у мужчин – 13,7%. При этом мужчины чаще знают ВИЧ-статус своего партнера (77,5% знают, что партнер ВИЧ-отрицательный, и лишь 8,8% не знают статуса), тогда как среди женщин 15,8% не знают ВИЧ-статус постоянного партнера.

При этом 12,3% респондентов не знают ВИЧ-статус своего постоянного партнера, причем доля не знающих особенно высока в Челябинской области (31,8%) и Омской области (37,5%).

Рисунок 5.3 Наличие ВИЧ-инфекции у постоянного партнера

Округленный % от общего числа респондентов



Частота использования презервативов с постоянными партнерами крайне низкая: лишь 3,9% респондентов используют презерватив всегда, 10,3% - почти всегда. Напротив, 44,8% никогда не используют презерватив с постоянным партнером, и еще 32,5% используют редко. Таким образом, 77,3% респондентов либо не используют презерватив вообще, либо используют его редко.

Региональные различия значительны: наиболее высокая доля тех, кто всегда использует презерватив, отмечена в Москве (11,5%), тогда как в Челябинской области этот показатель составил 0%. Доля никогда не использующих презерватив наиболее высока в Челябинской области (72,7%) и Свердловской области (60,0%). В Санкт-Петербурге доля никогда не использовавших презервативы составила 14,7%.

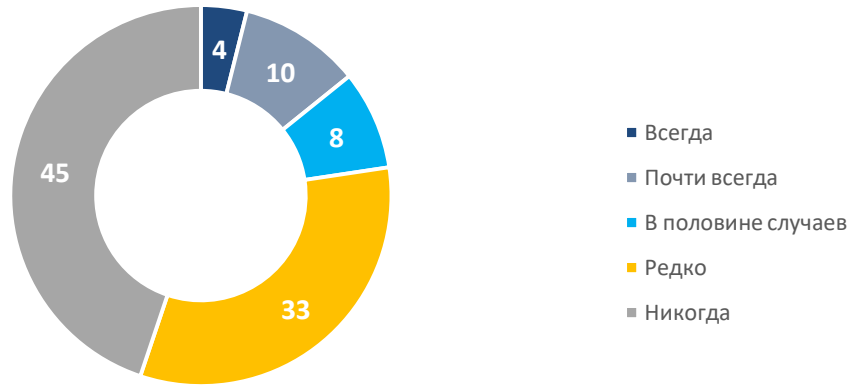
Использование презерватива в зависимости от возраста демонстрирует тревожную тенденцию: с возрастом практика барьерной защиты с постоянным партнером ухудшается. В возрастной группе 18-30 лет никогда не используют презерватив 40,8%, тогда как среди респондентов 31-45 лет этот показатель возрастает до 52,1%. При этом регулярное использование (всегда/почти всегда) также снижается с возрастом: 16,1% среди молодых респондентов против 10,9% в средней возрастной группе.

По половым различиям: мужчины реже используют презерватив с постоянным партнером по сравнению с женщинами. Никогда не используют презерватив 49,0% мужчин и 40,6% женщин. Регулярное использование (всегда/почти всегда) составляет 13,7% у мужчин и 14,9% у женщин. Таким образом, женщины демонстрируют несколько более ответственное отношение к барьерной защите в отношениях с постоянными партнерами, хотя различия не являются кардинальными.

Критически важно отметить связь между употреблением наркотиков партнером, его ВИЧ-статусом и использованием презерватива. Даже при высокой распространенности ВИЧ среди партнеров (15,3%), барьерная защита используется крайне редко (33% - редко, 45% - никогда), что создает высокий риск передачи инфекции.

Рисунок 5.4 Частота использования презерватива с постоянным партнером среди всех респондентов

Округленный % от общего числа респондентов



Анализ использования презервативов в зависимости от характера употребления наркотиков постоянным партнером выявляет определенные закономерности. Когда постоянный партнер употребляет наркотики инъекционно, регулярное использование презерватива (всегда/почти всегда) составляет лишь 17,2%, тогда как 72,4% используют презерватив редко или никогда. При этом 36,2% никогда не используют барьерную защиту, несмотря на очевидные риски передачи ВИЧ через как инъекционное употребление, так и незащищенные сексуальные контакты. Среди респондентов, чьи партнеры употребляют неинъекционно, ситуация еще хуже: регулярное использование презерватива отмечают лишь 11,2%, а никогда не используют 48,3%. Для сравнения, когда постоянный партнер не употребляет наркотики, показатели немногим лучше: 14,5% используют презерватив регулярно, а 45,5% никогда его не используют.

Таким образом практика использования презервативов с постоянным партнером остается критически низким независимо от факта употребления наркотиков партнером. Парадоксально, но наиболее высокая доля регулярного использования презерватива наблюдается именно с партнерами, употребляющими инъекционно (17,2%), что может отражать большую осведомленность о рисках в этой группе. Тем не менее, даже в этой наиболее рискованной ситуации абсолютное большинство респондентов не практикуют безопасный секс.

5.2. Сексуальная история: непостоянные/случайные партнеры

За последние 3 месяца 52,6% респондентов имели непостоянных/случайных сексуальных партнеров (секс НЕ за деньги). Среднее количество таких партнеров сильно варьируется по регионам.

Наиболее высокая доля респондентов без непостоянных партнеров наблюдалась в Москве (75,0%) и Республике Татарстан (72,4%), тогда как в Челябинской области этот показатель составил лишь 19,5%, что указывает на более частый выбор непостоянных сексуальных партнеров в этом регионе (см. Приложение 1).

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Данные таблицы 5.1. показывают, что среднее количество непостоянных сексуальных партнеров выше среди мужчин старшего возраста.

Таблица 5.1. Количество непостоянных половых партнеров за последние 3 месяца в зависимости от типа региона, пола, возраста

	Среднее	Медиана	Максимум	Минимум
В целом по выборке	1,44	1,0	0	15
18-30 лет	1,44	0,0	0	15
31-45 лет	1,41	1,0	0	9
46 и старше	2,67	2,0	0	6
Мужчина	1,62	1,0	0	15
Женщина	1,24	1	0	14
Регионы проекта КАСКАД	1,56	1,0	0	15
Все остальные регионы	1,37	1,0	1	8

Среди респондентов, имевших непостоянных партнеров, частота использования презервативов несколько выше, чем с постоянными партнерами, но все еще недостаточна: 12,8% используют презерватив всегда, 21,3% - почти всегда, 15,2% - в половине случаев, 20,7% - редко, и 29,3% - никогда.

Региональные различия значительны: в Москве 50% всегда используют презерватив с непостоянными партнерами, что существенно выше, чем в других регионах. Напротив, в Челябинской области 60,6% никогда не используют презерватив с непостоянными партнерами, что представляет крайне высокий риск. В Санкт-Петербурге только 4,5% респондентов всегда используют презервативы, 50% - редко, 32% - в половине случаев.

5.3. Сексуальная история: коммерческие партнеры

Лишь 8% респондентов за последние 3 месяца платили за секс (покупка секса за деньги или другие ценности). Среди мужчин эта доля составила 12,2%, среди женщин - 3,4%. Среднее количество партнеров в целом по выборке составило 0,32, то есть практика покупки секса не распространены среди ЛУН-НПВ. Чаще к ней прибегают мужчины в возрасте 46 и старше (см. Таблицу 5.2).

Таблица 5.2. Количество коммерческих партнеров, которым респонденты платили («ВЫ платили») за секс за последние 3 месяца, в зависимости от типа региона, пола, возраста

	Среднее	Медиана	Максимум	Минимум
В целом по выборке	0,32	0,00	0	40
18-30 лет	0,34	0,00	0	40
31-45 лет	0,21	0,00	0	3
46 и старше	2,33	0,00	0	7

СПб БФ «Гуманитарное действие»

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Мужчина	0,53	0,00	0	40
Женщина	0,08	0,00	0	6
Регионы проекта КАСКАД	0,16	0,00	0	4
Все остальные регионы	0,42	0,00	0	40

Среди тех, кто платил за секс, использование презервативов относительно высокое: 48,0% используют всегда, 20,0% - почти всегда. Однако 20% никогда не используют презерватив, когда сами платят за секс.

Значительно больше респондентов (14,7%) получали деньги или ценности за секс за последние 3 месяца, то есть продавали секс. Продажа секса особенно распространена в регионах вне проекта КАСКАД: в Калининградской области - 35,0%, Омской области - 23,1%, Тверской области - 7,7%. В регионах КАСКАД доля составила всего 4,1% (Москва - 10,0%, Санкт-Петербург - 0%, Челябинская область - 2,4%).

Важно отметить половые различия: среди женщин 29,7% получали деньги за секс, тогда как среди мужчин - только 1,2% (см. Приложение 1). Среднее количество коммерческих клиентов у женщин составило 24 чел. за последние 3 месяца, у мужчин – 0,04. Это подтверждает наличие значительной пересекающейся группы “НПВ-СР” (потребители НПВ, занятые в секс-работе), преимущественно среди каждой третьей женщины.

Таблица 5.3. Количество коммерческих партнеров, которые платили за секс за последние 3 месяца («ВАМ платили»), в зависимости от типа региона, пола, возраста

	Среднее	Медиана	Максимум	Минимум
В целом по выборке	11,54	0,00	0	300
18-30 лет	17,51	0,00	0	300
31-45 лет	0,09	0,00	0	5
46 и старше	0	0	0	0
Мужчина	0,04	0,00	0	5
Женщина	24,0	0,0	0	300
Регионы проекта КАСКАД	0,15	0,00	0	14
Все остальные регионы	18,8	0,00	0	300

При продаже секса использование презервативов выше: 39,1% используют всегда, 39,1% - почти всегда. Однако 8,7% используют редко и 8,7% - никогда, что создает риски как для самих секс-работников, так и для их клиентов.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

При последнем сексуальном контакте с клиентом 89,7% использовали презерватив, что является относительно высоким показателем. Однако в других регионах (не КАСКАД) этот показатель ниже - 85,7%.

Среди тех, кто указал время занятия секс-работой (63,0% от получавших деньги за секс), средний стаж варьирует значительно - от нескольких месяцев до 13 лет. Наиболее распространенные значения - 5-6 лет (по 11,1% и 18,5% соответственно) (см. Приложение 1). В таблице 5.4. представлен средний стаж занятия секс-работой в зависимости от различных категорий респондентов; самый большой стаж оказался у возрастной группы 31-45 лет, однако, количество коммерческих партнеров в этой группе незначительное, что говорит о том, респонденты этой возрастной категории имели опыт коммерческого секса в прошлом, а сейчас эта практика сократилась. В регионах проекта КАСКАД стаж занятия секс-работой выше, как мы видели, эта практика более характерна для Москвы (25% занимаются секс-работой, см. Приложение 1).

Таблица 5.4. Средний стаж занятия секс-работой в зависимости от регионов, возраста, пола респондентов

	Среднее количество лет	Среднее количество месяцев
В целом по выборке	5,99	6,00
18-30 лет	5,8	7,0
31-45 лет	10,0	0
46 и старше	0	0
Мужчина	0	6
Женщина	5,99	6
Регионы проекта КАСКАД	7,00	0,00
Все остальные регионы	5,96	7,00

37,0% респондентов, получавших деньги за секс, указали, что не занимаются секс-работой, что может отражать случайные эпизоды обмена секса на деньги или ценности, не воспринимаемые как систематическая секс-работа.

Таким образом, молодые респонденты в возрасте 18-30 лет, преимущественно женщины, чаще оказывают сексуальные услуги за деньги: среднее количество коммерческих партнеров, которые платили деньги за секс за последние 3 месяца составило 17,51 чел., среднее время занятия секс-работой составило 5,8 лет (если менее года – 7 месяцев). Доля ЛУН-СР в возрасте 18-30 лет составила 20% (в целом по выборке – 15%).

Женщины чаще мужчин оказывают коммерческие сексуальные услуги: среднее количество коммерческих партнеров, которые платили деньги за секс за последние 3 месяца составило 24

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции чел.; среднее время занятия секс-работой составляет 5,99 лет (у мужчин 0 лет; максимально 6 месяцев).

Мужчины чаще женщин имеют непостоянных сексуальных партнеров, которым не платят деньги (среднее количество 1,62 в сравнении с 1,24 у женщин) и которым платят деньги за секс.

5.4. Сексуальная история: партнеры своего пола

За последние 3 месяца 10,6% респондентов имели сексуальные контакты с партнерами своего пола. Эта практика наиболее распространена в Санкт-Петербурге (32,5%), что значительно превышает показатели других регионов. В Челябинской области сексуальные контакты с партнерами своего пола не были зафиксированы (0%), в Москве (5%).

Среди мужчин доля составила 9,1%, среди женщин - 12,2%. Наиболее высокая доля наблюдается в возрастной группе 18-30 лет (11,2%) (см. Приложение 1).

Среди тех, кто имел проникающие сексуальные контакты с партнерами своего пола (валидный процент из тех, кто ответил на вопрос), только 21,1% использовали презерватив при последнем контакте. Абсолютное большинство - 63,2% - не использовали презерватив, что является крайне высоким риском передачи ВИЧ и других ИППП.

Региональные различия значительны: в регионах КАСКАД презерватив использовали 22,2%, в других регионах - 25,9%. Примечательно, что в Санкт-Петербурге, где наиболее высока доля контактов с партнерами своего пола, лишь 7,1% использовали презерватив при последнем контакте. Использование презерватива среди мужчин при проникающем контакте с использованием пениса составило 22% - низкий процент, указывающий на высокий риск возможной передачи ВИЧ и других инфекций.

5.5. Сексуальная история: химсекс и групповой секс

Подавляющее большинство респондентов (71,5%) употребляли психоактивные вещества до или во время сексуального контакта для повышения качества секса (химсекс) за последние 3 месяца. Сексуализированное потребление наркотиков особенно широко распространено в Республике Татарстан (96,6%), Санкт-Петербурге (87,5%), Челябинской области (85,4%) и Омской области (92,3%). Напротив, в Москве доля составила 35,0%, что значительно ниже среднего показателя. Доля практикующих химсекс среди мужчин (65,2%) несколько ниже, чем среди женщин (78,4%), а также среди молодежи (положительно ответили 74% - 18-30 лет, 67% - 31-45 лет, 33% - старше 46 лет).

Среди респондентов, практикующих химсекс, доминирует мефедрон (включая его жаргонные названия «меф» и «мяу») — это вещество упоминается в подавляющем большинстве ответов (более 80%). На втором месте по популярности находится альфа-ПВП («альфа») - около 10-15% упоминаний. Значительно реже респонденты указывают синтетические катиноны («соль», «соли»), амфетамин и его производные («скорость»). Единичные упоминания получили кокаин,

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции экстази, спайс и метамфетамин («айс»). Некоторые респонденты указывают комбинированное употребление нескольких веществ (например, «меф, соль» или «экстази, кокаин, меф»). Таким образом, химсекс среди потребителей НПВ преимущественно связан с употреблением стимуляторов, в первую очередь мефедрона, что соответствует общим паттернам употребления НПВ в данной группе.

Среди практикующих химсекс 89,2% употребляли ПАВ неинъекционно, 15,7% - инъекционно (сумма превышает 100%, так как некоторые респонденты могли использовать оба пути). Наиболее высокая доля инъекционного употребления при химсексе наблюдалась в Свердловской области (63,6%), Республике Татарстан (39,3%) и Санкт-Петербурге (22,9%). В Москве и Челябинской области все практикующие химсекс употребляли ПАВ неинъекционно (100%).

22,4% респондентов принимали участие в групповом сексе за последние 3 месяца. Наиболее высокая доля наблюдалась в Республике Татарстан (41,4%), Свердловской области (30,8%), Санкт-Петербурге (27,5%). В регионах КАСКАД доля составила 15,7%, в остальных регионах выше - 26,7%.

Участие в групповом сексе более характерно для женщин (26,4%) по сравнению с мужчинами (18,9%).

Частота использования презервативов при групповом сексе варьирует: 35,7% используют всегда, 24,3% - почти всегда, 7,1% - в половине случаев, 18,6% - редко, и 14,3% - никогда.

Региональные различия значительны: в Москве 66,7% используют презерватив всегда, тогда как в Санкт-Петербурге этот показатель составил лишь 9,1%, а 63,6% используют редко. В Челябинской области показатели также низкие: только 20% используют всегда или почти всегда.

5.6. Барьерная защита

При последнем проникающем сексуальном контакте с любым типом партнера только 29,2% респондентов использовали презерватив. Абсолютное большинство (67,0%) не использовали барьерную защиту (см. Рис.5.5).

Региональные различия весьма значительны: наиболее высокая доля использования презерватива наблюдалась в Москве (52,5%), Калининградской области (40,0%) и Санкт-Петербурге (35,0%). Критически низкие показатели отмечены в Челябинской области (2,4%), Свердловской области (15,4%) и Республике Татарстан (13,8%). В регионах КАСКАД в целом показатель составил 29,8%, в других регионах - 28,8%.

По возрасту: наиболее высокая доля использования презерватива в группе 18-30 лет (33,7%), наиболее низкая - среди респондентов 46 лет и старше (20,2%).

По полу: мужчины чаще использовали презерватив (24,4%), чем женщины (34,5%).

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Таблица 5.5 Использование презерватива с различными типами партнеров.

Тип партнера	Всегда/Почти всегда	Редко/Никогда
Постоянный партнер	14,2%	77,3%
Непостоянный партнер	34,1%	50,0%
Партнер, которому платили (покупка секса)	68,0%	24,0%
Партнер, который платил (продажа секса)	78,2%	17,4%
Партнер своего пола	21,1%	63,2%
Групповой секс	60,0%	32,9%
Последний контакт любого типа	29,2%	67,0%

Сравнение ответов на вопрос об использовании презерватива при последнем проникающем контакте с любым типом партнера с данными по использованию презерватива с различными типами партнеров выявляет определенные несоответствия:

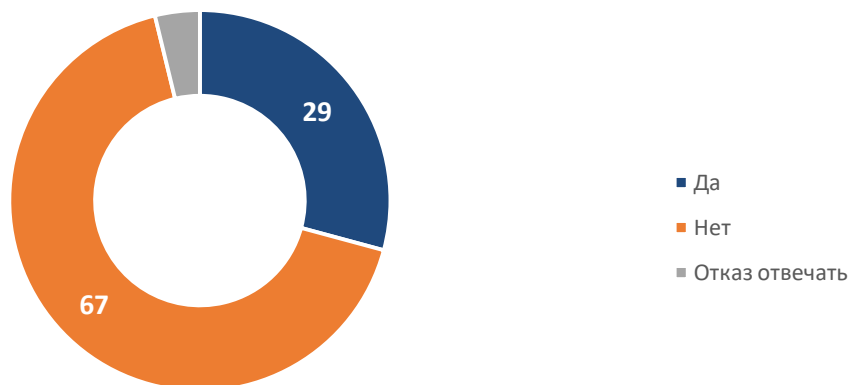
- При контакте с постоянным партнером только 14,2% используют презерватив всегда/почти всегда, но при последнем контакте с любым партнером 29,2% использовали презерватив
- С непостоянными партнерами 34,1% используют регулярно, что близко к показателю последнего контакта
- В коммерческом сексе использование презерватива значительно выше (68-78%), но это не отражается в общем показателе последнего контакта
- При групповом сексе 60% используют регулярно, но лишь 29,2% использовали при последнем контакте

Эти расхождения могут объясняться тем, что для большинства респондентов последним контактом был контакт с постоянным партнером, где использование презервативов минимально. Также вполне возможна социально-желательная тенденция при ответах на вопросы о регулярной практике использования презервативов.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Рисунок 5.5 Использование презервативов при последнем сексуальном контакте с любым типом партнера

Округленный % от общего числа респондентов



6. Здоровье, включая тестирование и лечение

В этом разделе будут описаны результаты, касающиеся состояния здоровья респондентов, их опыта тестирования на различные инфекции и опыта жизни с ВИЧ, включая приверженность лечению.

6.1 Оценка риска заражения ВИЧ

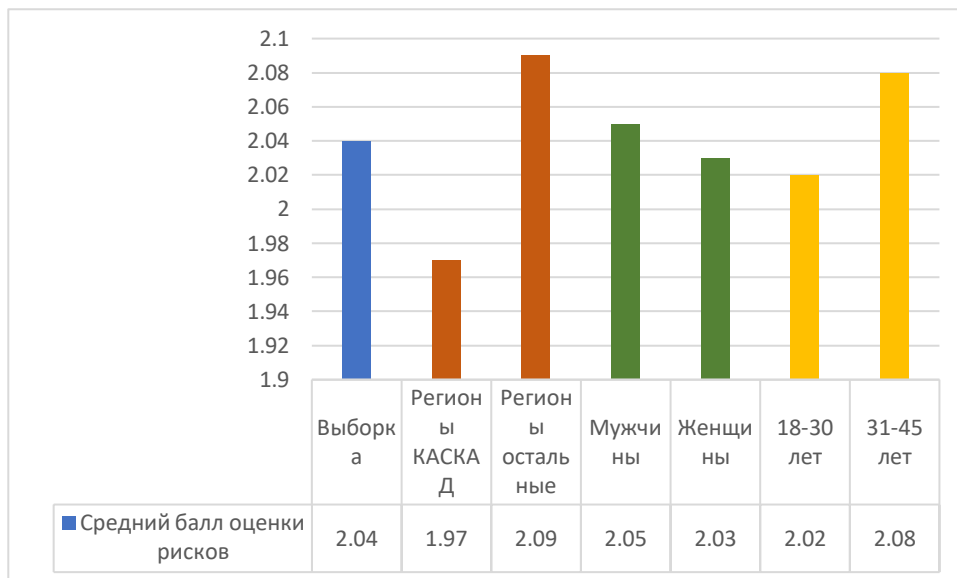
Несмотря на то, что среди респондентов мониторинга распространены рискованные практики (67% не использовали презерватив при последнем проникающем контакте с использованием пениса; 91% использовали с кем-нибудь общие трубочки и другие материалы для употребления наркотиков назально; только 66,4% при употреблении наркотиков инъекционно в последний раз использовали стерильные шприц и иглу; только 62% не пользовались чужим использованием инструментарием при употреблении наркотиков инъекционно в течение последнего месяца) оценка риска заражения ВИЧ и другими инфекциями в течение последних 3 месяцев явно занижена: в целом по выборке 26,9% респондентов сочли, что риска заражения ВИЧ и другими инфекциями не было совсем; 26,9% сочли риск незначительным; 16,7% - умеренным; 4,2% - значительным; 1,6% - крайне высоким (см. Приложение 1). Довольно большая доля респондентов не знают (7,1%), насколько велик был риск заражения ВИЧ и другими инфекциями.

16,7% респондентов отметили, что у них ВИЧ-положительный статус и таким образом не участвовали в оценке рисков передачи инфекций.

В зависимости от регионов, пола, возраста респондентов существенных отличий в оценках рисков заражения ВИЧ и другими инфекциями не выявлено (см. Рис.6.1.). На рисунке представлены средневзвешенные баллы; 1 балл – не было риска совсем; 2 балла – риск незначительный; 3 балла – умеренный; 4 балла – значительный; 5 баллов – крайне высокий. Как видно на рисунке 6.1., только в регионах проекта КАСКАД оценка рисков менее 2 баллов (незначительный риск, сдвигается в сторону не было риска совсем). Это обозначает, что большинство респондентов (62,8%, см. Приложение 1) минимизируют риски передачи ВИЧ-инфекции и других инфекций, что требует информационной работы в регионах проекта

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции КАСКАД. Среди остальных категорий оценка находится в пределах незначительного риска - 2 баллов (2,02-2,08).

Рисунок 6.1. Средневзвешенный балл оценки рисков заражения ВИЧ и другими инфекциями в течение последних 3 месяцев в зависимости от категорий респондентов



6.2. Тестирование на ВИЧ и другие инфекции

По результатам официальной статистики²⁸ количество ЛЖВ в 2024 году составило: г. Москва - 98 876 чел., г. Санкт-Петербург - 57 111 чел., Челябинская область - 51 493 чел. Данные о ЛУН-ЛЖВ отсутствуют.

Число новых выявленных случаев серопозитивности среди потребителей ПАВ на 100 000 обследованных образцов крови в 2024 году имеет положительную динамику (выросло) только в Калининградской области и Приморском крае (см. Таблицу 6.1), в остальных регионах РФ, охваченных мониторингом, число новых выявленных случаев среди потребителей ПАВ уменьшилось. При этом способ употребления не указывается.

Таблица 6.1. Количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей психоактивных веществ (код 102), обследованных в субъектах Российской Федерации²⁹

	2022			2023			2024		
	Обследовано образцов	ВИЧ+	ВИЧ+ на 100 тыс.	Обследовано образцов	ВИЧ+	ВИЧ+ на 100 тыс.	Обследовано образцов	ВИЧ+	ВИЧ+ на 100 тыс.
г. Москва	17 292	435	2 515,6	12 507	371	2 966,3	10 354	223	2 153,8
г. Санкт-Петербург	1 963	37	1 884,9	1 863	24	1 288,2	2 736	26	950,3

²⁸ ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №50, с.61-62. <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2025/12/hiv-infection-info-bulletin-50.pdf>

²⁹ ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №50, с.20-21. <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2025/12/hiv-infection-info-bulletin-50.pdf>

СПб БФ «Гуманитарное действие»

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Челябинская область	10 379	149	1 435,6	10 728	102	950,8	7 770	62	797,9
Калининградская область	1 360	18	1 323,5	1 489	18	1 208,9	738	13	1 761,5
Республика Татарстан	17 377	101	581,2	15 089	73	483,8	10 988	41	373,1
Свердловская область	12 230	340	2 780,0	12 195	292	2 394,4	12 232	216	1 765,9
Оренбургская область	1 042	21	2 015,4	805	17	2 111,8	680	8	1 176,5
Республика Коми	498	15	3 012,0	765	12	1 568,6	703	7	995,7
Тюменская область	3 773	59	1 563,7	4 356	49	1 124,9	4 848	46	948,8
Омская область	7 658	123	1 606,2	7 819	99	1 266,1	6 618	77	1 163,5
Приморский край	5 915	75	1 268,0	9 737	92	944,8	3 456	56	1 620,4
Хабаровский край	1 236	18	1 456,3	1 934	13	672,2	1 588	8	503,8

Опыт тестирования на различные виды инфекций участников мониторинга представлен в таблице 6.2., а результаты последнего теста в таблице 6.3. Наиболее высоким оказался охват тестированием на ВИЧ-инфекцию – 95% респондентов проходили тестирование когда либо, а результаты последнего свежего теста показали положительный результат у 21,5% респондентов.

На втором ранговом месте по охвату тестированием находится гепатит С: когда-либо сдавали тест 87%, положительный результат по результатам свежего теста у 32% респондентов.

Тестирование на сифилис проходили когда-либо 73% респондентов, положительный результат у 2,6%; соответствующие данные по гепатиту В – 69% тестировались и у 0,9% положительный результат.

Таблица 6.2. Опыт тестирования на различные виды инфекций (когда-либо)

	ВИЧ-инфекция	Гепатит В	Гепатит С	Сифилис
Да	95% (297)	69% (216)	87% (272)	73% (227)
Нет	5% (15)	31% (96)	13% (40)	27% (85)

Таблица 6.3. Результаты последнего свежего теста

ВИЧ-инфекция	Гепатит В	Гепатит С	Сифилис
Отрицательный 77,4% (230)	Отрицательный 97% (210)	Отрицательный 67% (182)	Отрицательный 95,6% (217)
Положительный 21,5% (64)	Положительный 0,9% (2)	Положительный 32% (87)	Положительный 2,6% (6)
Неопределённый 0,3% (1)	Неопределённый 0,5% (1)	Неопределённый 0,3% (1)	Неопределённый 0,4% (1)
Не знаю 0,7% (2)	Не знаю 1,4% (3)	Не знаю 0,7% (2)	Не знаю 1,3% (3)

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Лечение от гепатита С проходили когда-нибудь 9,6% респондентов в целом по выборке (30 чел.); валидный процент от имеющих положительный статус составляет 35% (30 чел. из 87 чел. имеющих антитела к гепатиту С проходили лечение).

Лечение от сифилиса проходили когда-нибудь 6,7% респондентов (21 чел.) в целом по выборке; в связи с тем, что на положительный результат тестирования на сифилис указали только 6 чел. в выборке, каждый третий получал лечение от сифилиса когда-либо, излечившись от заболевания.

В зависимости от категорий респондентов данные по охвату тестированием на различные инфекции и положительным результатом тестирования представлены в таблице 6.4. (некоторые полные данные см. в Приложении 1).

Охват тестированием на ВИЧ-инфекцию оказался самым высоким в регионах проекта КАСКАД (98%), что может быть увязано с тем, что важной интервенцией проекта является тестирование на ВИЧ; чем старше респонденты, тем выше распространенность ВИЧ-инфекции, причём, рывок распространенности в два раза происходит в возрасте после 30 лет (16,1% в группе 18-30 лет – 31,1% в группе 31-45 лет). Наиболее высокая распространенность ВИЧ зафиксирована среди потребителей инъекционных наркотиков, где результаты превышают значения по выборке в 2–2,5 раза (39,5% у нерегулярных потребителей, 56,6% у регулярных). Статистически значимая связь установлена только между потреблением наркотиков инъекционно и результатами тестирования, коэффициент сопряженности равен 0,426 при $p < 0,05$. *То есть инъекционное потребление наркотиков связано с наличием ВИЧ-инфекции среди потребителей*, что подтверждено многими исследованиями и нашим мониторингом, в частности.

На втором месте по охвату тестированием (87% в целом по выборке) находится гепатит С. Чаще всего тестирование на гепатит С проходили респонденты в возрасте 31-45 лет и среди них оказался самый высокий удельный вес положительных результатов (52%) в сравнении с молодежной группой (20%). Охват тестированием среди мужчин и женщин почти одинаковый и соответствует значению по выборке (87%), но среди мужчин выше доля респондентов с положительным результатом – 37,7% в сравнении с 25,8% у женщин. В регионах проекта КАСКАД охват выше (91%), а выявляемость ниже (28,2%). Среди потребителей наркотиков инъекционно отмечается самый высокий охват тестированием на гепатит С (91-92%) и самая высокая выявляемость (62-73%), при этом статистически значимая связь установлена только между потреблением наркотиков инъекционно и результатами тестирования, коэффициент сопряженности равен 0,492 при $p < 0,05$. *То есть инъекционное потребление наркотиков связано с наличием гепатита С среди потребителей*, что также подтверждено многими исследованиями и нашим мониторингом.

На третьем месте по охвату в целом по выборке – тестирование на сифилис: 73% тестировались, положительный результат выявлен у 2,6% респондентов. Среди возрастных групп самый высокий охват тестированием на сифилис представлен в возрасте 31-45 лет – 85% охвачено, 1,1% выявлено. Женщины (76%) несколько чаще мужчин (70%) проходили тестирование на сифилис, возможно, в связи с медосмотрами, процент выявления практически одинаков и не отличается от значений по выборке (2,6–2,7%). При близких к значениям по выборке охватам тестирования на сифилис (67-75%) положительный статус оказался выше, чем в среднем по выборке, в регионах проекта КАСКАД (3,3%) и среди потребителей наркотиков неинъекционным способом (3,3%).

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Охват тестированием на гепатит В оказался самым низким (от 60% до 77%), как и его распространенность (от 0,9% в целом по выборке до максимума 2,9% у нерегулярных потребителей наркотиков инъекционно).

Таблица 6.4. Охват тестированием и результаты тестирования в зависимости от категорий респондентов (в процентах)

Категории	ВИЧ-инфекция		Гепатит В		Гепатит С		Сифилис	
	Тестиرو вались	Статус +	Тестиро вались	Статус +	Тестиро вались	Статус +	Тестиро вались	Статус +
В целом по выборке	95,0	21,5	69,0	0,9	87,0	32,0	73,0	2,6
18-30 лет	94,0	16,1	60,0	0,0	82,0	20,0	66,0	3,7
31-45 лет	99,0	31,1	87,0	2,2	97,0	52,0	86,0	1,1
46 и старше	67,0	50,0	67,0	0,0	67,0	50,0	67,0	0,0
Мужчина	96,0	21,5	70,0	1,7	88,0	37,5	70,0	2,6
Женщина	94,0	21,6	68,0	0,0	87,0	25,8	76,0	2,7
Регионы проекта КАСКАД	98,0	11,9	77,0	0,0	91,0	28,2	75,0	3,3
Все остальные регионы	94,0	27,9	64,0	1,6	85,0	34,6	71,0	2,2
Нерегулярно употребляю в настоящее время инъекционно	94,0	39,5	74,0	2,9	91,0	62,0	72,0	3,0
Регулярно употребляю в настоящее время инъекционно	96,0	56,5	63,0	0,0	92,0	73,0	67,0	0,0
Нерегулярно употребляю в настоящее время неинъекционно	96,0	19,0	67,0	0,0	86,0	32,0	76,0	3,0
Регулярно употребляю в настоящее время неинъекционно	95,0	22,5	75,0	0,0	87,0	36,0	72,0	3,3

Основными причинами, по которым респонденты не проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию, являются (см. Приложение 1): представления о том, что не подвергаются риску передачи ВИЧ (86,7%); на втором месте с существенным разрывом в четыре раза две причины – страх перед положительным диагнозом (20%) и отсутствие времени пройти тест (20%) (см. Таблицу 6.5.).

Считают, что не подвергаются риску заражения ВИЧ, прежде всего, респонденты в возрасте 31-45 лет (100%), из Санкт-Петербурга (100%), мужчины (100%) (см. Таблицу 6.5).

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Страх перед положительным результатом испытывают 100% респондентов из Москвы, каждый четвертый в возрасте 18-30 лет (23%; в остальных возрастных группах – 0), женщины (22%) чаще мужчин (17%).

На отсутствие времени пройти тест ссылаются 100% респондентов старше 46 лет; респонденты из Москвы и чаще мужчины.

Не знают, где пройти тестирование молодые женщины из Калининграда.

Таблица 6.5 Причины отказа от тестирования на ВИЧ-инфекцию

Причины отказа (множественный выбор)	Процент по выборке	Данные в зависимости от категории респондентов
Я думаю, что не подвергаюсь риску заражения ВИЧ	86,7	Москва, Челябинск - 0, Санкт-Петербург-100%; Мужчины 100%, женщины 78%; 18-30 лет 92%, 31-45 лет 100%;
Страх перед положительным результатом	20,0	18-30 лет 23%, 31-45 лет и старше 46-0%; Москва 100%, Члб. и СПб. – 0%; мужчины 17%, женщины 22%;
Нет времени пройти тест	20,0	Старше 45 лет – 100%; Москва 100%, Члб. и СПб. – 0%; мужчины 17%, женщины 22%;
Не знаю, где пройти тестирование	13,3	Только Калининград 33%; только 15% в возрасте 18-30 лет; только женщины 22%;
Я боюсь раскрыть результат (родственникам, друзьям, знакомым), если он будет положительным	6,7	1 мужчина из другого региона в возрасте 18-30 лет
Стигматизация со стороны медицинских работников	6,7	1 женщина из Москвы 18-30 лет
Другое (что именно)	6,7	«Первый раз пришёл в Фонд, а до этого мыслей тестироваться не было».

6.3. Опыт АРВ-терапии и поддержка в лечении (для подвыборки с ВИЧ+)

Респондентам с ВИЧ-положительным статусом предлагалось ответить на вопрос о том, состоят ли они на диспансерном учете в региональном Центре СПИД. В целом по выборке (95,3%, 61 чел. состоит на ДУ из 64 ВИЧ+), соответственно, и по категориями респондентов (см. ниже) оказался высокий охват диспансерным наблюдением:

Москва: 100 % (4 из 4 чел.);

Санкт-Петербург: 83% (5 из 6 чел.; 1 чел. не состоит на ДУ);

Челябинск: 100% (4 из 4 чел.);

Региона проекта КАСКАД: 93% (13 из 14 чел.);

Остальные регионы: 96% (48 из 50 чел.);

18-30 лет: 97% (30 из 31 чел.);

31-45 лет: 94% (30 из 32 чел.);

46 и старше: 100% (1 из 1 чел.);

Мужчины: 94% (32 из 34 чел.)

Женщины: 97% (29 из 30 чел.)

Таким образом, не состоят на ДУ в Центре СПИД всего 3 чел.

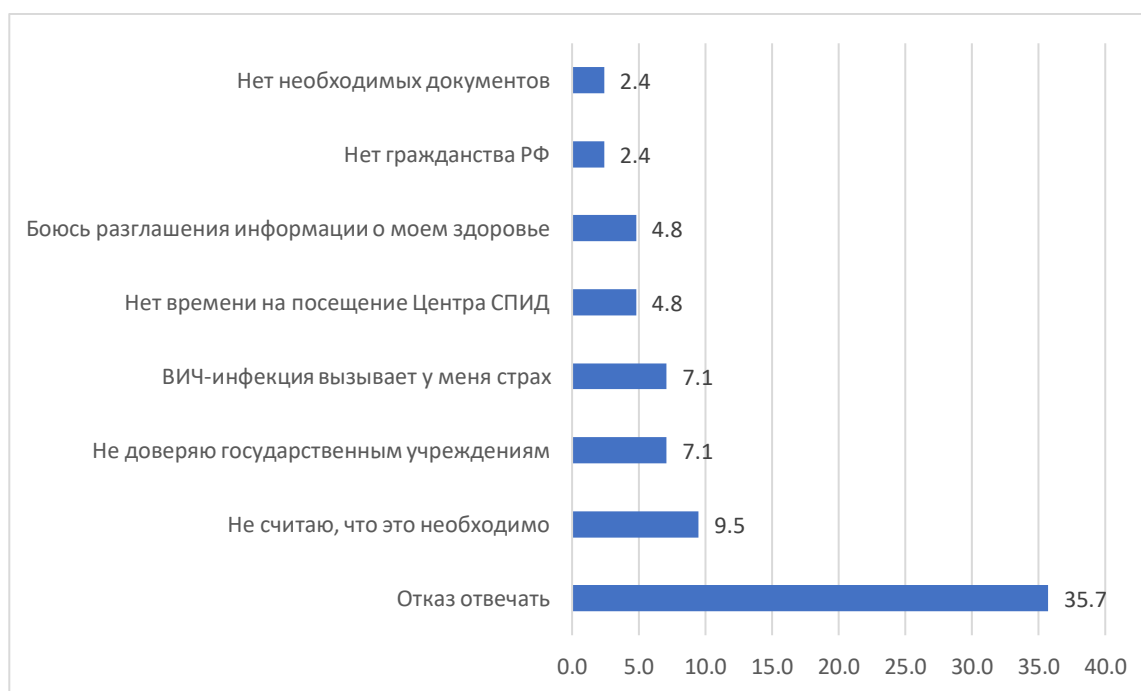
Период постановки на диспансерное наблюдение указан с 2006 до 2025 года, медиана – 2019 год.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Главной причиной отказа от постановки на ДУ в Центр СПИД является субъективное мнение респондентов о том, что это не является необходимостью (9,5%). Возможно, они не осведомлены, что бесплатное лечение можно получить только находясь на учёте в Центре СПИД. На втором месте (по 7,1%) – недоверие государственным учреждениям и страх перед ВИЧ-инфекцией (см. Рис.6.2.). Вопрос вызвал напряжение у каждого третьего респондента и 35,7% отказались от ответа.

Перечисленные в опроснике причины отказа от постановки на ДУ в связи с ВИЧ были уточнены респондентами в открытом варианте ответа: тяжело; не знаю, есть ли у меня ВИЧ-инфекция (2 чел.).

Рисунок 6.2. Причины отказа от постановки на ДУ (валидный процент от 42 чел. ответивших)



В связи с единичными ответами (малое количество не вставших на ДУ) дезагрегация данных не производится, но данные можно посмотреть в Приложении 1.

Прием АРВ-терапии

Респондентам, состоящим на диспансерном учете в Центре СПИД, задавался вопрос: принимали ли они когда-нибудь АРВ-препараты, т.е. препараты для лечения ВИЧ-инфекции. Результаты ответов на вопрос были очищены и приведены в соответствие, т.к. в варианте ответа «никогда не принимал/а» оказались те респонденты, которые «не имеют ВИЧ-инфекции». Валидные данные представлены на рис.6.3. Результаты таковы:

Только 63% респондентов регулярно принимает АРВ-терапию.

Нерегулярно принимают сейчас 11%; причинами нерегулярного приема являются: забывчивость; иногда забываю получить или не в состоянии получить; иногда, в наркотическом опьянении, забываю принимать лекарства; не всегда есть возможность приехать за терапией; не понимал, как пить; побочные действия; употребляю наркотики; торчу.

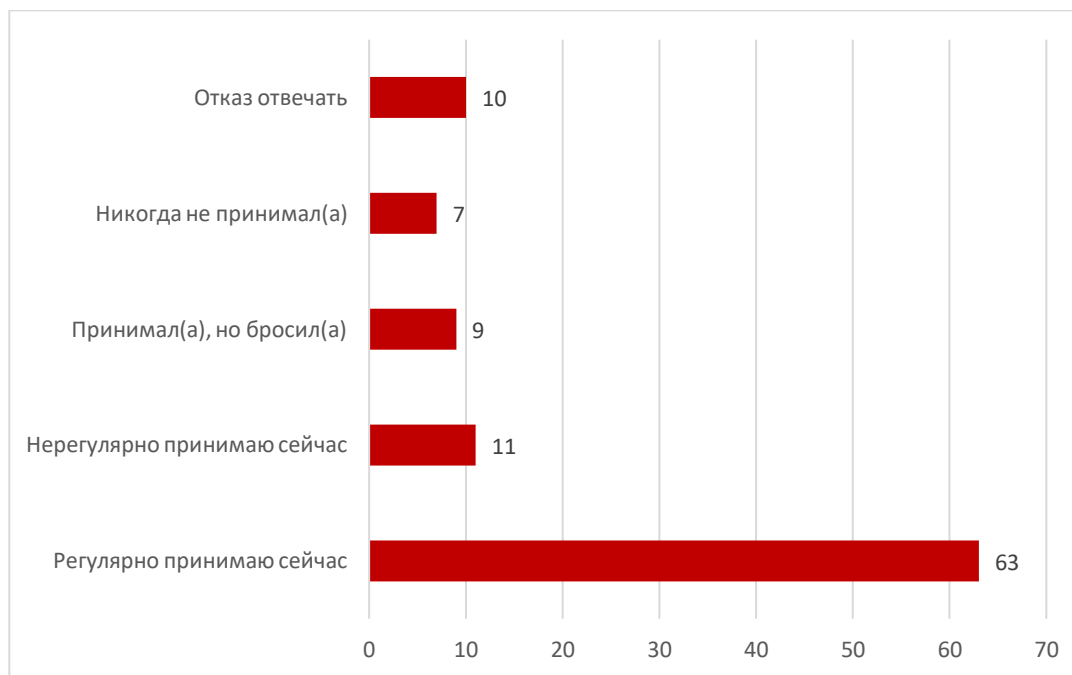
Принимали, но бросили 9%; причины: был на СВО, потом долго не начинал; надоело; нет сил, нет времени, употребляю; 1 раз принял 3 колеса регаста, чтобы кайфануть в наркологичке; побочные действия (2 чел.); финансовые проблемы были.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Никогда не принимал/а 7%; причины: незачем; не встал на ДУ; не знал, что это и где брать; т.к. боюсь встать на учёт и, соответственно, не получаю лекарства.

Каждый десятый респондент отказался отвечать.

Рисунок 6.3. Приём АРВ-терапии, округленные валидные данные в целом по выборке.



6.4. Использование доконтактной (ДКП) и постконтактной (ПКП) профилактики

Вопросы о доконтактной и постконтактной профилактике ВИЧ-инфекции задавались только респондентам, считавшим себя на момент участия в мониторинге ВИЧ-отрицательными. Результаты показывают существенные различия в использовании двух методов профилактики, а также незначительное количество респондентов, прибегавшим к ним.

Так, в целом по выборке (см. Таблицу 6.6.) ПКП принималась чаще (6,1%, всего 14 чел.), чем ДКП (1,7%, всего 4 чел.).

В регионах проекта КАСКАД чаще принималась ДКП (3,9%), а в остальных регионах чаще принималась ПКП (7,1%). Москва выделяется из регионов проекта КАСКАД тем, что (в сравнении с данными в целом по выборке) высок процент принимавших и ДКП (8,8%), и ПКП (14,7%). В Санкт-Петербурге и Челябинске ПКП не принимал никто, а ДКП принимали небольшое количество респондентов в Санкт-Петербурге (3,1%).

В зависимости от возраста также можно отметить некоторые тенденции. Так, респонденты старше 46 лет не знают, что такое ДКП и ПКП. Респонденты в возрасте 18-30 лет более активны в приёме ДКП (1,3%), а также ПКП (8,8%, остальные возрастные группы – 0%). Женщины чаще мужчин принимают ПКП (11,1% в сравнении с 1,6% мужчин). Ситуации, в которых это происходило, остались за рамками исследования.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Таблица 6.6. Приём ДКП и ПКП в зависимости от различных категорий респондентов, валидный процент

Категории респондентов	Приём ДКП			Приём ПКП		
	Да	Нет	Не знаю, что это такое	Да	Нет	Не знаю, что это такое
В целом по выборке	1,7	52,2	46,1	6,1	50,0	43,9
Москва	8,8	64,7	26,5	14,7	64,7	20,6
Санкт-Петербург	3,1	59,4	37,5	0,0	59,4	40,6
Челябинск	0,0	75,7	24,3	0,0	73,0	27,0
Регионы проекта КАСКАД	3,9	67,0	29,1	4,9	66,0	29,1
Остальные регионы	0,0	40,2	59,8	7,1	37,0	55,9
18-30 лет	1,3	52,5	46,3	8,8	48,1	43,1
31-45 лет	2,9	52,2	44,9	0,0	55,1	44,9
46 лет и старше	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Мужчины	1,6	59,0	39,3	1,6	57,4	41,0
Женщины	1,9	44,4	53,7	11,1	41,7	47,2

7. Потребности

В данном разделе описаны потребности людей, употребляющих новые психоактивные вещества (ЛУН НПВ), в медицинской и социальной помощи, а также предпочтения респондентов в отношении специалистов и форматов взаимодействия с ними.

7.1. Медицинская, социальная помощь и поддержка

Потребности в медицинской помощи

Среди наиболее востребованных направлений медицинской помощи доминируют запросы, связанные с психическим здоровьем и последствиями употребления психоактивных веществ.

Помощь в области психического здоровья является наиболее востребованной среди всех респондентов (43,3%). Особенно высока потребность в этом направлении в Санкт-Петербурге, где она достигает 97,5% — это существенно выше, чем в других регионах. В Москве этот показатель составляет 32,5%, в Челябинской области — 36,6%. Среди остальных регионов потребность в помощи психического характера составляет 55,4%, что также превышает средний показатель по регионам проекта КАСКАД (45,5%).

По возрастным группам различия менее выражены: среди респондентов 18-30 лет потребность составляет 35,6%, 31-45 лет — 40,5%, 46 лет и старше — 49,0%. С увеличением возраста растет запрос на психиатрическую и психологическую помощь. Половые различия минимальны: у мужчин потребность составляет 45,1%, у женщин — 41,2%.

Лечение последствий от употребления наркотиков занимает второе место по востребованности (38,8%). Наиболее высокие показатели зафиксированы в Санкт-Петербурге (62,5%) и Москве (55,0%), что значительно превышает средний уровень по выборке. В Челябинской области этот показатель составляет лишь 19,5%, что может свидетельствовать о

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции меньшей осознанности последствий употребления или о барьерах в доступе к медицинской помощи. Среди остальных регионов потребность составляет 34,6%.

По возрастным группам наблюдается следующее распределение: 18-30 лет — 33,2%, 31-45 лет — 49,0%, 46 лет и старше — 66,7%. Значительный рост с возрастом указывает на накопление медицинских проблем у долгосрочных потребителей наркотиков. Мужчины чаще, чем женщины, отмечают потребность в лечении последствий (45,1% против 31,8%).

Профилактика и лечение других инфекций (гепатит С, гепатит В, инфекции, передаваемые половым путем) актуальна для каждого пятого респондента (20,5%). Наиболее высокий запрос зафиксирован в Свердловской области (42,3%), Москве (23,0%) и остальных регионах (24,6%). В Санкт-Петербурге показатель составляет 17,5%, в Челябинской области — 9,8%.

Возрастная динамика демонстрирует U-образную кривую: среди молодых респондентов (18-30 лет) потребность составляет 13,7%, в средней возрастной группе (31-45 лет) снижается до 32,7%, а в старшей группе (46+) достигает 66,7%. Женщины чаще мужчин нуждаются в помощи по этому направлению (22,3% против 18,9%).

Профилактика или лечение ВИЧ-инфекции актуальна для 16,3% опрошенных. Максимальные значения отмечены в Свердловской области (34,6%), Омской области (30,8%) и Москве (25,0%). В Санкт-Петербурге показатель составляет 7,5%, в Челябинской области ВИЧ-помощь не была отмечена респондентами как приоритетная. Среди остальных регионов потребность составляет 19,9%, что выше среднего по регионам КАСКАД (10,7%).

По возрастным группам: 18-30 лет — 13,7%, 31-45 лет — 20,2%, 46+ лет — 66,7%. Старшая возрастная группа демонстрирует значительно более высокую потребность в услугах по ВИЧ. Мужчины чаще женщин указывают на необходимость помощи в этой области (12,8% против 20,3%).

Помощь в области эндокринологии (щитовидная железа, надпочечники, половые железы) востребована у 9,9% респондентов. Наиболее высокие показатели в Санкт-Петербурге (15,0%), Калининградской области (15,0%) и Москве (10,0%). По возрасту: 18-30 лет — 12,7%, 31-45 лет — 4,8%, 46+ — 0,0%. Молодые потребители чаще сталкиваются с эндокринными нарушениями, что может быть связано с последствиями употребления синтетических НПВ. Женщины значительно чаще мужчин нуждаются в эндокринологической помощи (14,2% против 6,1%).

Открытые ответы респондентов указывают на дополнительные медицинские потребности, не вошедшие в основной перечень:

- Специализированная хирургическая помощь (трофические язвы, флебология)
- Неврологическая помощь (последствия употребления для ЦНС, памяти, когнитивных функций)
- Гастроэнтерологическая помощь (печень, ЖКТ)
- Гинекологическая помощь (в том числе дорогостоящие прививки от ВПЧ)
- Стоматологическая помощь (повреждения зубов от сжимания челюсти во время употребления)
- Дерматологическая помощь (псориаз, кожные заболевания)
- Лечение хронических заболеваний (цирроз, сердечно-сосудистые заболевания)

Примечательно, что 29,8% респондентов указали, что им не нужна медицинская помощь. Наиболее высокая доля таких ответов зафиксирована в Омской области (46,2%), Республике Татарстан (41,4%) и Челябинской области (39,0%). В Санкт-Петербурге этот показатель

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции минимален (2,5%), что может свидетельствовать о более высокой осведомленности о рисках и лучшей доступности медицинских услуг. Москва также демонстрирует относительно низкий показатель отказа от медицинской помощи (25,0%).

Таблица 7.1. Ранжированный список наиболее востребованных направлений медицинской помощи (топ-7)

Направление медицинской помощи	Процент
Психическое (ментальное) здоровье	43,3
Лечение последствий от употребления наркотиков	38,8
Профилактика и лечение других инфекций (гепатит С, В, ИППП)	20,5
Профилактика или лечение ВИЧ-инфекции	16,3
Эндокринология	9,9
Профилактика и лечение сифилиса	1,6
Другое	9,3

Потребности в социальной помощи и поддержке

В отличие от медицинских услуг, потребности в социальной помощи менее выражены: половина респондентов (50,0%) указала, что социальная поддержка им не нужна.

Услуги правового характера являются наиболее востребованным направлением социальной поддержки (15,1%). Особенно высока потребность в Москве (25,0%), Челябинской области (12,2%) и Калининградской области (15,0%). В Санкт-Петербурге этот показатель составляет всего 2,5%. Среди остальных регионов потребность составляет 16,2%, что близко к среднему по КАСКАД (13,2%).

По возрастным группам распределение относительно равномерное: 18-30 лет — 15,6%, 31-45 лет — 13,5%, 46+ — 33,3%. Женщины несколько чаще мужчин нуждаются в правовой помощи (17,6% против 12,8%).

Помощь в трудоустройстве (создание резюме, регистрация на сайтах для поиска вакансий) актуальна для 12,2% респондентов. Наиболее высокий запрос отмечен в Москве (30,0%), Челябинской области (24,4%) и Калининградской области (25,0%). В Санкт-Петербурге этот показатель минимален (0,0%). Среди остальных регионов — 18,2%, что значительно выше среднего по КАСКАД (8,4%).

По возрасту: 18-30 лет — 13,2%, 31-45 лет — 10,6%, 46+ — 0,0%. Молодые респонденты чаще испытывают сложности с трудоустройством. Мужчины чаще женщин нуждаются в этой услуге (14,6% против 9,5%).

Оформление выплат социальных пособий, льгот, квот необходимо 10,3% опрошенных. Наиболее актуально в Калининградской области (15,0%), Москве (12,5%) и остальных регионах (11,5%). По возрасту: 18-30 лет — 10,7%, 31-45 лет — 9,6%, 46+ — 0,0%. Половые различия минимальны: мужчины — 9,1%, женщины — 11,5%.

Восстановление документов (паспорт, СНИЛС, полис ОМС) актуально для 8,7% респондентов. Максимальная потребность в Калининградской области (35,0%), Челябинской

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции области (14,6%) и Свердловской области (19,2%). По возрасту: 18-30 лет — 7,3%, 31-45 лет — 10,6%, 46+ — 33,3%. Старшая возрастная группа чаще сталкивается с утратой документов. Мужчины чаще женщин нуждаются в восстановлении документов (11,0% против 6,1%).

Помощь в записи к медицинским специалистам необходима 8,3% опрошенных, наиболее актуальна в Москве (15,0%) и Свердловской области (11,5%). Сопровождение в медицинское учреждение нужно 8,0% респондентов, с максимумом в Свердловской области (23,1%) и Москве (10,0%).

Помощь в связи с алиментами востребована у 7,1% опрошенных, причем в Москве этот показатель составляет 18,0%. По возрасту: 18-30 лет — 8,3%, 31-45 лет — 4,8%, 46+ — 0,0%. Это направление особенно актуально для женщин (12,2% против 2,4% у мужчин), что связано с половой спецификой алиментных обязательств.

Открытые ответы указывают на дополнительные социальные потребности:

- Специализированная медицинская помощь (пересадка кожи на трофические язвы, лечение гепатита С)
- Юридические услуги (банкротство, помощь с выплатами при увольнении из военной части)
- Материальная поддержка (продуктовые пакеты, детская одежда)
- Сопровождение в Центр СПИДа для возобновления лечения и наблюдения

Примечательно, что половина респондентов (50,0%) указала, что социальная помощь им не нужна. Наиболее высокая доля таких ответов в Санкт-Петербурге (90,0%), Республике Татарстан (75,9%) и Омской области (53,8%). В Москве — 35,0%, в Челябинской области — 14,6%. Молодые респонденты (18-30 лет) чаще отказываются от социальной помощи (52,2%), чем старшие возрастные группы (31-45 лет — 46,2%, 46+ — 33,3%). Женщины реже мужчин указывают на отсутствие потребности в социальной поддержке (56,8% против 43,9%)

Таблица 7.2. Ранжированный список наиболее востребованных направлений социальной помощи (топ-7)

Направление социальной помощи	% от ответивших
Услуги правового характера	15,1
Помощь в трудоустройстве (создание резюме, регистрация на сайтах)	12,2
Оформление выплат социальных пособий, льгот, квот	10,3
Восстановление документов (паспорт, СНИЛС, полис ОМС)	8,7
Помощь в записи к медицинским специалистам	8,3
Сопровождение в медицинское учреждение	8,0
Помощь в связи с алиментами	7,1

7.2. Помощь специалистов и формат взаимодействия с ними

Потребности в помощи специалистов

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Потребность в профессиональной помощи специалистов выражена достаточно высоко: только 17,6% респондентов указали, что помощь специалистов им не нужна.

Психолог является наиболее востребованным специалистом — более половины респондентов (52,2%) хотели бы получить психологическую помощь. Особенно высока потребность в Санкт-Петербурге (87,5%), Республике Татарстан (69,0%) и Калининградской области (55,0%). В Москве этот показатель составляет 35,0%, что ниже среднего. Среди остальных регионов потребность составляет 51,3%, что близко к среднему по КАСКАД (53,7%).

По возрастным группам различия минимальны: 18-30 лет — 50,2%, 31-45 лет — 55,8%, 46+ — 66,7%. Женщины чаще мужчин нуждаются в помощи психолога (53,4% против 51,2%).

Психотерапевт востребован у 26,9% опрошенных. Максимальная потребность в Санкт-Петербурге (52,5%), Калининградской области (25,0%) и Москве (22,5%). По возрасту: 18-30 лет — 24,9%, 31-45 лет — 31,7%, 46+ — 0,0%. Женщины чаще мужчин хотели бы получить помощь психотерапевта (29,7% против 24,4%).

Нарколог нужен 26,3% респондентов. Наиболее высокие показатели в Санкт-Петербурге (85,0%), Москве (37,5%) и Свердловской области (26,9%). Среди остальных регионов потребность значительно ниже — 17,3%, что указывает на большую осознанность проблемы в регионах КАСКАД (40,5%). По возрасту: 18-30 лет — 22,0%, 31-45 лет — 35,6%, 46+ — 0,0%. Средняя возрастная группа чаще обращается за наркологической помощью. Мужчины и женщины демонстрируют сопоставимую потребность (26,2% и 26,4% соответственно).

Юрист востребован у 22,4% опрошенных. Максимальная потребность в Москве (30,0%), Калининградской области (25,0%) и Челябинской области (22,0%). По возрасту: 18-30 лет — 20,0%, 31-45 лет — 26,9%, 46+ — 33,3%. С возрастом растет потребность в юридической помощи. Женщины чаще мужчин нуждаются в услугах юриста (25,0% против 20,1%).

Равный консультант актуален для 21,8% респондентов. Наиболее высокий запрос в Свердловской области (46,2%), Республике Татарстан (31,0%) и Калининградской области (25,0%). В Москве этот показатель минимален (5,0%). Среди остальных регионов потребность составляет 27,7%, что значительно выше среднего по КАСКАД (12,4%).

По возрасту: 18-30 лет — 19,5%, 31-45 лет — 26,0%, 46+ — 33,3%. Средняя и старшая возрастные группы чаще нуждаются в помощи равных консультантов. Женщины и мужчины демонстрируют сопоставимую потребность (23,6% и 20,1% соответственно).

Психиатр нужен 21,5% опрошенных. Максимальная потребность в Санкт-Петербурге (80,0%), Москве (22,5%) и Республике Татарстан (13,8%). Среди остальных регионов потребность значительно ниже — 12,6%, что указывает на большую осознанность психиатрических проблем в регионах КАСКАД (35,5%).

По возрасту: 18-30 лет — 20,5%, 31-45 лет — 24,0%, 46+ — 0,0%. Женщины чаще мужчин нуждаются в помощи психиатра (22,3% против 20,7%).

Открытые ответы указывают на потребность в дополнительных специалистах:

- Медицинские специалисты узкого профиля (флеболог, ортопед, невролог, гинеколог, гастроэнтеролог, эндокринолог, онколог, хирург, стоматолог, кожно-венерологический диспансер);
- Комплексный чекап организма;

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

- Дружеское человеческое общение (указывает на дефицит социальной поддержки и коммуникации).

Таблица 7.3. Ранжированный список наиболее востребованных специалистов (топ-7):

Направление социальной помощи	% от ответивших
Психолог	52,2
Психотерапевт	26,9
Нарколог	26,3
Юрист	22,4
Равный консультант	21,8
Психиатр	21,5
Другое	6,1

Формат взаимодействия со специалистами

Большинство респондентов (72,8%) предпочитают очный формат взаимодействия со специалистами, однако более трети (37,7%) готовы к онлайн-консультациям.

Офлайн (очный) формат предпочитают 72,8% респондентов. Наиболее высокие показатели в Республике Татарстан (88,5%), Санкт-Петербурге (85,0%) и Челябинской области (73,3%). В Москве этот показатель составляет 72,7%, в Калининградской области — 56,3%, в Омской области — 20,0%. Среди остальных регионов предпочтение офлайн-формату отдают 77,7% респондентов, что выше среднего по КАСКАД (69,5%).

По возрасту: 18-30 лет — 68,9%, 31-45 лет — 78,5%, 46+ — 100,0%. С возрастом растет предпочтение очного формата. Мужчины чаще женщин предпочитают офлайн-взаимодействие (76,7% против 69,3%).

Онлайн (удаленный) формат готовы использовать 37,7% опрошенных. Максимальная готовность в Калининградской области (62,5%), Омской области (60,0%) и Москве (57,6%). В Санкт-Петербурге этот показатель составляет 42,5%, в Челябинской области — 46,7%, в Республике Татарстан — всего 7,7%. Среди остальных регионов готовность к онлайн-формату составляет 30,5%, что ниже среднего по КАСКАД (48,5%).

По возрасту: 18-30 лет — 37,9%, 31-45 лет — 37,6%, 46+ — 33,3%. Возрастные различия минимальны. Мужчины и женщины демонстрируют сопоставимую готовность к онлайн-формату (38,7% и 36,7% соответственно).

Открытые ответы респондентов, предпочитающих онлайн-формат, указывают на следующие предпочтительные каналы связи:

- Telegram является безусловным лидером — упоминается подавляющим большинством респондентов
- WhatsApp³⁰ — второй по популярности мессенджер
- VK (ВКонтакте) — третий по востребованности канал
- Видеоконференции (Zoom, МТС, Яндекс Телемост, FaceTime, Discord)
- Телефонные звонки

³⁰ Компания Meta* (соцсети Facebook и Instagram) признана экстремистской и ее деятельность запрещена в РФ

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

- Некоторые респонденты затрудняются назвать конкретные каналы связи или указывают «любые доступные»

Кросс-анализ: предпочитаемые специалисты и формат взаимодействия

Для понимания того, с какими специалистами респонденты готовы взаимодействовать онлайн, а с какими предпочитают очный формат, был проведен кросс-анализ соответствующих вопросов.

Психолог оказался наиболее востребованным специалистом в обоих форматах: среди тех, кто предпочитает онлайн-взаимодействие, психолога выбрали 73,2% респондентов, а среди предпочитающих офлайн-формат этот показатель составил 65,2%. Психотерапевт показал практически одинаковые результаты в обоих форматах: 35,1% среди предпочитающих онлайн и 34,8% среди тех, кто выбирает очный формат. Психиатра выбрали 33,0% респондентов, предпочитающих онлайн-взаимодействие, и 26,7% тех, кто предпочитает офлайн. Равный консультант оказался более востребован в офлайн-формате: его выбрали 31,6% респондентов, предпочитающих очное взаимодействие, против 23,7% среди тех, кто предпочитает онлайн. Нарколог также показал близкие значения в обоих форматах: 35,1% среди предпочитающих онлайн и 33,2% в группе выбирающих офлайн. Юриста выбрали 33,0% респондентов, предпочитающих онлайн-формат, и 25,7% тех, кто отдает предпочтение очному взаимодействию.

Анализ показывает следующие закономерности:

- Психолог одинаково востребован в обоих форматах, хотя среди предпочитающих онлайн-взаимодействие потребность несколько выше (73,2% против 65,2%). Это указывает на то, что психологическую помощь респонденты готовы получать удаленно.
- Психотерапевт и нарколог демонстрируют практически одинаковую востребованность в онлайн и офлайн-форматах (около 35% в обоих случаях), что свидетельствует о нейтральном отношении к формату взаимодействия с этими специалистами.
- Психиатр несколько более востребован среди предпочитающих онлайн-формат (33,0% против 26,7%), что может быть связано с желанием сохранить анонимность при обращении за психиатрической помощью.
- Юрист также более востребован в онлайн-формате (33,0% против 25,7%). Юридические консультации часто не требуют личного присутствия, что делает их удобными для удаленного формата.
- Равный консультант более востребован в офлайн-формате (31,6% против 23,7%). Это может быть связано с тем, что личный контакт с человеком, имеющим схожий опыт, воспринимается как более ценный и поддерживающий.

Таблица 7.4. Потребность в специалистах по формату взаимодействия

Специалист	Предпочитают онлайн (%)	Предпочитают офлайн (%)
Психолог	73,2	65,2
Психотерапевт	35,1	34,8
Психиатр	33,0	26,7
Равный консультант	23,7	31,6

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Нарколог	35,1	33,2
Юрист	33,0	25,7

8. Услуги по профилактике ВИЧ-инфекции

В данном разделе представлены результаты мониторинга осведомленности респондентов о профилактике ВИЧ-инфекции, оценка услуг, оказываемых в проекте КАСКАД, а также анализ дополнительных потребностей потребителей новых психоактивных веществ в профилактических услугах.

8.1. Оценка услуг проекта КАСКАД

Осведомленность о профилактике ВИЧ и роли некоммерческих организаций

Анализ осведомленности респондентов о профилактике ВИЧ-инфекции выявил существенные различия между регионами проекта КАСКАД и остальными территориями. В целом по выборке 64,7% респондентов знакомы с понятием профилактики ВИЧ (меры по предотвращению передачи вируса, включая информирование, тестирование, консультирование и снижение вреда), в то время как 34,9% указали на отсутствие такой осведомленности.

По типу региона наблюдается критическая разница: в регионах проекта КАСКАД осведомленность составляет 88,4%, что почти в два раза выше показателя остальных регионов — 49,7%. Эта разница свидетельствует о высокой эффективности информационно-просветительской работы проекта.

По конкретным городам и регионам картина следующая: наивысший уровень осведомленности зафиксирован в Челябинской области — 97,6%, что указывает на практически полный охват целевой аудитории. В Санкт-Петербурге показатель составил 90,0%, в Москве — 77,5%. Среди остальных регионов выборки наблюдается более низкая осведомленность: Республика Татарстан — 86,2%, Свердловская область — 88,5%, Омская область — 7,7%, Калининградская область — 50,0%, Тверская область — 0%, категория «Другое» — 36,0%. Необходимо отметить, что 0,3% респондентов отказались от ответа.

Таблица 8.1. Осведомленность о профилактике ВИЧ по регионам

Регион	Осведомлены (%)
Челябинская область	97,6
Санкт-Петербург	90,0
Свердловская область	88,5
Республика Татарстан	86,2
Москва	77,5
Калининградская область	50,0
Омская область	7,7
Тверская область	0

По возрастным группам различия менее выражены, но значимы: молодые респонденты 18-30 лет демонстрируют осведомленность на уровне 62,9%, возрастная группа 31-45 лет — 69,2%, что указывает на более высокую информированность людей среднего возраста. Примечательно,

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции что в старшей возрастной группе (46 и старше) осведомленность резко снижается до 33,3%, что может быть связано как с меньшей включенностью в профилактические программы, так и с особенностями данной подгруппы в выборке.

По гендерному признаку мужчины демонстрируют более высокую осведомленность — 71,3% против 57,4% среди женщин, что может отражать различия в доступе к информационным ресурсам или степени вовлеченности в профилактические программы.

Осведомленность о роли некоммерческих организаций в профилактике ВИЧ оказалась выше общей осведомленности о региональной профилактике: 76,6% респондентов знают, что помощь можно получить не только в государственных, но и в некоммерческих организациях. Однако 22,8% респондентов об этом оказались не осведомлены.

По типу региона разрыв также значителен: в регионах КАСКАД 95,0% респондентов знают о роли НКО, тогда как в остальных регионах этот показатель составляет 64,9%. Это указывает на успешность работы проекта по позиционированию некоммерческого сектора как важного элемента системы профилактики.

По конкретным городам и регионам: в Санкт-Петербурге, Челябинской и Тверской областях осведомленность о роли НКО достигает 100%, что свидетельствует о полном охвате аудитории этой информацией. В Москве показатель составляет 85,0%. Среди остальных регионов картина неоднородна: Свердловская область — 88,5%, Республика Татарстан — 86,2%, Омская область — 76,9%, Калининградская область — 50,0%. Доля отказов от ответа составила 0,6%.

По возрасту различия менее выражены: 18-30 лет — 76,6%, 31-45 лет — 78,8%. Критически важно отметить, что в возрастной группе 46 и старше осведомленность о роли НКО составила 0%, что требует особого внимания при разработке стратегий охвата этой аудитории.

По полу: мужчины — 78,7%, женщины — 74,3%, различия минимальны и не являются критически значимыми.

Знание конкретных некоммерческих организаций

Респонденты, знающие о роли НКО в профилактике ВИЧ, назвали конкретные организации в своих регионах. Анализ показывает высокую осведомленность о профильных НКО в регионах проекта КАСКАД.

В Санкт-Петербурге наиболее известной организацией является «Гуманитарное действие» — её назвали 100% респондентов из этого города, перечисливших НКО. Это указывает на доминирующую позицию организации в информационном поле и высокую узнаваемость бренда. Также респонденты упоминали «Ассоциацию ЕВА» (7,5%), «Диаконию» (5,0%) и «Фонд СПИД.ЦЕНТР» (7,5%) и «Центр СПИД» (2,5%)

В Москве наиболее часто упоминаемой организацией стала «Позитивная инициатива» — 69,7% респондентов из столицы. Значительная доля респондентов также называла «Точку сборки» (45,5%). Менее известны «Марфа» (12,1%), LaSky (9,1%) и «Фонд СПИД.ЦЕНТР» (6,1%), «Центр СПИД» (6,1%) и «Ночлежка» (3,0%). Стоит отметить, что 12,1% респондентов из Москвы ответили «Не знаю».

В Челябинской области безусловным лидером является «Источник надежды» — 90,2% респондентов из региона. Также упоминались «Точка опоры» (12,2%), «НИЦ "Есть мнение"» (7,3%) и «Наркомед» (2,4%).

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции
В других регионах картина следующая:

- Республика Татарстан: «Шаг навстречу» знают все респонденты (100%), назвавшие НКО в этом регионе
- Омская область: «Всё в твоих руках» (60,0%), значительная доля респондентов отказалась от ответа (30,0%), также отмечается высокая доля указавших «Не знаю» (10,0%)
- Калининградская область: «Становление» (80,0%), «Статус+» (50,0%), «Российский Красный Крест» (20,0%), также 20,0% респондентов ответили «Не знаю»
- Свердловская область: «Фонд Новая жизнь» (47,8%), «Фонд Независимость» (43,5%), «Равные» (34,8%), «Ступени» (21,7%), «Дорога к жизни» (4,3%)
- Тверская область: 100% респондентов ответили «Не знаю», что указывает на отсутствие осведомленности о конкретных НКО

Важно отметить, что в регионах проекта КАСКАД доля респондентов, не знающих конкретных НКО, составила всего 3,5%, в то время как в остальных регионах этот показатель достигает 15,1%, что подчеркивает более высокую эффективность коммуникационной стратегии проекта.

Оценка важности и доступности услуг проекта

Анализ потребностей в профилактических услугах и их фактического получения позволяет выявить разрывы между спросом и предложением. Для каждой услуги рассчитывалась доля тех, кто считает услугу важной, но не получал её (показатель неудовлетворенного спроса).

Таблица 8.2. Сводная таблица разрыва между спросом и предложением по всем услугам среди всех респондентов

Услуга	Неудовлетворенный спрос (%)
Правовое сопровождение	53,2
Консультации гинеколога	51,6
Консультации по ментальному здоровью	49,7
Перенаправления в другие организации	45,2
Психологические консультации	44,6
Тестирование на сифилис	41,0
Консультации хирурга	38,1
Группы взаимопомощи	31,4
Тестирование на гепатит С	29,8
Выдача мотивационного набора	27,2
Консультации социального работника	25,3
Информирование о ВИЧ, ИППП	24,7
Тестирование на ВИЧ	20,2

Тестирование на ВИЧ является наиболее востребованной услугой. В целом по выборке разрыв между потребностью и получением составляет 20,2%.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

- По типу региона: в регионах КАСКАД разрыв составляет 9,9%, в остальных регионах он выше — 26,7%.
- По географии: Москва — 17,5%, Санкт-Петербург — 10,0%, Челябинская область — 2,4%, Калининградская область — 35,0%, Омская область — 0,0%, Республика Татарстан — 13,8%, Свердловская область — 19,2%, Тверская область — 66,7%.
- По возрасту: 18–30 лет — 17,6%, 31–45 лет — 24,0%, 46 лет и старше — 66,7%.
- По полу: мужчины — 21,3%, женщины — 18,9%.

Тестирование на гепатит С входит в число приоритетных услуг, общий разрыв составляет 29,8%.

- По типу региона: КАСКАД — 12,4%, остальные регионы — 40,8%.
- По географии: Москва — 17,5%, Санкт-Петербург — 7,5%, Челябинская область — 12,2%, Калининградская область — 65,0%, Омская область — 30,8%, Республика Татарстан — 17,2%, Свердловская область — 34,6%, Тверская область — 66,7%.
- По возрасту: 18–30 лет — 28,8%, 31–45 лет — 30,8%, 46 лет и старше — 66,7%.
- По полу: мужчины — 31,7%, женщины — 27,7%.

Тестирование на сифилис – общий показатель неудовлетворенного спроса равен 41,0%.

- По типу региона: КАСКАД — 21,5%, остальные регионы — 53,4%.
- По географии: Москва — 27,5%, Санкт-Петербург — 5,0%, Челябинская область — 31,7%, Калининградская область — 45,0%, Омская область — 30,8%, Республика Татарстан — 82,8%, Свердловская область — 46,2%, Тверская область — 66,7%.
- По возрасту: 18–30 лет — 43,4%, 31–45 лет — 37,5%, 46 лет и старше — 0,0%.
- По полу: мужчины — 40,9%, женщины — 41,2%.

Психологические консультации – разрыв по всей выборке составляет 44,6%.

- По типу региона: КАСКАД — 31,4%, остальные регионы — 52,9%.
- По географии: Москва — 55,0%, Санкт-Петербург — 5,0%, Челябинская область — 34,1%, Калининградская область — 90,0%, Омская область — 38,5%, Республика Татарстан — 48,3%, Свердловская область — 38,5%, Тверская область — 33,3%.
- По возрасту: 18–30 лет — 44,4%, 31–45 лет — 44,2%, 46 лет и старше — 66,7%.
- По полу: мужчины — 49,4%, женщины — 39,2%.

Консультации по ментальному здоровью (психиатр, психотерапевт) – один из самых высоких показателей разрыва, который доходит до 49,7%.

- По типу региона: КАСКАД — 35,5%, остальные регионы — 58,6%.
- По географии: Москва — 62,5%, Санкт-Петербург — 5,0%, Челябинская область — 39,0%, Калининградская область — 80,0%, Омская область — 53,8%, Республика Татарстан — 89,7%, Свердловская область — 50,0%, Тверская область — 0,0%.
- По возрасту: 18–30 лет — 48,3%, 31–45 лет — 52,9%, 46 лет и старше — 33,3%.
- По полу: мужчины — 52,4%, женщины — 46,6%.

Консультации социального работника / равного консультанта – общий разрыв составляет 25,3%.

- По типу региона: КАСКАД — 14,0%, остальные регионы — 32,5%.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

- По географии: Москва — 10,0%, Санкт-Петербург — 17,5%, Челябинская область — 14,6%, Калининградская область — 45,0%, Омская область — 23,1%, Республика Татарстан — 10,3%, Свердловская область — 15,4%, Тверская область — 100,0%.
- По возрасту: 18–30 лет — 23,9%, 31–45 лет — 26,9%, 46 лет и старше — 66,7%.
- По полу: мужчины — 27,4%, женщины — 23,0%.

Выдача мотивационного набора – разрыв по всей выборке составляет 27,2%.

- По типу региона: КАСКАД — 9,9%, остальные регионы — 38,2%.
- По географии: Москва — 20,0%, Санкт-Петербург — 5,0%, Челябинская область — 4,9%, Калининградская область — 55,0%, Омская область — 38,5%, Республика Татарстан — 37,9%, Свердловская область — 0,0%, Тверская область — 66,7%.
- По возрасту: 18–30 лет — 30,2%, 31–45 лет — 20,2%, 46 лет и старше — 66,7%.
- По полу: мужчины — 23,2%, женщины — 31,8%.

Краткое информирование о ВИЧ, ИППП, путях передачи – разрыв по всей выборке составляет 24,7%.

- По типу региона: КАСКАД — 9,1%, остальные регионы — 34,6%.
- По географии: Москва — 17,5%, Санкт-Петербург — 7,5%, Челябинская область — 2,4%, Калининградская область — 45,0%, Омская область — 23,1%, Республика Татарстан — 10,3%, Свердловская область — 11,5%, Тверская область — 0,0%.
- По возрасту: 18–30 лет — 23,4%, 31–45 лет — 26,9%, 46 лет и старше — 33,3%.
- По полу: мужчины — 25,0%, женщины — 24,3%.

Медицинские консультации по репродуктивному здоровью (гинеколог) демонстрируют критически высокий показатель неудовлетворенного спроса, который доходит до 51,6%.

- По типу региона: КАСКАД — 38,8%, остальные регионы — 59,7%.
- По географии: Москва — 65,0%, Санкт-Петербург — 25,0%, Челябинская область — 26,8%, Калининградская область — 75,0%, Омская область — 38,5%, Республика Татарстан — 96,6%, Свердловская область — 46,2%, Тверская область — 66,7%.
- По возрасту: 18–30 лет — 53,2%, 31–45 лет — 47,1%, 46 лет и старше — 100,0%.
- По полу: мужчины — 43,9%, женщины — 60,1%.

Консультации хирурга – общий разрыв составляет 38,1%.

- По типу региона: КАСКАД — 28,1%, остальные регионы — 44,5%.
- По географии: Москва — 52,5%, Санкт-Петербург — 10,0%, Челябинская область — 22,0%, Калининградская область — 30,0%, Омская область — 38,5%, Республика Татарстан — 82,8%, Свердловская область — 26,9%, Тверская область — 0,0%.
- По возрасту: 18–30 лет — 35,6%, 31–45 лет — 42,3%, 46 лет и старше — 66,7%.
- По полу: мужчины — 40,9%, женщины — 35,1%.

Группы взаимопомощи – разрыв по всей выборке составляет 31,4%.

- По типу региона: КАСКАД — 31,4%, остальные регионы — 31,4%.
- По географии: Москва — 62,5%, Санкт-Петербург — 10,0%, Челябинская область — 22,0%, Калининградская область — 25,0%, Омская область — 15,4%, Республика Татарстан — 62,1%, Свердловская область — 26,9%, Тверская область — 33,3%.
- По возрасту: 18–30 лет — 35,1%, 31–45 лет — 24,0%, 46 лет и старше — 33,3%.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

- По полу: мужчины — 32,3%, женщины — 30,4%.

Перенаправления в другие организации – общий разрыв составляет 45,2%.

- По типу региона: КАСКАД — 35,5%, остальные регионы — 51,3%.
- По географии: Москва — 57,5%, Санкт-Петербург — 20,0%, Челябинская область — 29,3%, Калининградская область — 45,0%, Омская область — 23,1%, Республика Татарстан — 86,2%, Свердловская область — 65,4%, Тверская область — 100,0%.
- По возрасту: 18–30 лет — 43,4%, 31–45 лет — 48,1%, 46 лет и старше — 66,7%.
- По полу: мужчины — 48,2%, женщины — 41,9%.

Правовое сопровождение – имеет самый высокий показатель разрыва среди всех услуг равный 53,2%.

- По типу региона: КАСКАД — 43,8%, остальные регионы — 59,2%.
- По географии: Москва — 50,0%, Санкт-Петербург — 15,0%, Челябинская область — 65,9%, Калининградская область — 45,0%, Омская область — 46,2%, Республика Татарстан — 86,2%, Свердловская область — 65,4%, Тверская область — 66,7%.
- По возрасту: 18–30 лет — 52,2%, 31–45 лет — 54,8%, 46 лет и старше — 66,7%.
- По полу: мужчины — 56,7%, женщины — 49,3%.

Получение услуг в онлайн-формате

Анализ использования онлайн-форматов для получения профилактических услуг показывает, что в целом по выборке 58,0% респондентов не получали никаких услуг онлайн, в то время как 42,0% имели опыт получения хотя бы одной услуги в дистанционном формате.

По типу региона наблюдаются существенные различия: в регионах КАСКАД 44,6% не получали услуг онлайн (соответственно, 55,4% получали), в то время как в остальных регионах эта доля составляет 66,5% (33,5% получали). Это указывает на более активное внедрение онлайн-форматов в рамках проекта КАСКАД.

По конкретным городам: наименьшая доля не получавших онлайн-услуг в Омской области — 30,8% (соответственно, 69,2% получали). В Москве не получали онлайн-услуг 37,5% (62,5% получали), в Санкт-Петербурге — 32,5% (67,5% получали), в Челябинской области — 63,4% (36,6% получали). В Республике Татарстан доля не получавших онлайн-услуг составила 82,8% (17,2% получали), в Калининградской области — 50,0% (50,0% получали), в Свердловской области — 46,2% (53,8% получали). В Тверской области все опрошенные имели опыт получения услуг онлайн (0,0% не получавших).

Таблица 8.3. Получение онлайн-услуг по городам и областям

Регион	Не получали онлайн-услуги (%)	Получали онлайн-услуги (%)
Тверская область	0,0	100,0
Омская область	30,8	69,2
Санкт-Петербург	32,5	67,5
Москва	37,5	62,5
Калининградская область	50,0	50,0

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Свердловская область	46,2	53,8
Челябинская область	63,4	36,6
Республика Татарстан	82,8	17,2

По возрастным группам: молодежь 18-30 лет реже использовала онлайн-формат — 62,4% не получали (37,6% получали), группа 31-45 лет — 49,0% не получали (51,0% получали), что указывает на более высокую готовность людей среднего возраста к использованию дистанционных услуг. В группе 46 лет и старше — 66,7% не получали (33,3% получали)

По полу: мужчины — 61,6% не получали (38,4% получали), женщины — 54,1% не получали (45,9% получали). Женщины демонстрируют несколько большую склонность к использованию онлайн-форматов.

Среди конкретных услуг, получаемых онлайн:

Консультации психолога являются наиболее популярной онлайн-услугой: в целом 20,5% респондентов получали их дистанционно. По типу региона: КАСКАД — 36,4%, остальные регионы — 10,5%. По городам: лидирует Санкт-Петербург — 65,0%, Москва — 30,0%, Челябинская область — 14,6%. В Тверской области данный показатель достиг 100,0%, в Омской области — 23,1%, в Калининградской области — 15,0%, в Свердловской области — 3,8%, в Республике Татарстан — 0,0%. По полу: мужчины — 17,7%, женщины — 23,6%.

Консультации социального работника/равного консультанта онлайн получали 19,2% в целом. По типу региона: КАСКАД — 16,5%, остальные регионы — 20,9%. По городам: Москва — 37,5% (наивысший показатель), Свердловская область — 46,2%, Санкт-Петербург — 2,5%. Высокие показатели также в Калининградской (40,0%) и Омской (30,8%) областях. В Республике Татарстан доля составила — 10,3%, в Челябинской области — 9,8%, в Тверской области — 0,0%. По возрастным группам: 18-30 лет — 18,0%, 31-45 лет — 22,1%, 46 лет и старше — 0,0%. По полу: мужчины — 17,1%, женщины — 21,6%.

Правовые (юридические) консультации онлайн получали 13,5%. По типу региона: КАСКАД — 12,4%, остальные регионы — 14,1%. По городам: Калининградская область — 35,0%, Челябинская область — 19,5%, Москва — 17,5%. В Омской области показатель составил 15,4%, в Свердловской области — 7,7%, в Республике Татарстан — 3,4%. В Санкт-Петербурге и Тверской области услуга онлайн не использовалась (0,0%). По возрастным группам: 18-30 лет — 11,2%, 31-45 лет — 17,3%, 46 лет и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 13,4%, женщины — 13,5%.

Консультации психиатра, психотерапевта по ментальному здоровью онлайн получали 10,9%. По типу региона: КАСКАД — 19,0%, остальные регионы — 5,8%. По городам: безусловный лидер — Санкт-Петербург с 45,0%, Москва — 10,0%, Челябинская область — 2,4%. В Тверской области доля получавших консультации составила 33,3%, в Калининградской области — 5,0%, в Республике Татарстан — 3,4%, в Омской и Свердловской областях — 0,0%. По полу: мужчины — 11,0%, женщины — 10,8%.

Медицинские консультации гинеколога онлайн получали всего 2,9% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 4,1%, остальные регионы — 2,1%. По полу: женщины — 4,7%, мужчины — 1,2%. Низкие показатели связаны со спецификой услуги, требующей очного осмотра. По городам: Омская область — 7,7%, Москва, Санкт-Петербург и Калининградская область — по 5,0%, Челябинская область — 2,4%. В Республике Татарстан, Свердловской и

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции Тверской областях — 0,0%. По возрастным группам: 18-30 лет — 2,9%, 31-45 лет — 2,9%, 46 лет и старше — 0,0%.

По возрастным группам наблюдается следующая картина использования онлайн-консультаций психолога: 18-30 лет — 18,0%, 31-45 лет — 26,0%, среди респондентов 46 лет и старше — 0,0%. Для консультаций психиатра: 18-30 лет — 9,3%, 31-45 лет — 14,4%, а в группе 46 лет и старше — 0,0%.

Таблица 8.4. Популярность различных видов онлайн-услуг среди всех респондентов

Вид услуги	Доля получавших (%)
Консультации психолога	20,5
Консультации социального работника/равного консультанта	19,2
Правовые (юридические) консультации	13,5
Консультации психиатра, психотерапевта	10,9
Медицинские консультации гинеколога	2,9

Потребности в дополнительных услугах по профилактике ВИЧ-инфекции

Анализ востребованности дополнительных услуг позволяет определить приоритетные направления развития профилактических программ для потребителей новых психоактивных веществ.

Категория 1: Медицинские и сопутствующие услуги

Тестирование на ВИЧ, гепатиты и ИППП для членов семей и партнеров востребовано 42,9% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 42,1%, остальные регионы — 43,5%. По городам: максимальный запрос в Москве — 82,5%, Свердловской области — 80,8%, минимальный в Санкт-Петербурге — 15,0%, Челябинская область — 29,3%, Калининградская область — 20,0%, Омская область — 15,4%, Республика Татарстан — 89,7%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 43,9%, 31-45 лет — 41,3%, , 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 46,3%, женщины — 39,2%.

Доступ к самотестированию на ВИЧ при онлайн-сопровождении специалиста востребован 48,7% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 50,4%, остальные регионы — 47,6%. По городам: Москва — 77,5%, Республика Татарстан — 89,7%, Челябинская область — 41,5%, Санкт-Петербург — 32,5%, Калининградская область — 40,0%, Омская область — 15,4%, Свердловская область — 34,6%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 49,3%, 31-45 лет — 49,0%, 46 и старше — 0,0%. По полу: мужчины — 45,1%, женщины — 52,7%.

Забор крови на дому при тяжёлом состоянии пациента востребован 36,9%. По типу региона: КАСКАД — 36,4%, остальные регионы — 37,2%. По городам: Москва — 82,5%, Республика Татарстан — 82,8%, Санкт-Петербург — 20,0%, Челябинская область — 7,3%, Калининградская область — 40,0%, Омская область — 0,0%, Свердловская область — 57,7%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 36,1%, 31-45 лет — 38,5%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 40,2%, женщины — 33,1%.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Доставка препаратов для лечения ВИЧ (АРВ-терапии) востребована 37,2%. По типу региона: КАСКАД — 33,1%, остальные регионы — 39,8%. По городам: Москва — 77,5%, Республика Татарстан — 86,2%, Санкт-Петербург — 17,5%, Челябинская область — 4,9%, Калининградская область — 30,0%, Омская область — 15,4%, Свердловская область — 57,7%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 37,6%, 31-45 лет — 37,5%, 46 и старше — 0,0%. По полу: мужчины — 38,4%, женщины — 35,8%.

Мобильная транспортировка по состоянию здоровья (для маломобильных) востребована 35,6%. По типу региона: КАСКАД — 32,2%, остальные регионы — 37,7%. По городам: Москва — 80,0%, Республика Татарстан — 86,2%, Свердловская область — 76,9%, Санкт-Петербург — 17,5%, Челябинская область — 0,0%, Калининградская область — 20,0%, Омская область — 0,0%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 36,6%, 31-45 лет — 34,6%, 46 и старше — 0,0%. По полу: мужчины — 37,2%, женщины — 33,8%.

Маршрутизация для прививки от гепатита В в поликлинику востребована 23,1%. По типу региона: КАСКАД — 24,8%, остальные регионы — 22,0%. По городам: Москва — 65,0%, Республика Татарстан — 79,3%, Санкт-Петербург — 10,0%, Челябинская область — 0,0%, Калининградская область — 10,0%, Омская область — 0,0%, Свердловская область — 15,4%, Тверская область — 66,7%. По возрасту: 18-30 лет — 24,4%, 31-45 лет — 21,2%, 46 и старше — 0,0%. По полу: мужчины — 24,4%, женщины — 21,6%.

Категория 2: Социально-психологическая поддержка

Помощь психологов или психиатров в кризисных ситуациях востребована 49,4% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 45,5%, остальные регионы — 51,8%. По городам: Москва — 82,5%, Республика Татарстан — 96,6%, Свердловская область — 53,8%, Санкт-Петербург — 45,0%, Челябинская область — 9,8%, Калининградская область — 35,0%, Омская область — 7,7%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 52,7%, 31-45 лет — 43,3%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 46,3%, женщины — 52,7%.

Группы взаимопомощи востребованы 54,2% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 44,6%, остальные регионы — 60,2%. По городам: Москва — 85,0%, Республика Татарстан — 86,2%, Свердловская область — 69,2%, Санкт-Петербург — 40,0%, Челябинская область — 9,8%, Калининградская область — 45,0%, Омская область — 7,7%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 54,1%, 31-45 лет — 53,8%, 46 и старше — 66,7%. По полу: мужчины — 53,0%, женщины — 55,4%.

Школа пациента востребована 32,7%. По типу региона: КАСКАД — 30,6%, остальные регионы — 34,0%. По городам: Москва — 77,5%, Республика Татарстан — 86,2%, Свердловская область — 50,0%, Санкт-Петербург — 10,0%, Челябинская область — 4,9%, Калининградская область — 10,0%, Омская область — 7,7%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 32,7%, 31-45 лет — 32,7%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 36,0%, женщины — 29,1%.

Доверенный специалист от НКО из числа людей, употребляющих наркотики востребован 46,5%. По типу региона: КАСКАД — 47,1%, остальные регионы — 46,1%. По городам: Москва — 75,0%, Республика Татарстан — 96,6%, Свердловская область — 73,1%, Санкт-Петербург — 35,0%, Челябинская область — 31,7%, Калининградская область — 10,0%, Омская область — 23,1%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 46,3%, 31-45 лет — 48,1%, 46 и старше — 0,0%. По полу: мужчины — 48,2%, женщины — 44,6%.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Категория 3: Информационно-просветительские услуги

Информирование о путях передачи ВИЧ-инфекции и её лечении востребовано 64,4% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 62,0%, остальные регионы — 66,0%. По городам: Москва — 87,5%, Республика Татарстан — 93,1%, Свердловская область — 80,8%, Санкт-Петербург — 45,0%, Челябинская область — 53,7%, Калининградская область — 25,0%, Омская область — 15,4%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 65,9%, 31-45 лет — 62,5%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 64,0%, женщины — 64,9%.

Развенчание мифов о ВИЧ/СПИД (противодействие ВИЧ-диссидентству) востребовано 59,0%. По типу региона: КАСКАД — 62,8%, остальные регионы — 56,5%. По городам: Москва — 85,0%, Республика Татарстан — 93,1%, Свердловская область — 65,4%, Санкт-Петербург — 60,0%, Челябинская область — 43,9%, Калининградская область — 45,0%, Омская область — 38,5%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 59,5%, 31-45 лет — 59,6%, 46 и старше — 0,0%. По полу: мужчины — 56,1%, женщины — 62,2%.

Информирование о вирусе папилломы человека (ВПЧ) востребовано 36,9%. По типу региона: КАСКАД — 38,8%, остальные регионы — 35,6%. По городам: Москва — 80,0%, Республика Татарстан — 75,9%, Санкт-Петербург — 27,5%, Челябинская область — 9,8%, Калининградская область — 10,0%, Омская область — 0,0%, Свердловская область — 26,9%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 40,0%, 31-45 лет — 31,7%, 46 и старше — 0,0%. По полу: мужчины — 28,7%, женщины — 45,9%. Женщины демонстрируют значительно более высокую потребность в этой информации.

Информация о доконтактной и постконтактной профилактике ВИЧ востребована 53,5%. По типу региона: КАСКАД — 51,2%, остальные регионы — 55,0%. По городам: Москва — 87,5%, Республика Татарстан — 93,1%, Санкт-Петербург — 52,5%, Челябинская область — 14,6%, Калининградская область — 50,0%, Омская область — 23,1%, Свердловская область — 42,3%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 52,7%, 31-45 лет — 56,7%, 46 и старше — 0,0%. По полу: мужчины — 50,0%, женщины — 57,4%.

Информирование о безопасном сексуальном поведении востребовано 54,8%. По типу региона: КАСКАД — 62,8%, остальные регионы — 49,7%. По городам: Москва — 82,5%, Республика Татарстан — 96,6%, Санкт-Петербург — 75,0%, Челябинская область — 31,7%, Калининградская область — 15,0%, Омская область — 7,7%, Свердловская область — 50,0%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 57,1%, 31-45 лет — 51,9%, 46 и старше — 0,0%. По полу: мужчины — 50,6%, женщины — 59,5%.

Информирование о поведении, останавливающем передачу ВИЧ при приёме наркотиков востребовано 48,4%. По типу региона: КАСКАД — 46,3%, остальные регионы — 49,7%. По городам: Москва — 77,5%, Республика Татарстан — 96,6%, Санкт-Петербург — 50,0%, Челябинская область — 12,2%, Калининградская область — 25,0%, Омская область — 23,1%, Свердловская область — 50,0%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 48,8%, 31-45 лет — 48,1%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 43,3%, женщины — 54,1%.

Информирование родных и партнеров ЛЖВ востребовано 33,3%. По типу региона: КАСКАД — 28,9%, остальные регионы — 36,1%. По городам: Москва — 77,5%, Республика Татарстан — 89,7%, Свердловская область — 38,5%, Санкт-Петербург — 7,5%, Челябинская область — 2,4%, Калининградская область — 30,0%, Омская область — 15,4%, Тверская область

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 33,2%, 31-45 лет — 33,7%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 34,1%, женщины — 32,4%.

Обучение первой помощи при передозировках новыми ПАВ востребовано 64,4% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 57,9%, остальные регионы — 68,6%. По городам: Москва — 92,5%, Республика Татарстан — 93,1%, Санкт-Петербург — 72,5%, Челябинская область — 9,8%, Калининградская область — 60,0%, Омская область — 61,5%, Свердловская область — 53,8%, Тверская область — 66,7%. По возрасту: 18-30 лет — 60,5%, 31-45 лет — 73,1%, 46 и старше — 33,3%. Старшая возрастная группа демонстрирует наивысшую потребность. По полу: мужчины — 62,2%, женщины — 66,9%.

Категория 4: Профилактика и снижение вреда

Бесплатная раздача стерильных шприцев и игл востребована 64,7% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 70,2%, остальные регионы — 61,3%. По городам: Москва — 92,5%, Республика Татарстан — 100%, Санкт-Петербург — 67,5%, Челябинская область — 51,2%, Калининградская область — 65,0%, Омская область — 46,2%, Свердловская область — 65,4%, Тверская область — 66,7%. По возрасту: 18-30 лет — 60,0%, 31-45 лет — 74,0%, 46 и старше — 66,7%. Старшая группа демонстрирует более высокую потребность. По полу: мужчины — 68,9%, женщины — 60,1%.

Бесплатная раздача мотивационного набора для поддержания приверженности лечению востребована 60,6%. По типу региона: КАСКАД — 52,9%, остальные регионы — 65,4%. По городам: Москва — 82,5%, Республика Татарстан — 93,1%, Свердловская область — 92,3%, Санкт-Петербург — 65,0%, Челябинская область — 12,2%, Калининградская область — 35,0%, Омская область — 30,8%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 61,5%, 31-45 лет — 60,6%, 46 и старше — 0,0%. По полу: мужчины — 57,3%, женщины — 64,2%.

Таблица 8.5. Общая востребованность услуг среди всех респондентов

Категория услуг	Востребованность (%)
Медицинские услуги	
Тестирование для семей и партнеров	42,9
Самотестирование на ВИЧ онлайн	48,7
Забор крови на дому	36,9
Доставка АРВ-терапии	37,2
Мобильная транспортировка	35,6
Психологическая поддержка	
Помощь психологов в кризисах	49,4
Группы взаимопомощи	54,2
Доверенный специалист от НКО	46,5
Информационные услуги	
Информирование о ВИЧ и лечении	64,4
Развенчание мифов о ВИЧ/СПИД	59,0
Безопасное сексуальное поведение	54,8
Первая помощь при передозировках	64,4
Снижение вреда	
Раздача шприцев и игл	64,7

Мотивационный набор для лечения	60,6
---------------------------------	------

Анализ открытых ответов на вопрос о других необходимых услугах выявил следующие запросы:

- Бесплатное лечение гепатита С
- Помощь жертвам сексуализированного насилия и группы взаимопомощи для работников секс-индустрии
- Выдача бесплатных препаратов от психиатра и нарколога

Поддержка соблюдения режима лечения ВИЧ

Анализ потребностей в поддержке приверженности лечению ВИЧ-инфекции проводился среди респондентов, указавших на наличие у них ВИЧ. В целом по выборке 76,0% респондентов не имеют ВИЧ-инфекции, соответственно 24,0% живут с ВИЧ и потенциально нуждаются в поддержке приверженности терапии.

По типу региона: в регионах КАСКАД доля людей, живущих с ВИЧ, составляет 14,9%, в остальных регионах — 29,8%. Это может отражать как различия в эпидемиологической ситуации, так и особенности выборки. Соответственно, в остальных регионах доля не имеющих ВИЧ составляет 70,2%, в регионах КАСКАД — 85,1%.

По конкретным городам: наименьшая доля людей, живущих с ВИЧ, в Москве — 12,5%, в Санкт-Петербурге — 20,0%, в Челябинской области — 12,2%, в Тверской области — 0,0%, в Республике Татарстан — 17,2%, в Калининградской области — 25,0%. Наибольшая доля в Омской области — 53,8% (что составляет 7 человек из 13 респондентов региона), Свердловской области — 50,0% (13 человек из 26).

По возрасту: 18-30 лет — 19,5% живут с ВИЧ, 31-45 лет — 31,7%, 46 и старше — 66,7%. Отчетливо видна связь между возрастом и распространенностью ВИЧ-инфекции в выборке.

По полу: мужчины — 23,2% живут с ВИЧ, женщины — 25,0%, различия незначительны.

Среди видов поддержки, которые помогли бы лучше соблюдать режим лечения:

Консультации врачей востребованы 12,5% от всей выборки (что составляет примерно половину людей, живущих с ВИЧ). По типу региона: КАСКАД — 8,3%, остальные регионы — 15,2%. По городам: Свердловская область — 23,1%, Омская область — 15,4%, Санкт-Петербург — 15,0%, Республика Татарстан — 10,3%, Москва — 5,0%, Калининградская область — 5,0%, Челябинская область — 4,9%, Тверская область — 0,0%. По возрасту: 18-30 лет — 10,7%, 31-45 лет — 16,3%, 46 и старше — 0,0%. По полу: мужчины — 10,4%, женщины — 14,9%.

Консультации равных консультантов востребованы 13,5% от всей выборки. По типу региона: КАСКАД — 5,0%, остальные регионы — 18,8%. По городам: Омская область — 38,5%, Свердловская область — 34,6%, Москва — 5,0%, Республика Татарстан — 17,2%, Калининградская область — 15,0%, Санкт-Петербург — 5,0%, Челябинская область — 4,9%, Тверская область — 0,0%. По возрасту: 18-30 лет — 8,3%, 31-45 лет — 22,1%, 46 и старше — 66,7%. По полу: мужчины — 12,8%, женщины — 14,2%.

Школа пациента востребована 7,7%. По типу региона: КАСКАД — 3,3%, остальные регионы — 10,5%. По городам: Республика Татарстан — 17,2%, Свердловская область — 11,5%, Москва — 5,0%, Санкт-Петербург — 5,0%, Калининградская область — 5,0%, Челябинская

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции область — 0,0%, Омская область — 0,0%, Тверская область — 0,0%. По возрасту: 18-30 лет — 6,3%, 31-45 лет — 9,6%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 7,3%, женщины — 8,1%.

Группы взаимопомощи для ЛЖВ востребованы 11,9%. По типу региона: КАСКАД — 5,8%, остальные регионы — 15,7%. По городам: Свердловская область — 23,1%, Калининградская область — 20,0%, Омская область — 7,7%, Республика Татарстан — 13,8%, Москва — 7,5%, Санкт-Петербург — 7,5%, Челябинская область — 2,4%, Тверская область — 0,0%. По возрасту: 18-30 лет — 8,3%, 31-45 лет — 18,3%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 11,6%, женщины — 12,2%.

Напоминания о приеме лекарств (СМС, приложения) востребованы 10,3%. По типу региона: КАСКАД — 5,8%, остальные регионы — 13,1%. По городам: Омская область — 38,5%, Свердловская область — 23,1%, Калининградская область — 15,0%, Республика Татарстан — 17,2%, Москва — 12,5%, Санкт-Петербург — 2,5%, Челябинская область — 2,4%, Тверская область — 0,0%. По возрасту: 18-30 лет — 7,3%, 31-45 лет — 15,4%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 11,0%, женщины — 9,5%.

Поддержка родных и близких востребована 9,3%. По типу региона: КАСКАД — 3,3%, остальные регионы — 13,1%. По городам: Свердловская область — 34,6%, Омская область — 30,8%, Калининградская область — 15,0%, Республика Татарстан — 13,8%, Санкт-Петербург — 7,5%, Челябинская область — 2,4%, Москва — 0,0%, Тверская область — 0,0%. По возрасту: 18-30 лет — 6,8%, 31-45 лет — 13,5%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 8,5%, женщины — 10,1%.

Таблица 8.6. Общая востребованность услуг среди всех респондентов

Вид поддержки	Востребованность (%)
Консультации равных консультантов	13,5
Консультации врачей	12,5
Группы взаимопомощи для ЛЖВ	11,9
Напоминания о приеме лекарств	10,3
Поддержка родных и близких	9,3
Школа пациента	7,7

8.2. Мотивация обращения в ВИЧ-сервисные организации

Анализ факторов, которые могут мотивировать потребителей новых психоактивных веществ к обращению в некоммерческие организации, работающие в сфере профилактики ВИЧ, позволяет определить ключевые барьеры и триггеры для вовлечения целевой аудитории в профилактические программы.

Готовность обращаться в некоммерческой организации

В целом по выборке лишь 3,2% респондентов категорически отказываются от обращения в НКО («ничего, не пойду в некоммерческую организацию»), что свидетельствует о высокой потенциальной готовности целевой аудитории к взаимодействию с некоммерческим сектором. Одновременно 1,3% отказались отвечать на вопрос.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

По типу региона: в регионах КАСКАД доля категорически отказывающихся составляет 4,1%, в остальных регионах — 2,6%. Парадоксально, что в регионах с более развитой инфраструктурой НКО доля отказывающихся немного выше, что может отражать как негативный опыт взаимодействия у небольшой части аудитории, так и особенности выборки.

По конкретным городам: в Москве доля отказывающихся составляет 12,5% (5 человек из 40), что является самым высоким показателем. В Санкт-Петербурге и Челябинской области таких респондентов не выявлено (0%). В остальных регионах также 0%.

По возрасту: молодежь 18-30 лет — 2,6%, группа 31-45 лет — 3,4%, 46 и старше — 1,9%. Группа 31-45 лет демонстрирует несколько большую долю отказов.

По полу: мужчины — 3,0%, женщины — 3,4%, различия минимальны.

Таким образом, подавляющее большинство респондентов (96,8%) потенциально готовы обратиться в НКО при наличии соответствующих мотивирующих факторов.

Факторы мотивации к обращению в НКО

Факторы, которые могут мотивировать к обращению в НКО, были сгруппированы по четырем категориям.

Профессионализм и этика

Анонимность является наиболее значимым мотивирующим фактором: 79,8% респондентов указали его как важный. По типу региона: КАСКАД — 72,7%, остальные регионы — 84,3%. Анонимность особенно важна для аудитории, не охваченной проектом. По городам: Республика Татарстан — 100%, Свердловская область — 92,3%, Калининградская область — 85,0%, Москва — 75,0%, Санкт-Петербург — 80,0%, Челябинская область — 63,4%, Омская область — 76,9%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 78,0%, 31-45 лет — 84,6%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 77,4%, женщины — 82,4%.

Доброжелательное отношение мотивирует 75,0% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 74,4%, остальные регионы — 75,4%. По городам: Республика Татарстан — 100%, Свердловская область — 96,2%, Челябинская область — 87,8%, Санкт-Петербург — 70,0%, Москва — 65,0%, Калининградская область — 70,0%, Омская область — 61,5%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 76,6%, 31-45 лет — 73,1%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 76,8%, женщины — 73,0%.

Компетентность сотрудников важна для 68,6% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 66,9%, остальные регионы — 69,6%. По городам: Республика Татарстан — 100%, Свердловская область — 92,3%, Санкт-Петербург — 87,5%, Москва — 65,0%, Челябинская область — 48,8%, Калининградская область — 30,0%, Омская область — 30,8%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 69,3%, 31-45 лет — 67,3%, 46 и старше — 66,7%. По полу: мужчины — 68,3%, женщины — 68,9%.

Организация работы и безопасность

Безопасное пространство важно для 60,6% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 54,5%, остальные регионы — 64,4%. По городам: Республика Татарстан — 100%, Свердловская область — 80,8%, Челябинская область — 61,0%, Санкт-Петербург — 60,0%, Москва — 42,5%, Калининградская область — 55,0%, Омская область — 38,5%, Тверская область — 100,0%. По

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции
возрасту: 18-30 лет — 59,5%, 31-45 лет — 62,5%, 46 и старше — 66,7%. По полу: мужчины — 59,1%, женщины — 62,2%.

Удобный график приема мотивирует 44,9% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 33,1%, остальные регионы — 52,4%. По городам: Республика Татарстан — 100%, Свердловская область — 73,1%, Калининградская область — 40,0%, Челябинская область — 34,1%, Санкт-Петербург — 32,5%, Москва — 32,5%, Омская область — 38,5%, Тверская область — 66,7%. По возрасту: 18-30 лет — 44,4%, 31-45 лет — 45,2%, 46 и старше — 66,7%. По полу: мужчины — 40,9%, женщины — 49,3%.

Доступность и информирование

Широкое и доступное информирование о деятельности и услугах важно для 46,2% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 38,0%, остальные регионы — 51,3%. По городам: Республика Татарстан — 96,6%, Москва — 75,0%, Свердловская область — 57,7%, Санкт-Петербург — 22,5%, Челябинская область — 17,1%, Калининградская область — 40,0%, Омская область — 23,1%, Тверская область — 0,0%. По возрасту: 18-30 лет — 45,9%, 31-45 лет — 47,1%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 47,0%, женщины — 45,3%.

Транспортная доступность мотивирует 38,8% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 21,5%, остальные регионы — 49,7%. Этот фактор значительно важнее для регионов за пределами проекта, что может быть связано с меньшей плотностью расположения НКО. По городам: Республика Татарстан — 100%, Свердловская область — 73,1%, Калининградская область — 25,0%, Москва — 37,5%, Челябинская область — 17,1%, Санкт-Петербург — 10,0%, Омская область — 38,5%, Тверская область — 66,7%. По возрасту: 18-30 лет — 38,5%, 31-45 лет — 39,4%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 34,8%, женщины — 43,2%.

Ситуативность

Безвыходность ситуации может мотивировать 48,4% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 21,5%, остальные регионы — 65,4%. Этот фактор в три раза важнее для аудитории за пределами проекта, что может отражать меньшую проактивность в обращении за помощью и реактивный характер взаимодействия с НКО. По городам: Республика Татарстан — 100%, Омская область — 61,5%, Свердловская область — 46,2%, Калининградская область — 40,0%, Москва — 37,5%, Санкт-Петербург — 7,5%, Челябинская область — 19,5%, Тверская область — 100,0%. По возрасту: 18-30 лет — 48,8%, 31-45 лет — 48,1%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 42,7%, женщины — 54,7%.

Аварийная ситуация (незащищенный секс и пр.) может побудить 33,0% респондентов. По типу региона: КАСКАД — 21,5%, остальные регионы — 40,3%. По городам: Республика Татарстан — 96,6%, Москва — 40,0%, Свердловская область — 38,5%, Челябинская область — 19,5%, Санкт-Петербург — 5,0%, Калининградская область — 10,0%, Омская область — 0,0%, Тверская область — 66,7%. По возрасту: 18-30 лет — 35,6%, 31-45 лет — 27,9%, 46 и старше — 33,3%. По полу: мужчины — 28,7%, женщины — 37,8%.

Анализ открытых ответов выявил дополнительные факторы мотивации:

- “Адекватность” и “принятие” — подчеркивают важность недискриминирующей среды
- “Отзывы друзей” — роль сарафанного радио и доверия к опыту знакомых
- “Они нас понимают” — эмпатия и понимание специфики проблем целевой аудитории
- “Отсутствие стигмы” — критически важный фактор для потребителей наркотиков

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

- “Помещение, где можно проводить время или посещать мероприятия” — потребность в безопасном пространстве для социализации
- “Бесплатно” — финансовая доступность услуг
- “Жена привела” — роль значимых близких в принятии решения об обращении

ПРОВЕРКА ГИПОТЕЗ

В результате мониторинга удалось решить все поставленные задачи, что позволило изучить потребности людей, употребляющих новые психоактивные вещества (ЛУН НПВ) и соотнести потребности с услугами, оказываемыми в проекте «КАСКАД». Мониторинг показал следующие результаты в отношении выдвинутых гипотез.

1. Среди респондентов основными мотивами первого в жизни опыта употребления ПАВ значимо чаще упоминаются гедонистические («кайф») и социальные мотивы в сравнении с психологическими и низкой стоимостью ПАВ.

Гипотеза подтверждена имеющимися данными:

В целом по выборке мотивы приёма наркотиков (см. Таблицу 2.2.), в первую очередь, связаны с неформальными отношениями и принятием норм общения в референтном круге, когда в кругу друзей/сверстников респонденты сделали то же, что и остальные (76,9%); гедонистическими мотивами, то есть желанием получить «кайф» (60,6%).

На втором ранговом месте (разрыв с первой ранговой группой составляет 43-60 процентных пунктов) оказались факторы приемлемой стоимости/цены и желание снять психофизиологическое напряжение, то есть психологические факторы: хотелось забыть о проблемах – 17,3%; доступный по цене наркотик – 17,3%; хотелось побороть стресс, снять напряжение, депрессию – 15,1%.

Желание уйти от конфликтов в семье и химсекс набрали по 11,5% голосов.

В зависимости от принадлежности респондентов к регионам проекта КАСКАД или остальным регионам, возрасту существенных различий в ТОП-4 мотивов не установлено.

Как указано в отчете, по результатам исследований, проведенных в Европе и регионе ВЕЦА, доступная цена указана как основной триггер перехода на НПВ. В мониторинге эта версия не подтвердилась.

2. Респонденты в возрасте до 30 лет с доходом выше прожиточного минимума значимо чаще респондентов среднего возраста употребляют НПВ неинъекционно, на вечеринках в ночных клубах, у себя дома и на квартире у друзей/знакомых.

Гипотеза подтвердилась частично и звучит в уточненном виде, как вывод мониторинга, следующим образом:

Респонденты в возрасте до 30 лет (молодежь) с доходом выше прожиточного минимума незначительно чаще респондентов в возрасте 31-45 лет (среднего возраста) употребляют наркотики неинъекционно (88% vs 80%), чаще в сравнении со средней возрастной группой на вечеринках и в ночных клубах (9% vs 3%), реже -на квартире у друзей, знакомых (76% vs 83%); употребление наркотиков неинъекционно в группе с высоким прожиточным минимум (выше среднего) у себя дома имеет равное ранговое место в обеих возрастных категориях (64% vs 65%). (см. Рис.1 и комментарии к нему ниже).

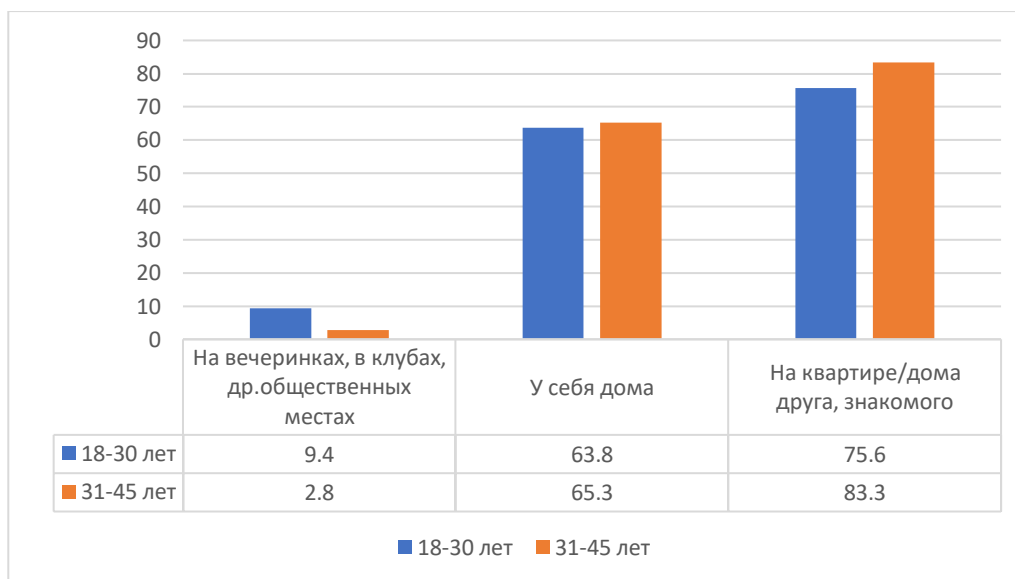
Респонденты в возрасте до 30 лет с доходом выше прожиточного минимума несколько чаще (88,2%; суммированы нерегулярное и регулярное употребление) употребляют наркотики неинъекционно в сравнении с респондентами 31-45лет (79,6%; суммированы нерегулярное и регулярное употребление). Разница составляет 8,6 процентных пунктов, а коэффициент сопряженности равен 0,256 при $p < 0,007$, то есть не выявлено статистически значимой связи

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции между возрастом, доходом выше прожиточного уровня и инъекционным употреблением. Т.е. инъекционное потребление наркотиков распространено и среди молодежи, и среди группы среднего возраста, имеющих доход выше прожиточного минимума.

Респонденты в возрасте до 30 лет с доходом выше прожиточного минимума значимо реже (13,4%; суммированы нерегулярное и регулярное употребление) употребляют наркотики инъекционно в сравнении с респондентами 31-45 лет (31,9%; суммированы нерегулярное и регулярное употребление). Коэффициент сопряженности равен 0,412 при $p < 0,05$, то есть установлена статистически значимая связь между возрастом, доходом выше прожиточного уровня и инъекционным употреблением наркотиков. Т.е. чем старше респондент, имеющий доход выше прожиточного минимума, тем больше денег он тратит на инъекционное потребление наркотиков.

Респонденты, потребляющие наркотики инъекционным способом, имеющие доход выше прожиточного минимума и в возрасте до 30 лет чаще (9,4%) употребляют наркотики на вечеринках в ночных клубах в сравнении с респондентами в возрасте 31-45 лет (2,8%); реже – на квартире у друзей (75,6% и 83,3%); потребление наркотиков у себя дома в указанных группах имеет равное представительство (63,8% и 65,3%, см. рис.1)

Рисунок 1. Различия между местами потребления наркотиков среди респондентов разных возрастных групп, имеющих доход выше прожиточного минимума



3. Не выявлено значимой разницы между частотой употребления мефедрона и альфа-ПВП инъекционным способом между возрастными группами до 30 лет и старше 31 года, тогда как частота инъекционного потребления наркотиков значимо выше у молодых людей до 30 лет.

Гипотеза подтверждена имеющимися данными:

При употреблении наркотиков *инъекционным* способом частота употребления «2 раза в день или чаще»+«практически ежедневно» (т.е. самое частое употребление) среди потребителей мефедрона составляет 15,6% в группе 18-30 лет и 18,4% в группе 31-35 лет; при потреблении альфа-ПВП – соответственно 6,3% и 7,9%. Остальные данные почти не отличаются (см. Таблицу 1.)

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

При употреблении наркотиков *неинъекционным* способом частота употребления «2 раза в день или чаще»+ «практически ежедневно», у потребителей мефедрона составляет 22,0% в группе 18-30 лет и 5,8% в группе 31-35 лет; при потреблении альфа-ПВП – соответственно 6,3% и 1,9%. Остальные данные имеют незначимые отличия.

Полученные результаты следует учитывать *в аутрич работе*: молодежь чаще людей среднего возраста употребляют мефедрон несколько раз в день и раз в день – *почти каждый четвертый (22%) неинъекционно и 15,6% инъекционным способом. То есть с высокой вероятностью клиент НКО будет находиться в состоянии наркотического опьянения. Употребление альфа-ПВП в обеих возрастных группах встречается в 2-3 раза реже. Состояние наркотического опьянения при приёме мефедрона и альфа-ПВП в различных возрастных группах характеризуется следующими проявлениями:*

- Молодые взрослые (16–35 лет) составляют основную группу риска по развитию выраженных острых и подострых токсических эффектов обоих веществ. У мужчин чаще встречаются тяжелые формы интоксикации, включая выраженную психомоторную агитацию, тахикардию, гипертонию, галлюцинации и делирий, что подтверждается клиническими сериями случаев по α -PVP, где большинство пациентов — мужчины в возрасте 20–58 лет, медиана 32 года. У женщин, по данным наблюдательных исследований по мефедрону, чаще отмечаются выраженные аффективные нарушения (депрессия, тревога, устойчивая негативная динамика настроения) и соматические жалобы (усталость, физические недомогания) в подостром периоде, что может быть связано с большей чувствительностью к психостимулирующим эффектам.
- У лиц старшего возраста (старше 40 лет) риск тяжелых осложнений (сердечно-сосудистые события, нарушения электролитного баланса, коагулопатии) возрастает, однако такие случаи встречаются реже из-за меньшей распространенности употребления в этой возрастной группе. (Ссылки на литературу указаны в разделе 2.4. Отчета)

Таблица 1. Частота употребления мефедрона и альфа-ПВП инъекционным и неинъекционным способом в зависимости от возраста

Инъекционно Мефедрон	18-30 лет	31-35 лет	Неинъекционно Мефедрон	18-30 лет	31-35 лет
2 раза в день или чаще	9,4%	2,6%	2 раза в день или чаще	5,9%	1,0%
Практически ежедневн	6,3%	15,8%	Практически ежедневн	16,1%	4,8%
2–3 раза в неделю	46,9%	47,4%	2–3 раза в неделю	40,0%	30,8%
Однократно (раз в месяц)	21,9%	23,7%	Однократно (раз в месяц)	28,8%	35,6%
Ни разу	15,6%	10,5%	Ни разу	9,3%	27,9%
	15,6%	18,4%		22,0%	5,8%
Инъекционно Альфа-ПВП	18-30 лет	31-35 лет	Неинъекционно Альфа-ПВП	18-30 лет	31-35 лет
2 раза в день или чаще	,0%	,0%	2 раза в день или чаще	2,4%	,0%
Практически ежедневн	6,3%	7,9%	Практически ежедневн	3,9%	1,9%
2–3 раза в неделю	25,0%	26,3%	2–3 раза в неделю	19,0%	21,2%
Однократно (раз в месяц)	31,3%	31,6%	Однократно (раз в месяц)	36,6%	31,7%
Ни разу	37,5%	34,2%	Ни разу	38,0%	45,2%
	6,3%	7,9%		6,3%	1,9%

4. Респонденты в рамках получения помощи в связи с потреблением ПАВ значимо чаще прибегают к консультации врача – нарколога и к группам взаимопомощи, а также самостоятельно пытаются бросить употреблять ПАВ, чем к услугам реабилитационного центра или стационарного лечения с использованием лекарств.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Гипотеза подтверждена частично:

Действительно, в рамках помощи от наркозависимости без детоксикации 34,0% респондентов посещают группы взаимопомощи, 32,1% обращаются за консультациями в врачу-наркологу. При этом реабилитационные центры использовали меньшее количество респондентов – 28,2%.

При лечении от наркозависимости с детоксикацией к стационарному лечению прибегало большее количество респондентов (27,7%) в сравнении с самостоятельными попытками бросить употребление с детоксикацией (18,4%) и без неё (22,3%).

Таким образом, скорректированная гипотеза как вывод мониторинга звучит следующим образом:

В рамках получения помощи в связи с потреблением ПАВ респонденты значимо чаще прибегают к группам взаимопомощи (34%) и консультации врача-нарколога (32%) – в случае лечения без детоксикации, а также к стационарному лечению (28%) с помощью лекарств – в случае применения детоксикации.

5. Респонденты, считающие употребление мефедрона, альфа ПВП в начале употребления мало рискованным и совсем не рискованным значимо чаще не считают себя зависимыми от употребления наркотиков или не хотят бросать употреблять наркотики

Гипотеза подтверждена имеющимися данными:

Те респонденты, кто не считает себя зависимыми от употребления наркотиков в настоящее время, при начале употребления мефедрона и альфа-ПВП неинъекционно считали их употребление мало рискованным (35,7%) и совсем не рискованным (53,6%). Для сравнения: рискованным – 10,7%, очень рискованным – 0%.

Те респонденты, кто не хочет бросать употреблять наркотики в настоящее время, при начале употребления мефедрона и альфа-ПВП неинъекционно считали их употребление мало рискованным (37,8%) и совсем не рискованным (45,9%). Для сравнения: рискованным – 10,8%, очень рискованным – 2,8%.

6. Респонденты, считающие существующую реабилитацию эффективной для лечения зависимости от употребления НПВ значимо чаще проходят реабилитацию до конца. Значимо чаще это относится к коммерческой и платной реабилитации.

Гипотеза подтверждена имеющимися данными:

Среди тех, кто считает реабилитацию эффективной, 76,6% прошли реабилитацию до конца; среди не считающих реабилитацию эффективной прошли до конца 43,8% респондентов.

Значимо чаще это относится к коммерческой и государственной реабилитации, где соответственно 80,6% и 80,0% респондентов, считающих существующую реабилитацию эффективной, прошли её до конца.

Среди тех, кто считает реабилитацию эффективной и прошли реабилитацию до конца, 82,1% оплачивали услуги (платная реабилитация), 64,3% – не оплачивали (бесплатная реабилитация).

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

- 7. Респонденты, не вставшие на ДУ в связи с ВИЧ, значимо чаще среди причин отказа называют субъективные страхи и страхи, связанные с медучреждениями (В 74 вар 11 ВИЧ вызывает у меня страх вар 8 недоверие к медучреждениям; вар. 6 боюсь разглашения информации о моем здоровье) в сравнении со структурными факторами (отсутствие документов, регистрации, гражданства В 74 вар 1, 2,3)**

Гипотеза подтверждена имеющимися данными, однако, в связи с малым объемом подвыборки и единичными ответами гипотеза и не может распространяться в качестве вывода на всю исследуемую совокупность.

По результатам мониторинга действительно респонденты, не вставшие на ДУ в связи с ВИЧ, несколько чаще в числе причин отказа называют страхи (ВИЧ-инфекция вызывает у меня страх – 7,1%, не доверяю государственным учреждениям – 7,1%, боюсь разглашения информации о моем здоровье – 4,8%) в сравнении со структурными факторами (нет необходимых документов – 2,4%, нет гражданства РФ – 2,4%).

- 8. Респонденты отмечают факторы психологического комфорта и безопасности (доброжелательное отношение, анонимность, безопасное пространство) в качестве причины для повторного обращения в НКО значимо чаще, чем удобный график приема, транспортная доступность, информирование о деятельности НКО. То есть вероятность повторного обращения в НКО зависит от качества первого контакта и взаимодействия с сотрудниками НКО.**

По результатам мониторинга гипотеза подтверждается. Факторы психологического комфорта и безопасности действительно отмечаются респондентами существенно чаще, чем факторы удобства и информирования. Доброжелательное отношение отметили 75% опрошенных, анонимность оказалась наиболее значимым фактором и была выбрана 79,8% респондентов, а безопасное пространство важно для 60,6 % участников исследования.

В то же время факторы, связанные с организационным удобством, показали заметно более низкие результаты. Широкое информирование о деятельности НКО важно для 46,2% удобный график приема имеет значение для 44,9%, а транспортная доступность оказалась наименее приоритетным фактором среди рассматриваемых и важна лишь для 38,8% респондентов. Таким образом, разрыв между группами факторов составляет от 14 до 41 процентных пунктов в пользу психологических факторов, что свидетельствует о том, что качество первого контакта и характер взаимодействия с сотрудниками НКО действительно играют ключевую роль в мотивации повторного обращения, значительно превосходя по важности организационные удобства.

Наконец, интересно отметить, что наиболее существенные различия обнаруживаются при сравнении регионов проекта КАСКАД с остальными регионами. В регионах, не входящих в проект КАСКАД, значительно выше доля респондентов, для которых важна безвыходность ситуации как мотивирующий фактор: 65,4% против 21,5% в регионах КАСКАД. Эта разница более чем в три раза может свидетельствовать о том, что в регионах КАСКАД население воспринимает обращение в НКО как более доступную и естественную опцию превентивной помощи, тогда как в других регионах НКО рассматриваются скорее как крайняя мера. Также в регионах вне проекта КАСКАД выше значимость анонимности: 84,3% против 72,7%, что может указывать на более высокий уровень стигматизации темы ВИЧ в этих территориях.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

9. Респонденты, информированные о том, что помощь можно получить в ВИЧ-сервисных НКО, практикуют защищенный секс с различными типами партнеров значимо чаще, чем респонденты, не знающие о сервисах в НКО. Респонденты, считающие, что в течение последних 3 месяцев риск заражения ВИЧ и другими инфекциями был незначительный или отсутствовал, а также принимающими ДКП значимо чаще практикуют незащищенный секс с разными типами партнеров.

Первая часть гипотезы подтверждена частично: респонденты, информированные о том, что помощь можно получить в ВИЧ-сервисных НКО, практикуют защищенный секс с коммерческими партнерами (при продаже или покупке секса) значимо чаще, чем респонденты, не знающие о сервисах в НКО; между покупкой секса, частотой использования презерватива и знанием о ВИЧ-сервисных НКО существует статистически значимая связь, коэффициент сопряженности равен 0,462 при $p < 0,15$. Это может говорить как об эффективных интервенциях в группе ЛУН-СР профилактических проектов, так и о заботе о собственном здоровье во время оказания коммерческих услуг.

Использование барьерной защиты с постоянными и случайными партнерами среди знающих о помощи в НКО и не знающих примерно одинаковое (см. Таблицу 1).

Таблица 1. Использование презерватива с различными типами партнеров в зависимости от информирования о том, что помощь в связи с ВИЧ можно получить в НКО

Использование презерватива/Знание о помощи в НКО	Да, знают об НКО	Нет, не знают об НКО
Постоянный партнёр	Презерватив всегда/почти всегда 15,3% Презерватив редко/никогда 75,1%	Презерватив всегда/почти всегда 13,1% Презерватив редко/никогда 86,9%
Непостоянный/случайный партнёр	Презерватив всегда/почти всегда 33,4% Презерватив редко/никогда 52,3%	Презерватив всегда/почти всегда 36,8% Презерватив редко/никогда 42,2%
Покупка секса (ВЫ платили)	Презерватив всегда/почти всегда 75,0% Презерватив редко/никогда 15,0%	Презерватив всегда/почти всегда 40,0% Презерватив редко/никогда 60,0%
Продажа секса (ВАМ платили)	Презерватив всегда/почти всегда 90,9% Презерватив редко/никогда 6,1%	Презерватив всегда/почти всегда 46,2% Презерватив редко/никогда 46,2%

Вторая часть гипотезы, которая сформулирована следующим образом:

– Респонденты, принимающие ДКП значимо чаще практикуют незащищенный секс с разными типами партнеров в сравнении с не принимающими ДКП –

не подтверждена.

Данные показывают обратную зависимость (см. таблицу 2): *Респонденты, принимающие ДКП значимо чаще практикуют защищенный секс с разными типами партнеров.* С одной стороны, это может выглядеть нелогично; с другой стороны, люди, которые озабочены сохранением здоровья, вспоминают об этом часто/всегда и прибегают к разнообразным практикам безопасного сексуального поведения, в частности, и к ДКП, и к барьерной защите. То

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции есть в выборке присутствует группа респондентов с достаточно высокой культурой и практикой безопасного сексуального поведения. К сожалению, малочисленная.

Таблица 2. Использование презерватива с различными типами партнеров в зависимости от приема ДКП

Использование презерватива/Приём ДКП	Да, принимают ДКП	Нет, не принимают ДКП
Постоянный партнёр	Презерватив всегда/почти всегда 25,0%	Презерватив всегда/почти всегда 14,3%
	Презерватив редко/никогда 50,1%	Презерватив редко/никогда 76,3%
Непостоянный/случайный партнёр	Презерватив всегда/почти всегда 66,6%	Презерватив всегда/почти всегда 31,5%
	Презерватив редко/никогда 33,3%	Презерватив редко/никогда 55,5%
Покупка секса (ВЫ платили)	Презерватив всегда/почти всегда 0,0%	Презерватив всегда/почти всегда 63,7,0%
	Презерватив редко/никогда 0,0%	Презерватив редко/никогда 18,2%
Продажа секса (ВАМ платили)	Презерватив всегда/почти всегда 100,0%	Презерватив всегда/почти всегда 77,7%
	Презерватив редко/никогда 0,0%	Презерватив редко/никогда 22,2%

Третья часть гипотезы, которая сформулирована следующим образом:

- Респонденты, считающие, что в течение последних 3 месяцев риск заражения ВИЧ и другими инфекциями был незначительный или отсутствовал, значимо чаще практикуют незащищенный секс с разными типами партнеров, чем оценивающие риск заражения ВИЧ как значительный/крайне высокий, -

подтвердилась только в отношении постоянных партнеров. С остальными партнерами (случайными и коммерческими) презерватив использовался чаще, чем не использовался.

Скорее, можно говорить о выявленной тенденции, так как подвыборка респондентов, имеющих коммерческих партнеров, малочисленная (Таблица 3).

Таблица 3. Использование презерватива с различными типами партнеров в зависимости от субъективной оценки риска заражения ВИЧ-инфекцией за последние 3 месяца (отсутствовал+незначительный), валидный процент

Использование презерватива/Отсутствие или незначительный риск заражения ВИЧ за последние 3 мес.	Риска заражения ВИЧ не было совсем/незначительный	Риск заражения ВИЧ значительный/крайне высокий
Постоянный партнёр (N=158)	Презерватив всегда/почти всегда 8,9%	Презерватив всегда/почти всегда 0,6%
	Презерватив редко/никогда 54,0%	Презерватив редко/никогда 5,1%
Непостоянный/случайный партнёр (N=112)	Презерватив всегда/почти всегда 18,0%	Презерватив всегда/почти всегда 1,8%
	Презерватив редко/никогда 9,0%	Презерватив редко/никогда 3,6%
Покупка секса (ВЫ платили) (N=16)	Презерватив всегда/почти всегда 50,0%	Презерватив всегда/почти всегда 37,5%
	Презерватив редко/никогда 6,3%	Презерватив редко/никогда 25,0%
Продажа секса (ВАМ платили)	Презерватив всегда/почти всегда	Презерватив всегда/почти всегда

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

(N=31)	55,0%	6,5%
	Презерватив редко/никогда 10,0%	Презерватив редко/никогда 3,2%

10. Респонденты в возрасте до 30 лет и проживающие в столичных городах (Москва, Санкт-Петербург) сообщают об опыте приема ДКП значимо чаще, чем респонденты старших возрастных групп и проживающие в других регионах. География, возраст и цифровая включённость являются значимыми факторами дифференциации в доступе к современным методам профилактики.

Гипотеза подтверждена частично: в отношении регионов – да, в отношении возраста – нет (см. Таблицу 6.6. Отчета). Действительно, в остальных регионах отсутствуют респонденты, принимавшие ДКП, а 59,8% не знают, что это такое, тогда как в Москве 8,8% принимали ДКП, в Санкт-Петербурге 3,1% принимали ДКП.

Среди респондентов в возрасте 31-45 лет выше доля принимавших ДКП (2,9%), чем среди молодежной группы 18-30 лет (1,3%), но в связи с тем, что это всё равно единичные случаи, можно говорить только о некоторой тенденции.

11. Респонденты выбирают онлайн или гибридный формат для получения консультационных услуг значимо чаще, чем исключительно очный (офлайн) формат. При этом в регионах проекта КАСКАД значимо чаще развиты онлайн услуги.

Гипотеза не подтверждена, уточненная версия, как вывод мониторинга, звучит следующим образом:

Респонденты выбирают очный формат (72,8%) взаимодействия со специалистами (врачами, психотерапевтами, РК, юристами); удаленно (онлайн) готовы взаимодействовать 37,7% респондентов. В регионах проекта КАСКАД считают удобным форматом взаимодействия со специалистами удаленный доступ (онлайн) большее количество респондентов (48,5%) в сравнении с остальными регионами (30,5%).

12. Респонденты, имеющие опыт обращения в НКО, оценивают важность сервисных услуг значимо выше («важно»), чем респонденты без опыта обращения.

По результатам мониторинга гипотеза подтверждается. Респонденты, имеющие опыт получения сервисных услуг, действительно значимо чаще оценивают их как важные по сравнению с теми, кто такие услуги не получал.

Для выдачи мотивационного набора различие составляет более 23 процентных пунктов: среди получавших этот набор его важность отмечают 93,2% респондентов, в то время как среди не получавших только 69,7% считают эту услугу важной.

Показательна ситуация и с кратким информированием о ВИЧ: среди получавших эту услугу ее важность признают 93,5%, тогда как среди не получавших доля составляет 78,6%, что дает разницу почти в 15 процентных пунктов.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

13. Респонденты, получавшие услуги равных консультантов и поддержку родных и близких, чаще сообщают о регулярном приеме АРВ-терапии.

Гипотеза подтверждена частично: респонденты, получающие услуги равных консультантов, чаще сообщают о регулярном приеме АРВ-терапии (54,2% в сравнении с 47,1% по выборке в целом).

Соответствующие расчёты показывают, что респонденты, получающие консультации врача (47,9%), посещающие группы взаимопомощи также чаще, но незначительно, сообщают о регулярном приёме АРВ-терапии.

То есть в тройку факторов, помогающих поддерживать приверженность лечению ВИЧ-инфекции, вошли услуги равных консультантов, консультации врача и ГВ. Их чаще отмечают те, кто регулярно принимает АРВ-терапию.

14. Чем чаще употребляется мефедрон или альфа-ПВП неинъекционно («несколько раз в день+ежедневно» в сравнении с «2-3 раза в неделю+раз в месяц»), тем реже используется презерватив с разными типами партнеров и при групповом сексе.

Гипотеза подтверждена частично, только в отношении постоянных и случайных партнеров (см. Таблицы 1, 2). Скорректированная гипотеза, которая является выводом мониторинга, звучит следующим образом:

Чем чаще употребляется мефедрон или альфа-ПВП неинъекционно («несколько раз в день+ежедневно» в сравнении с «2-3 раза в неделю+раз в месяц»), тем реже используется презерватив с постоянными и случайными партнёрами. В случае покупки или продажи секса, а также при групповом сексе частота употребления мефедрона или альфа-ПВП не существенно влияет на отказ от использования презерватива; презерватив в этих случаях используется чаще, чем не используется. Об этом можно говорить только как о тенденции, т.к. соответствующие подвыборки малочисленные.

Таблица 1. Использование презерватива с различными типами партнеров в зависимости от частоты употребления мефедрона, валидный процент (за минусом не употребляющих мефедрон)

Использование презерватива/Частота употребления мефедрона в течение последнего месяца	Частота употребления мефедрона несколько раз в день/ежедневно, т.е. «чаще»	Частота употребления мефедрона 2-3 раза в неделю/раз в месяц
Постоянный партнёр (N=176)	Презерватив всегда/почти всегда 2,8% (5)	Презерватив всегда/почти всегда 10,2% (18)
	Презерватив редко/никогда 14,8% (26)	Презерватив редко/никогда 63,6% (112)
Непостоянный/случайный партнёр (N=142)	Презерватив всегда/почти всегда 5,0% (7)	Презерватив всегда/почти всегда 27,5% (39)
	Презерватив редко/никогда 7,7% (11)	Презерватив редко/никогда 28,2% (40)
Покупка секса (ВЫ платили) (N=21)	Презерватив всегда/почти всегда 42,9% (9)	Презерватив всегда/почти всегда 23,8% (5)
	Презерватив редко/никогда 14,3% (3)	Презерватив редко/никогда 9,5% (2)
Продажа секса (ВАМ платили) (N=41)	Презерватив всегда/почти всегда 46,3% (19)	Презерватив всегда/почти всегда 34,1% (14)
	Презерватив редко/никогда 2,4% (1)	Презерватив редко/никогда 12,2% (5)

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Групповой секс (N=63)	Презерватив всегда/почти всегда	Презерватив всегда/почти всегда
	19,0% (12)	40,0% (25)
	Презерватив редко/никогда	Презерватив редко/никогда
	4,8% (3)	28,6% (18)

Таблица 2. Использование презерватива с различными типами партнеров в зависимости от частоты употребления альфа-ПВП, валидный процент (за минусом не употребляющих альфа-ПВП)

Использование презерватива/Частота употребления альфа-ПВП в течение последнего месяца	Частота употребления альфа ПВП несколько раз в день/ежедневно, т.е. «чаще»	Частота употребления альфа-ПВП 2-3 раза в неделю/раз в месяц
Постоянный партнёр (N=125)	Презерватив всегда/почти всегда	Презерватив всегда/почти всегда
	0,0% (0)	12,8% (16)
	Презерватив редко/никогда	Презерватив редко/никогда
	7,2% (9)	76,0% (95)
Непостоянный/случайный партнёр (N=108)	Презерватив всегда/почти всегда	Презерватив всегда/почти всегда
	1,8% (2)	33,3% (36)
	Презерватив редко/никогда	Презерватив редко/никогда
	1,8% (2)	48,1% (52)
Покупка секса (ВЫ платили) (N=19)	Презерватив всегда/почти всегда	Презерватив всегда/почти всегда
	0,0% (0)	68,4% (13)
	Презерватив редко/никогда	Презерватив редко/никогда
	0,0% (0)	26,3% (5)
Продажа секса (ВАМ платили) (N=27)	Презерватив всегда/почти всегда	Презерватив всегда/почти всегда
	7,4% (2)	63,0% (17)
	Презерватив редко/никогда	Презерватив редко/никогда
	3,7% (1)	18,5% (5)
Групповой секс (N=43)	Презерватив всегда/почти всегда	Презерватив всегда/почти всегда
	2,3% (1)	63,0% (27)
	Презерватив редко/никогда	Презерватив редко/никогда
	0,0% (0)	28,0% (12)

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ПОРТРЕТА И ПОТРЕБНОСТЕЙ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НПВ

Портрет потребителей НПВ характеризуется преобладанием респондентов в возрасте 18-30 лет (66%), что подтверждается различными исследованиями. Особенностью данного мониторинга стал высокий удельный вес женщин (47,4%), что отражает ускоренную для потребителей НПВ тенденцию втягивания женщин в активное потребление мефедрона и альфа-ПВП.

Потребители НПВ не являются маргинальной группой и на старте жизненной перспективы включены в традиционные стратегии получения образования и профессии: только 33,0% имеют неполное среднее и среднее образование, остальные две третьих – средне-специальное и выше.

60% холосты/не замужем, 20% в разводе и только 18% состоят в браке, что говорит о неустойчивом семейном статусе респондентов. Каждый четвертый проживает или один, или с родителями, только 13% - с семьей, 19% - с гражданским мужем/женой, 5% с ребенком, среднее количество детей – 1,5. Это важно, т.к. выявлено, что почти каждому второму ЛУН ЛЖВ (45%, 29/64) важна поддержка родных и близких для поддержания приверженности лечению и в этом смысле респонденты могут испытывать дефицит, который может быть компенсирован равным консультантом, группами взаимопомощи, востребованными респондентами. Прослеживается тенденция увеличения доли одиноко проживающих респондентов в регионах проекта «КАСКАД»/крупных мегаполисах до 33%, увеличение доли проживающих с семьей (21,5%), падение доли проживающих с ребенком (0,8%).

Фиксируется неустойчивый статус по такой базовой потребности, как наличие собственного жилья: 42,7% респондентов в целом по выборке (в регионах проекта «КАСКАД» – 45,5%, остальных регионах – 40,8%) фактически временно проживают на чужой территории, что может вносить напряжение в повседневную жизнь.

Постоянную работу имеют только 31% участников мониторинга, временную – 46%, а 17% поддерживаются родителями/друзьями. То есть только треть респондентов в целом по выборке имеет постоянный источник дохода или ведет собственный бизнес; у остальных источники дохода не позволяют планировать расходы, а 8% респондентов вовсе не имеют источника дохода, что может косвенно указывать на трудную жизненную ситуацию, преимущественно у женщин, не состоящих в браке.

При этом 64% имеют ежемесячный доход выше регионального прожиточного минимума. Результаты мониторинга показали высокую потребность денежных средств на приобретение, например, мефедрона в связи с частым употреблением. Например, 16% принимают мефедрон инъекционно ежедневно или чаще (2-3 раза в день), а 37% - 2-3 раза в неделю; цифры для инъекционных потребителей выше и составляют соответственно 17% и 50%. Ситуация усугубляется тем, что характерно полиупотребление – то есть в обиходе несколько ПАВ.

Первое употребление наркотиков было преимущественно «за компанию» в кругу друзей, сверстников (77%) и связано с желанием получить «кайф» (61%). Первым наркотиком был чаще всего каннабис (34%) и мефедрон (18,3%), принятые (93%) инъекционно. Многими

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции потребление ПАВ воспринималось как мало рискованное (40%) и совсем не рискованное (41%); риски осознавали не более 14%. Респонденты, считающие употребление мефедрона, альфа ПВП в начале употребления мало рискованным и совсем не рискованным значительно чаще не считают себя зависимыми от употребления наркотиков или не хотят бросать употреблять наркотики.

Среди мотивов первого употребления также назван доступный по цене наркотик (17,3%), что совпадает с выводами других исследований. В аутрич-работе следует иметь в виду, что количество клиентов в состоянии явного наркотического опьянения потенциально будет только увеличиваться.

В настоящее время 22,4% (70 чел.) респондентов употребляют ПАВ инъекционным путём (нерегулярно и регулярно), средний стаж составил 7,84 года. Практики безопасного поведения развиты недостаточно: только 67% используют стерильные шприц и иглу; 38% пользовались чужим использованным инструментарием в среднем 3,2 раза в течение последнего месяца. Чаще всего инъекционно употреблялся за последние 3 месяца мефедрон (не употребляли только 12,7%) и альфа-ПВП (не употребляли 35,2%), частота употребления мефедрона самая высокая – от 2 раз в день или ежедневно (17%) до раз в месяц (23%).

В настоящее время 83% (259 чел.) респондентов употребляют ПАВ неинъекционным путём (нерегулярно и регулярно; 17% употребляли, но бросили), средний стаж составил 8,5 лет. Наиболее часто употребляемые наркотики – мефедрон и альфа-ПВП. 91% использует общие трубочки при назальном употреблении наркотиков. Средний стаж употребления ПАВ неинъекционно оказался выше среднего стажа потребления наркотиков инъекционным способом.

Нарушение практик безопасного поведения при потреблении ПАВ обоими способами требуют срочных вмешательств по разъяснению опасности передачи ВИЧ и других инфекций.

С возрастом каждый пятый респондент добавляет инъекционное потребление НПВ к неинъекционному. Мужчины чаще женщин практикуют смешанное употребление. С увеличением возраста, что очевидно, увеличивается стаж употребления наркотиков.

На учете у нарколога состоят 22% респондентов.

В рамках получения помощи в связи с потреблением ПАВ респонденты значительно чаще прибегают к группам взаимопомощи (34%) и консультации врача–нарколога (32%) – в случае лечения без детоксикации, а также к стационарному лечению (28%) с помощью лекарств – в случае применения детоксикации.

67% проходили детоксикацию за весь период потребления не более трёх раз. К помощи психотерапевтам в связи с металльными расстройствами обращались 37%, за психотерапией обращались 27%, из них походили психотерапию за последние 12 месяцев 48% - 1 раз, 26% - 2-3 раза.

Внутренне осознанная необходимость в реабилитации от наркозависимости возникала у 44%, из них 63% (87/138) обращались за услугами реабилитации. Государственную прошли 42%, коммерческую 64%, религиозную 18%. Для каждого второго респондента услуги были платными. До конца прошли реабилитацию 60%, а 22% считают её эффективной. Среди тех, кто

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции считает реабилитацию эффективной, 76,6% прошли реабилитацию до конца; значимо чаще это относится к коммерческой и государственной реабилитации, где соответственно 80,6% и 80,0% респондентов, считающих существующую реабилитацию эффективной, прошли её до конца. 82,1% оплачивали услуги (платная реабилитация), 64,3% – не оплачивали (бесплатная реабилитация).

У 65% участников мониторинга есть постоянный сексуальный партнер, из постоянных партнеров 27% употребляют наркотики и 15,3% ВИЧ-положительные. Среди респондентов в возрасте 31-45 лет доля ВИЧ-положительных постоянных партнеров составила 24,7%, что более чем в два раза превышает показатель для возрастной группы 18-30 лет (10,0%). 77,3% респондентов либо не используют презерватив с постоянным партнером вообще, либо используют его редко; с возрастом практика барьерной защиты с постоянным партнером ухудшается. Мужчины реже используют презерватив с постоянным партнером по сравнению с женщинами. С ВИЧ-положительными партнерами презервативы используются не всегда. Парадоксально, но наиболее высокая доля регулярного использования презерватива наблюдается с партнерами, употребляющими ПАВ инъекционно (17,2%), что может отражать большую осведомленность о рисках в этой группе.

У 53% был непостоянный/случайный партнер, их среднее количество за 3 месяца составило 1,44. Частота использования презервативов несколько выше, чем с постоянными партнерами, но недостаточна: 12,8% используют презерватив всегда, 21,3% - почти всегда, 15,2% - в половине случаев, 20,7% - редко, и 29,3% - никогда.

8% покупали секс за деньги или другие ценности (ВЫ платили), мужчины – 12%, женщины – 3%. Среднее количество партнеров - 0,32. Использование презервативов относительно высокое: 48,0% используют всегда, 20,0% - почти всегда. Однако 20% никогда не используют презерватив, когда сами платят за секс.

15% продавали секс (ВАМ платили), 30% женщин и 1% мужчин, среднее количество партнеров составило 11,54. Доля ЛУН-СР в возрасте 18-30 лет составила 20% (в целом по выборке – 15%). Среднее количество лет занятия секс-работой составило 5,99 лет. При продаже секса использование презервативов выше: 39% используют всегда, 39% - почти всегда. Однако 9% используют редко и 9% - никогда, что создает риски передачи инфекций.

В то же время выявлено несоответствие: при последнем сексуальном контакте с клиентом 90% использовали презерватив, тогда как при продаже секса всегда и почти всегда используют презерватив 78%. Это может говорить о том, что доля социально одобряемых ответов может составлять до 12%.

11% имели сексуальные контакты с партнерами своего пола, мужчины – 9%, женщины – 12%. Среди тех, кто имел проникающие сексуальные контакты с партнерами своего пола, только 21% использовали презерватив, 63% - не использовали, что является крайне высоким риском передачи ВИЧ и других ИППП.

За последние 3 месяца химсексом занимались 72%, используя мефедрон (80%) и альфа-ПВП (15%), а в групповом сексе принимали участие 22%. Участие в групповом сексе более характерно для женщин (26,4%) по сравнению с мужчинами (18,9%). Частота использования презервативов

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции при групповом сексе варьирует: 36% используют всегда, 24% - почти всегда, 7% - в половине случаев, 19% - редко и 14% - никогда.

При последнем проникающем сексуальном контакте с любым типом партнера только 29% использовали презерватив, а 67,0% не использовали, что подтверждает высокие риски передачи инфекций и необходимость разъяснительной работы и других профилактических интервенций.

Охваты тестированием на ВИЧ-инфекцию (95%), гепатиты В (69%) и С (87%), сифилис (73%) достаточно высокие. Распространённость ВИЧ составила - 21,5%, гепатита В - 0,9%, гепатита С - 32%, сифилиса - 2,6%. Основными причинами, по которым респонденты не проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию, являются представления о том, что не подвергаются риску передачи ВИЧ (86,7%); на втором месте – страх перед положительным диагнозом (20%) и отсутствие времени пройти тест (20%).

Лечение от гепатита С проходили от имеющих положительный статус 35%, каждый третий получал лечение от сифилиса когда-либо, излечившись от заболевания.

95,3% ЛЖВ состоит на ДУ в Центре СПИД, лечение от ВИЧ-инфекции получают только 63% от состоящих на ДУ. Респонденты, не вставшие на ДУ в связи с ВИЧ, несколько чаще в числе причин отказа называют страхи (ВИЧ-инфекция вызывает у меня страх – 7,1%, не доверяю государственным учреждениям – 7,1%, боюсь разглашения информации о моем здоровье – 4,8%) в сравнении со структурными факторами (нет необходимых документов – 2,4%, нет гражданства РФ – 2,4%).

Вопросы о доконтактной и постконтактной профилактике ВИЧ-инфекции задавались только ВИЧ-отрицательным респондентам. В целом по выборке ПКП принималась чаще (6,1%, всего 14 чел.), чем ДКП (1,7%, всего 4 чел.). В регионах проекта КАСКАД чаще принималась ДКП (3,9%), а в остальных регионах чаще принималась ПКП (7,1%). В среднем каждый второй респондент не знает, что такое ДКП и ПКП, что требует разъяснительной работы.

Среди наиболее востребованных медицинских услуг указаны услуги в области ментального здоровья (43%), последствий от употребления НПВ (39%), профилактики и лечения ИППП (21%); 30% указали, что им не нужна помощь в области медицинских услуг. ТОП-3 среди социальных услуг – услуги правового характера (15%), помощь в трудоустройстве (12%), оформление социальных выплат и льгот (10%); 50% указали, что им ничего не нужно.

Участниками мониторинга наиболее востребована помощь таких специалистов, как психолог (52%), психотерапевт (27%), нарколог (26%), юрист (22%), психиатр и равный консультант (по 21%). Для 73% респондентов был бы удобен очный формат взаимодействия с ними, для 38% - дистанционный (онлайн).

65% респондентов знают о программах профилактики ВИЧ-инфекции, действующих в их регионах, а 77% осведомлены о том, что помощь в профилактике ВИЧ-инфекции можно получить в НКО, при этом в регионах проекта КАСКАД осведомленность выше в сравнении с остальными регионами (95% и 65%).

При оценке важности услуг, оказываемых в проекте КАСКАД и их получением выявились наибольшие разрывы (важность услуги – услуга получалась) в правовом сопровождении (-53%), медицинских консультациях (-50%), консультации по ментальному здоровью (-49%), перенаправления в дружественные организации (-44%), консультациям хирурга (-38%).

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

42% получали услуги онлайн, среди них консультации психолога (21%), социального работника/равного консультанта (19%), психиатра/психотерапевта (11%), правовые (14%), по вопросам репродуктивного здоровья (3%).

Дополнительные услуги, наиболее востребованные членами сообщества, выявленные в мониторинге (полный перечень см. в Отчете):

Обучение первой помощи и действиям при передозировках новыми психоактивными веществами (мефедрон, альфа-ПВП) - 64,4%

Информирование о безопасном сексуальном поведении - 54,8%

Группы взаимопомощи (это групповые встречи, где люди говорят о важном опыте, переживаниях, помогая друг другу) - 54,2%

Помощь психологов или психиатров в кризисных ситуациях, в том числе связанных с насилием в отношениях - 49,4%

Доступ к самотестированию на ВИЧ при онлайн сопровождении специалиста - 48,7%

Информирование о поведении, останавливающем передачу ВИЧ и других инфекций, при приёме наркотиков (как инъекционно, так и неинъекционно) - 48,4%

Доверенный специалист от НКО из числа ЛУН, который организует тестирование и консультирование на ВИЧ - 46,5%

Главными мотиваторами повторного обращения в ВИЧ-сервисные НКО являются анонимность-79,8%, доброжелательное отношение -75,0%, компетентность сотрудников - 68,6%, безопасное пространство - 60,6% и другие.

Таким образом, потребители НПВ:

- имеют неустойчивый материальный, семейный, жилищный статус;
- практикуют смешанное употребление запрещенных веществ, чаще других ПАВ употребляя мефедрон;
- практикуют рискованное поведение в области потребления наркотиков и сексуального поведения с разными типами партнеров;
- имеют неудавшиеся попытки реабилитации в 25-40% случаях;
- имеют высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции, но при этом только 63% получают АРВ-терапию;
- нуждаются в доброжелательном отношении, анонимности и безопасной среде и дополнительных услугах в сфере профилактики ВИЧ-инфекции.

РЕКОМЕНДАЦИИ

На основе результатов мониторинга потребностей потребителей НПВ в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции разработаны рекомендации по совершенствованию работы проекта КАСКАД и повышению доступности услуг для целевой группы. Рекомендации направлены на устранение выявленных разрывов между потребностями и доступностью услуг, расширение спектра предоставляемых услуг и повышение охвата ЛУН НПВ, остающихся вне системы НКО-поддержки.

Общие рекомендации

Сложившиеся услуги по снижению поведенческих рисков при потреблении ПАВ не всегда отвечают потребностям НПВ. Для потребителей наркотиков инъекционно необходимо при выдаче шприцев проводить ясную и направленную информационную работу по необходимости использования стерильного инструментария. Для этого сотрудники, работающие с

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции потребителями НПВ, должны регулярно проходить обучающие семинары/тренинги (мотивационное консультирование, снижение поведенческих рисков). В роли спикеров в мероприятиях должны участвовать врачи и психиатры.

Для потребителей запрещенных веществ неинъекционным способом в мотивационные пакеты желательно включить принадлежности для курильщиков; конкретную информацию об НПВ последствиях и рисках; желательно витамины, аспирин или купоны для приобретения данных товаров в аптеке.

Необходимо обучение персонала работе с потребителями НПВ, востребованы, в частности равные консультанты из числа потребителей НПВ, которые могут дать нужную информацию и перенаправить к другому специалисту при необходимости. В штате НКО необходимы специалисты (психологи), имеющие опыт работы с потребителями НПВ.

Группы поддержки необходимо проводить не только для потребителей НПВ, но и для членов их семей.

Выдача презервативов должна сопровождаться фокусированной разъяснительной работой, в том числе о применении ДКП и ПКП, с раздачей информационных материалов. В каждом регионе должно быть картирование организаций и аптек, где можно получить/купить ДКП и ПКП.

С учётом того, что у потребителей НПВ остается высокий запрос на оказание услуг в очном порядке, необходимо наращивать штат врачей, равных консультантов, выводя доступную часть консультирования на онлайн площадки. Наиболее востребованы консультации психиатра с длительной работой с клиентом.

С учетом высокой распространенности гепатита С следует увеличивать охват тестирования; существует также неудовлетворенный запрос на тестирование на гепатит В и сифилис. Помимо тестирования должна быть разработана дорожная карта по лечению перечисленных заболеваний, чтобы человек знал, куда обратиться.

Разрыв в каскаде медицинской помощи в связи с ВИЧ (не все ЛЖВ встают на учет и получают АРВ-терапию) требует усиленной работы по доведению до лечения ВИЧ-положительных клиентов.

Требуется обучение первой помощи при передозировках, помощь психиатров/психотерапевтов в связи с насилием и кризисными ситуациями, обучение доверенных специалистов от НКО из числа ЛУН, которые могли бы организовать тестирование и консультирование на ВИЧ.

Перенаправление в другие дружественные организации для получения дополнительных услуг востребовано потребителями НПВ, но имеет дефицит в оказании услуги 44%. Необходимо развивать карту услуг в регионах с указанием мест оказания помощи с контактами.

Правовое сопровождение потребителей НПВ и ЛЖВ востребовано 71%, услуги получены 18%, разрыв составляет 53%. В мониторинге не выяснились приоритетные темы, однако, социально-правовое сопровождение требует осмысления и форматирования с учётом особенностей потребителей ПАВ.

Для поддержания приверженности лечению нужны консультации равных консультантов (14%), но выявлен дефицит 20% в получении этой услуги; консультации врачей (13%), но выявлен дефицит в получении услуги (хирурга – 38%, репродуктивное здоровье – 50%, психиатров – 49%); групп взаимопомощи (12%), но выявлен дефицит в получении услуги (28%); поддержка

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции родных и близких также важна, но 27% проживают одни, а 60% холосты. Таким образом, немедицинские услуги в сфере поддержания приверженности лечению ВИЧ требуют усиления.

Не все услуги профилактических проектов оказываются качественно, т.к. и в поведении, и в запросе информации видны пробелы в теме безопасного сексуального поведения, безопасного потребления наркотиков, передачи ВИЧ-инфекции, информирования родных и близких в связи с ВИЧ, мифов в связи с ВИЧ. Качественная работа специалистов ВИЧ-сервисных организаций является обязательным условием эффективности работы с потребителями НПВ. При организации низкопороговой помощи потребителям НПВ все сотрудники в обязательном порядке должны пройти обучение.

Рекомендации по повышению охвата и вовлеченности потребителей НПВ.

В связи с тем, что местами потребления ПАВ являются, прежде всего, квартиры, дачи, дома и не более 8% потребляют НПВ при посещении ночных клубов, аутрич-работа может быть направлена на вэб-аутрич. Важно учитывать, что при первом посещении низкопорогового пункта важно обеспечить анонимность, безопасность, доброжелательность, а персонал должен быть компетентным и толерантным. Важно предоставить максимально широкий комплекс услуг, информируя клиента по интересующим его темам полно и понятно.

Целесообразно использовать все виды рекламы для информирования потребителей о том, что ВИЧ-сервисные НКО оказывают помощь в профилактике ВИЧ. Аудитория, не знающая об этом, составляет 22-35%. Только 3,2% не готовы обращаться в НКО. Следует активно формировать позитивный опыт для генерации сарафанного радио.

В Москве при самой высокой доле (12,5%) не желающих обращаться в НКО, необходимо широкое и доступное информирование о деятельности НКО (афиши, памятки, визитки, сайты НКО) – 75%, с акцентом на анонимность (75%), доброжелательность и компетентность (по 65%), безопасность (42%). В Санкт-Петербурге и Челябинске отсутствуют респонденты, не желающие обращаться в НКО. Информационная кампания в Санкт-Петербурге в первую очередь должна опираться на компетентность сотрудников и НКО (88%), уникальность оказываемых услуг, а также анонимность (80%), доброжелательность (70%), безопасное пространство (60%). В Челябинске к доброжелательному отношению (88% - наиболее высокий процент среди трёх городов проекта), анонимности (63%), безопасности (61%) и компетентности (49%) может присоединиться удобный график работы (34%; удобный график также востребован каждым третьем в столицах).

В Республике Татарстан выявлена критически высокая распространенность практик химсекса среди потребителей НПВ (96,6%), что требует разработки специализированной программы снижения вреда, ориентированной именно на эту форму употребления. Необходимо создание информационных материалов о рисках сексуализированного употребления наркотиков, включая специфические риски передачи ВИЧ и других инфекций в контексте марафонов и групповых сессий. Учитывая, что практически все респонденты региона имеют постоянных половых партнеров (86,2%), целесообразно развивать парное консультирование и тестирование, а также программы для дискордантных пар. Высокая осведомленность о профилактике ВИЧ и деятельности НКО (по 86,2%) создает благоприятную почву для углубленной работы, однако отмечается критический разрыв в востребованности и получении услуг хирурга и правового сопровождения (82,8% и 86,2% неудовлетворенного спроса соответственно). Необходимо установить партнерские отношения с хирургами, готовыми работать с потребителями НПВ, особенно учитывая специфические осложнения от частого инъекционного употребления.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Правовое сопровождение могло бы включать консультации по вопросам наркотического законодательства, защиты прав при взаимодействии с правоохранительными органами, восстановления документов. Высокий запрос на групповые формы работы (86,2% считают важным) указывает на необходимость расширения групп взаимопомощи, при этом важно создавать отдельные группы для потребителей НПВ, учитывая специфику их опыта в сравнении с традиционными потребителями опиоидов.

В Свердловской области ситуация характеризуется критически высокой распространенностью ВИЧ-инфекции среди целевой группы (50,0%), что требует немедленной интенсификации профилактических интервенций. Половина респондентов мониторинга региона живет с ВИЧ, при этом почти половина постоянных партнеров также имеют положительный статус (46,7%), что создает особую ситуацию необходимости работы с дискордантными и конкордантными парами. Критически важным является усиление работы по доведению до лечения и поддержанию приверженности АРВ-терапии, поскольку только достижение неопределяемой вирусной нагрузки может разорвать цепочки передачи инфекции в этой высокопораженной группе. Высокая потребность в мобильной транспортировке (76,9%) и забор крови на дому (57,7%) связана, вероятно, с тяжелым соматическим состоянием части клиентов, что требует развития выездных форм работы и партнерства с медицинскими службами. Значительная доля респондентов, прошедших религиозную реабилитацию (45%), указывает на необходимость налаживания диалога с религиозными реабилитационными центрами для обеспечения там доступа к тестированию, профилактическим услугам и направления на АРВ-терапию для ЛЖВ. Высокий запрос на поддержку родных и близких (34,6%) требует разработки программ для семей потребителей НПВ, включая психообразовательные сессии о наркозависимости, ВИЧ-инфекции и способах поддержки близкого человека.

В Калининградской области выявлена значительная пересекающаяся группа потребителей НПВ и секс-работников, что требует интеграции подходов снижения вреда для обеих ключевых групп. Каждый третий респондент региона продает секс (35,0%), при этом отмечается существенно более низкая осведомленность о профилактике ВИЧ (50,0%) и деятельности НКО (50,0%) в сравнении с другими регионами. Необходима активная информационная кампания с использованием каналов, доступных для секс-работников, включая специализированные онлайн-платформы и форумы. Учитывая высокую готовность к онлайн-формату взаимодействия (50,0% получали онлайн-услуги), целесообразно развивать дистанционные формы консультирования, онлайн-группы поддержки и телемедицинские консультации. Критически важной является работа по обеспечению безопасности секс-работы, включая распространение презервативов, обучение навыкам переговоров с клиентами об использовании барьерной контрацепции, информирование о ДКП как методе профилактики ВИЧ для людей с высоким риском заражения. Высокая потребность в восстановлении документов (35,0%) и помощи в трудоустройстве (25,0%) указывает на социальную уязвимость этой группы и необходимость комплексного социально-правового сопровождения. Важно установить партнерские отношения с миграционными службами, паспортными столами, центрами занятости для упрощения процедур восстановления документов и трудоустройства для потребителей НПВ. Низкая осведомленность о конкретных НКО региона требует усиления видимости организаций через различные каналы коммуникации, включая социальные сети, мессенджеры, специализированные форумы и сайты.

В Омской области выявлена катастрофически низкая осведомленность о профилактике ВИЧ (7,7%) при одновременно очень высокой распространенности инфекции среди потребителей НПВ (53,8%). Это указывает на критический разрыв в охвате профилактическими программами и требует экстренных мер по информированию целевой группы. Необходима масштабная

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции информационная кампания с использованием всех доступных каналов, включая веб-аутрич на платформах, где собираются потребители НПВ, таргетированную рекламу в социальных сетях, распространение информационных материалов в местах возможного контакта с целевой группой. Парадоксально высокий уровень получения онлайн-услуг (69,2%) при низкой общей осведомленности указывает на то, что те, кто уже попал в поле зрения НКО, активно пользуются дистанционными форматами. Это создает возможность для масштабирования онлайн-сервисов, включая онлайн-консультирование, телемедицину, доставку тест-систем для самотестирования с последующим онлайн-сопровождением. Высокая распространенность химсекса (92,3%) требует разработки специализированных материалов о снижении вреда в контексте сексуализированного употребления, включая информацию о передозировках, взаимодействии различных веществ, рисках передачи ВИЧ и других инфекций. Значительная доля занятых в секс-работе (23,1%) указывает на необходимость адаптации услуг с учетом потребностей этой пересекающейся группы. Низкие показатели использования реабилитационных услуг могут быть связаны как с недоступностью качественных программ реабилитации в регионе, так и с отсутствием информации о них, что требует картирования реабилитационных ресурсов региона и налаживания системы направлений.

Общие рекомендации для остальных регионов включают необходимость усиления информирования о существовании ВИЧ-сервисных НКО и спектре оказываемых ими услуг, поскольку осведомленность в регионах за пределами проекта КАСКАД существенно ниже (49,7% знают о профилактике ВИЧ против 88,4% в регионах КАСКАД; 64,9% знают о НКО против 95,0% в регионах КАСКАД). Важно развивать сети дружественных специалистов, готовых работать с потребителями НПВ без стигматизации, включая врачей различных специальностей, психологов, юристов, социальных работников. Учитывая более высокую значимость фактора безвыходности ситуации как мотиватора обращения в НКО в регионах за пределами проекта (65,4% против 21,5% в КАСКАД), необходимо усиливать проактивный охват целевой группы, не дожидаясь кризисных ситуаций, через развитие аутрич-работы, включая веб-аутрич.

Рекомендации по работе со специфическими группами

Молодые люди

Для молодежи в возрасте от восемнадцати до тридцати лет, составляющей две трети целевой группы (65,7%), важна интенсивная работа с поведенческими рисками, учитывая раннее начало употребления психоактивных веществ и быстрое формирование рискованных практик. Средний возраст начала употребления НПВ в этой группе составляет шестнадцать с половиной лет, что указывает на необходимость ранних профилактических интервенций еще на этапе подросткового возраста, а также на необходимость работы с родителями детей, вовлеченных в употребление, хотя это выходит за рамки мандата проекта КАСКАД. Тем не менее, важно учитывать, что значительная часть молодых клиентов имеет уже многолетний стаж употребления (средний стаж неинъекционного употребления 6,32 года) и сформированные паттерны рискованного поведения. Практически все молодые потребители начинают с неинъекционного способа употребления (98%), однако мониторинг выявил тенденцию перехода к инъекционному употреблению с возрастом, что требует активной работы по предотвращению этого перехода. Необходимо информирование о дополнительных рисках инъекционного употребления, обучение более безопасным способам неинъекционного употребления. Высокая частота употребления мефедрона в этой группе, когда каждый пятый принимает его несколько раз в день или

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции ежедневно (22,0%), создает риски быстрого истощения физических и психических ресурсов, развития тяжелых соматических и психических осложнений. Необходима разработка специализированных материалов о рисках частого употребления стимуляторов, включая информацию о передозировках, сердечно-сосудистых осложнениях, психических нарушениях, истощении. Важно обучение навыкам первой помощи при передозировках новыми психоактивными веществами, учитывая специфику их действия в сравнении с опиоидами.

Молодые потребители НПВ демонстрируют высокую вовлеченность в химсекс и практики, связанные с рискованным сексуальным поведением. Три четверти молодых респондентов практикуют сексуализированное употребление наркотиков (74%), при этом частое употребление стимуляторов коррелирует с более низким использованием барьерной контрацепции. Необходима разработка специализированных программ профилактики в контексте химсекса, включающих информирование о рисках передачи ВИЧ и других инфекций при сексуализированном употреблении, обучение навыкам переговоров об использовании презервативов, информирование о доконтактной профилактике как методе защиты от ВИЧ для людей, практикующих рискованное сексуальное поведение. Каждый десятый молодой респондент имеет опыт сексуальных контактов с партнерами своего пола (11,2%), при этом использование презервативов в этих контактах критически низкое (21,1%), что создает высокий риск передачи ВИЧ. Необходима инклюзивная работа, включая создание безопасного пространства для обсуждения вопросов сексуального здоровья, информирование о специфических рисках и методах их снижения. Значительная доля молодых женщин вовлечена в секс-работу (20% в возрасте 18-30 лет), при этом средний стаж составляет около шести лет, что означает начало этой деятельности в подростковом или раннем юношеском возрасте. Необходима специализированная работа с молодыми секс-работниками, употребляющими НПВ, включая поддержку в выходе из секс-работы для тех, кто этого хочет, обеспечение безопасности для тех, кто продолжает эту деятельность, доступ к медицинским и социальным услугам.

Молодые потребители НПВ демонстрируют более низкую осведомленность о современных методах профилактики ВИЧ, включая доконтактную и постконтактную профилактику. Почти половина не знает, что такое ДКП и ПКП (46,3% и 43,1% соответственно), при этом именно молодежь является целевой группой для этих интервенций, учитывая высокую распространенность рискованного поведения. Необходима активная информационная работа о доступности и эффективности биомедицинских методов профилактики, развенчание мифов и предубеждений, создание доступа к ДКП через НКО или партнерские медицинские учреждения. Важно использовать каналы коммуникации, предпочитаемые молодежью, включая социальные сети, мессенджеры, специализированные онлайн-платформы. Молодые респонденты демонстрируют более высокую готовность к онлайн-форматам взаимодействия (37,9%), что создает возможности для развития дистанционных сервисов, включая онлайн-консультирование, телемедицину, онлайн-группы поддержки, обучающие вебинары. Распространенность ВИЧ-инфекции среди молодежи хотя и ниже, чем в старшей возрастной группе, но составляет значительные шестнадцать процентов, что требует усиления работы по тестированию и раннему выявлению инфекции. Молодые люди могут не осознавать своих рисков заражения, откладывать тестирование из-за страха или недостатка информации о том, где и как можно пройти тест анонимно и бесплатно.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Молодые потребители НПВ реже осознают необходимость в реабилитации от наркозависимости в сравнении с людьми среднего возраста (36% против 60%), что может быть связано как с более коротким стажем употребления и меньшей выраженностью негативных последствий, так и с особенностями возрастного восприятия проблемы. Важна работа по повышению осознанности относительно рисков продолжения употребления и доступных опций помощи, при этом необходимо избегать назидательности и морализаторства, используя подходы, основанные на мотивационном интервьюировании и уважении к выбору клиента. Для молодежи может быть более приемлемым формат краткосрочных интервенций и программ снижения тяжести последствий незаконного потребления наркотиков в сравнении с длительными программами реабилитации, требующими полного отказа от употребления. Необходимо развивать низкопороговые сервисы, не требующие обязательств по прекращению употребления (концепция снижения тяжести последствий незаконного потребления наркотиков), постепенно выстраивая доверительные отношения и мотивируя к изменениям. Это не обязательно должны быть мобильные пункты. В регионах можно пробовать открывать низкопороговые кабинеты, где клиент может получить целый спектр услуг. Это поможет возвращать молодых людей в программу, т.к. они, получив качественную помощь единожды, через время смогут возвращаться. Молодые потребители НПВ демонстрируют более короткие периоды ремиссии после попыток прекращения употребления (средний период ремиссии 1,93 года против 3,95 лет у 31-45 лет), что может указывать на недостаточную подготовку к изменениям, отсутствие навыков совладания с тягой и триггерами, слабую социальную поддержку. Необходима работа по развитию навыков профилактики рецидивов, созданию системы поддержки после выхода из реабилитационных программ, если таковые проходились. Молодежь чаще обращается за помощью в связи с эндокринными нарушениями в сравнении с более старшими респондентами (12,7% против 4,8% в группе 31-45 лет), что может быть связано со специфическими эффектами синтетических катинонов на гормональную систему. Необходимо информирование о возможных эндокринных нарушениях при употреблении НПВ и доступе к специализированной медицинской помощи. Сотрудникам, работающим с молодыми потребителями НПВ часто кажется, что базовая информация о безопасном поведении итак известна всем, поэтому контакты с ними могут сводиться к простой выдаче инструментария и средств контрацепции, без формирования навыков безопасного поведения. Многие консультанты ждут запрос от самого клиента, а молодые потребители не могут его сформировать, т.к. в связи с молодым возрастом и психическим состоянием не знают, как это сделать. Также многие из потребителей НПВ, не осознают, что происходящее с ними поддается лечению и довольно хорошо изучено. Нужно об этом чаще говорить в процессе работы с ними, а не ограничиваться выдачей средств профилактики.

Люди среднего возраста

Для людей среднего возраста от тридцати одного года до сорока пяти лет, составляющих треть целевой группы (33,3%), необходимо расширение спектра специализированных услуг с учетом, накопленных за годы употребления медицинских и социальных проблем. Эта группа характеризуется более длительным стажем употребления психоактивных веществ, в среднем около десяти лет инъекционного употребления и двенадцати лет неинъекционного, что приводит к накоплению серьезных осложнений со стороны различных систем организма. Критически важным является то, что три четверти респондентов среднего возраста употребляют наркотики инъекционным способом (около 74%), что существенно выше, чем в молодежной группе (около

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции (13%). Это указывает на типичную траекторию перехода от неинъекционного к инъекционному употреблению с возрастом, что требует интенсификации программ снижения тяжести последствий незаконного потребления наркотиков, ориентированных на инъекционных потребителей, включая обеспечение стерильным инструментарием, обучение безопасным практикам инъекционного употребления, профилактику и лечение инфекционных осложнений. Распространенность ВИЧ-инфекции в этой возрастной группе в два раза выше, чем среди молодежи, и составляет тридцать один процент. Это означает, что практически каждый третий респондент среднего возраста живет с ВИЧ, что требует фокусированной работы по обеспечению доступа к антиретровирусной терапии и поддержанию приверженности лечению. Четверть постоянных партнеров респондентов среднего возраста также имеют ВИЧ-положительный статус (24,7%), что требует работы с ближайшим окружением клиентов. Также необходима специализированная работа с дискордантными и конкордантными парами, включая парное консультирование, тестирование, поддержку приверженности лечению партнеров.

Люди среднего возраста демонстрируют существенно более выраженное осознание необходимости в реабилитации от наркозависимости в сравнении с молодежью, 60% отметили, что такое осознание у них возникало. Это может быть связано с накоплением негативных последствий употребления, включая медицинские проблемы, социальную дезадаптацию, конфликты в семье, проблемы с законом. Необходимо обеспечение доступа к качественным программам реабилитации, учитывающим специфику потребителей НПВ, включая работу с последствиями длительного употребления стимуляторов для психического здоровья, обучение навыкам регуляции эмоций без использования запрещенных веществ, восстановление социального функционирования. Важно обеспечение доступа к медикаментозному лечению синдрома отмены. Люди среднего возраста демонстрируют более длительные периоды ремиссии после попыток прекращения употребления в сравнении с молодежью, в среднем около четырех лет, что может указывать на большую устойчивость изменений при наличии адекватной поддержки. Необходимо разработка программ постреабилитационной поддержки, включающих регулярные встречи с консультантами, группы взаимопомощи, доступ к медицинской и психологической помощи при возникновении рисков рецидива.

Сексуальное поведение людей среднего возраста характеризуется еще более низким использованием барьерной защиты в сравнении с молодежью, особенно с постоянными партнерами. Более половины никогда не используют презерватив с постоянным партнером (52,1%), при этом значительная доля партнеров имеют ВИЧ-положительный статус или употребляют наркотики инъекционно. Это создает высокий риск передачи ВИЧ и других инфекций внутри пар и требует интенсивной работы по формированию практик безопасного секса, включая использование презервативов, информирование о концепции неопределяемая вирусная нагрузка равно непередаваемая, мотивирование ВИЧ-положительных партнеров к началу и поддержанию приверженности АРВ-терапии для достижения вирусологической супрессии. Респонденты среднего возраста чаще обращаются за психотерапевтической помощью и к наркологам в сравнении с молодежью (43% против 34% для психотерапевтов/психиатров; 39,4% против 27,8% для наркологов), что отражает большую готовность к изменениям и осознание необходимости профессиональной помощи. Необходимо обеспечение доступа к квалифицированным специалистам в области психического здоровья и наркологии, готовым работать с потребителями НПВ в рамках подхода снижения вреда здоровью, без требования

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции немедленного и полного отказа от употребления как условия получения помощи. Важна работа с последствиями длительного употребления стимуляторов для психического здоровья, включая депрессию, тревожные расстройства, когнитивные нарушения, психотические эпизоды.

Люди среднего возраста демонстрируют особенно высокую потребность в обучении первой помощи при передозировках новыми психоактивными веществами (73,1% против 60,5% в молодежной группе), что может быть связано как с личным опытом передозировок или наблюдением таковых в своем окружении, так и с большей ответственностью за других членов сообщества. Необходимо проведение регулярных тренингов по распознаванию признаков передозировки стимуляторами и оказанию первой помощи, учитывая специфику передозировки НПВ в сравнении с опиоидами и отсутствие специфического антидота. Важно информирование о необходимости вызова скорой помощи при тяжелых состояниях, развенчание мифов о юридических последствиях такого вызова. Высокая потребность в раздаче стерильных шприцев и игл в этой возрастной группе (74,0% против 60,0% в молодежной) также отражает переход к инъекционному употреблению и необходимость обеспечения доступа к стерильному инструментарию для профилактики передачи ВИЧ и вирусных гепатитов. Необходимо расширение программ обмена шприцев, обеспечение возможности получения большого количества инструментария за один раз для людей с высокой частотой употребления. Утилизация использованного инструментария должна проводиться согласно нормам СанПиН 2.1.7.2790-10 и МУ 3.1.2313-08, классифицирующими их как опасные отходы классов Б (инфицированные) или В (чрезвычайно опасные).

Респонденты среднего возраста чаще демонстрируют предпочтение очного формата взаимодействия со специалистами в сравнении с молодежью (78,5% против 68,9%), что может быть связано с меньшей технологической грамотностью или большей потребностью в личном контакте и поддержке. Необходимо обеспечение доступности очных консультаций и других услуг, одновременно предлагая возможность дистанционного взаимодействия для тех, кому это удобнее.

Важно организовать для клиентов среднего возраста комплексное социальное сопровождение, т.к. они имеют множество проблем, которые копятся годами: кредиты, проблемы с правоохранительными органами, наркоучет, проблемы с органами опеки, дискриминация в медицинских учреждениях и службах социальной помощи. У многих из них возникает усталость от приема НПВ, они начинают практиковать потребление опиатов, есть и этот опыт.

Люди, живущие с ВИЧ

Для людей, живущих с ВИЧ, составляющих более двадцати одного процента выборки (21,5%), необходимо создание специализированной программы поддержки, ориентированной на специфические потребности потребителей НПВ с ВИЧ-инфекцией. Серьезной проблемой является то, что только шестьдесят три процента людей, живущих с ВИЧ и состоящих на диспансерном учете, регулярно принимают антиретровирусную терапию (63%). Это означает, что более трети не получают жизненно необходимого лечения, что приводит к прогрессированию заболевания, развитию оппортунистических инфекций, снижению качества и продолжительности жизни, а также сохранению инфекционности и возможности передачи вируса другим людям. Необходима интенсивная работа по мотивированию к началу АРВ-

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции терапии для тех, кто ее не начинал, возобновлению лечения для тех, кто его прервал, и поддержанию приверженности для тех, кто принимает препараты нерегулярно. Основные барьеры к приему терапии, выявленные в мониторинге, включают забывчивость, состояние наркотического опьянения, побочные эффекты, отсутствие возможности получить препараты. Необходима разработка индивидуализированных стратегий поддержания приверженности, учитывающих специфические барьеры каждого конкретного человека. Для работы с забывчивостью эффективны системы напоминаний, включая СМС-напоминания, уведомления в мессенджерах, использование специальных приложений для отслеживания приема лекарств, специальные таблетницы. Для людей, употребляющих наркотики, важно подчеркивать, что прием АРВ-терапии и употребление наркотиков не являются взаимоисключающими, лечение ВИЧ необходимо продолжать независимо от статуса употребления.

Консультации равных консультантов из числа людей, употребляющих наркотики и живущих с ВИЧ, показали свою эффективность в поддержании приверженности лечению. Необходимо расширение института равного консультирования, включая специализированную подготовку равных консультантов из числа потребителей НПВ, живущих с ВИЧ, создание системы супервизии и поддержки для них, обеспечение достойной оплаты их труда. Равные консультанты могут играть ключевую роль в достижении людей, не охваченных услугами, мотивировании к тестированию на ВИЧ, постановке на диспансерный учет, началу и поддержанию приверженности АРВ-терапии, так как они обладают уникальным опытом проживания с ВИЧ и употребления наркотиков, что создает основу для доверия и понимания. Консультации врачей также важны для поддержания приверженности, однако мониторинг выявил значительный разрыв между потребностью в медицинских консультациях различных специалистов и их доступностью. Необходимо создание сети дружественных врачей различных специальностей, готовых работать с потребителями наркотиков, живущими с ВИЧ, без стигматизации и дискриминации, в рамках подхода снижения вреда. Особенно критичен дефицит консультаций в области репродуктивного здоровья (разрыв между важностью и доступностью 51,6%), психиатрии и психотерапии (разрыв 49,7%), хирургии (разрыв 38,1%). Потребители НПВ, живущие с ВИЧ, часто сталкиваются с отказами в медицинской помощи или предвзятым отношением со стороны медицинских работников, что создает дополнительные барьеры к получению необходимой помощи.

Группы взаимопомощи для людей, живущих с ВИЧ, являются востребованной формой поддержки (11,9% от всей выборки отметили их важность для поддержания приверженности), однако доступность таких групп ограничена, особенно специализированных групп для потребителей НПВ. Необходимо создание и развитие групп взаимопомощи, ориентированных на специфические потребности потребителей НПВ, живущих с ВИЧ, включая работу с вопросами приверженности лечению, снижения тяжести последствий незаконного потребления наркотиков, совладания со стигмой и дискриминацией, построения отношений и раскрытия статуса, планирования семьи и рождения здоровых детей. Важно обеспечение безопасного и конфиденциального пространства для проведения групп, квалифицированной фасилитации, возможности как очного, так и онлайн-формата для людей, которым сложно посещать очные встречи. Поддержка родных и близких также играет важную роль в поддержании приверженности лечению (9,3% от всей выборки отметили важность), однако значительная часть потребителей НПВ, живущих с ВИЧ, не имеет такой поддержки. Необходима работа с семьями

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции людей, живущих с ВИЧ, включая информирование о психологических особенностях жизни с ВИЧ-инфекцией и антиретровирусной терапии, развенчание мифов и стигматизирующих установок, обучение навыкам поддержки близкого человека, живущего с ВИЧ и употребляющего наркотики. Для людей, не имеющих поддержки семьи, равные консультанты и группы взаимопомощи могут частично компенсировать этот дефицит, создавая альтернативную систему поддержки внутри сообщества. При этом важно отметить роль качественной работы веб-аутрич, информационных компаний и привлечения медицинских специалистов.

Школа пациента, представляющая собой структурированную образовательную программу о ВИЧ-инфекции, антиретровирусной терапии, правах пациентов, также востребована для поддержания приверженности лечению (7,7% от всей выборки). Необходимо проведение регулярных школ пациента, адаптированных для потребителей НПВ, с использованием доступного языка, интерактивных методов, учетом специфических потребностей и барьеров этой группы. Напоминания о приеме лекарств через СМС или мобильные приложения также могут быть эффективным инструментом поддержания приверженности (10,3% отметили важность), особенно для людей с хаотичным образом жизни или проблемами с памятью. Необходимо развитие технологических решений для поддержки приверженности, включая специализированные приложения с функциями напоминаний, отслеживания приема препаратов, информирования о побочных эффектах и способах их преодоления, возможности связи с консультантом или врачом. Следует отметить наличие страха перед постановкой на диспансерный учет и недоверие к государственным учреждениям в качестве барьеров к получению помощи в связи с ВИЧ (по 7,1% среди не вставших на учет). Необходима работа по преодолению этих барьеров, включая информирование о конфиденциальности медицинских данных, правах пациентов, отсутствии негативных последствий постановки на учет для большинства сфер жизни, возможности получения качественной медицинской помощи и жизненно необходимых препаратов бесплатно. Важно сопровождение при первом визите в Центр СПИД, помощь в преодолении страха и тревоги, адвокация в случае нарушения прав пациента. Для людей, не имеющих документов или регистрации, необходимо содействие в их восстановлении и получении, так как это является барьером к постановке на диспансерный учет и получению АРВ-терапии в ряде регионов. Для сотрудников Центров СПИД необходимо организовать обучения по работе с потребителями НПВ с учетом особенностей их психического здоровья.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реализация представленных рекомендаций позволит устранить выявленные разрывы между потребностями и доступностью услуг, расширить охват целевой группы и повысить качество помощи. Ключевыми направлениями развития являются увеличение ресурсов психологической помощи, формирование сети дружественных медицинских специалистов, создание формализованной системы межорганизационного взаимодействия, развитие мультимодальной системы услуг с возможностью выбора между онлайн и офлайн форматами, усиление информационной работы о ДКП/ЛКП и современных методах профилактики, дифференцированный подход к возрастным группам.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Рекомендации Форума ЛУН:

ВАЖНО: использовать дифференцированный подход в оказании услуг не только по возрасту, но и по способу употребления и типу вещества: 1) ЛУИН; 2) ЛУН (мефедрон) 3) ЛУН (альфа – ПВП), - т.к. потребности и особенности поведения людей под воздействием разных веществ очень разные.

- Проводить обучения по поведенческим рискам и влиянию на здоровье и психику (особенности) по всем трем группам.
- Проводить обучения по безопасности сотрудников при работе с каждой ключевой группой, в зависимости от места оказания услуги.
- Создать контент-план, актуальный для каждой группы.

1. Создание и распространение информационных материалов

- Разработка памяток, визиток, дорожных карт и размещение их в местах с высокой проходимостью, а также в учреждениях здравоохранения, реабилитационных центрах, клубах, барах и онлайн, используя QR-коды для удобного перехода на информационные сервисы (адреса, расписания, профилактическая информация и т.п.).
- Веб-аутрич: запуск Telegram-каналов, страниц в соцсетях для распространения актуальной информации, лекций, видеороликов.
- Создание партнерств с активистами, лидерами мнений, групповыми лидерами внутри целевых сообществ для распространения информации, повышения доверия и принятия программ. Обучение их навыкам рассказа своей истории, чтобы снижать стигму.
- Для информирования клиентов о ВИЧ и других заболеваниях проводить розыгрыши типа: «ответь правильно на вопрос-получи приз», «идешь на вписку-возьми ДКП».

2. Внедрение онлайн-сервисов, в т.ч. анонимных (онлайн-консультации, группы поддержки)

- Платформы для групповой и индивидуальной работы, обучения, поддержки, профилактики и снижения рискованного поведения (чат боты, приложения).
- Онлайн консультирование клиентов психологами и психиатрами.

3. Проведение профилактических мероприятий

- Обеспечение эффективного доступа к бесплатному тестированию на ВИЧ, гепатиты, сифилис, барьерной контрацепции и консультациям психолога и психиатра.
- Выездные лекции и тренинги в местах концентрации целевых групп, включая реабилитационные центры, учебные заведения, клубы.
- Пеший аутрич в места дислокации целевой группы с соблюдением условий безопасности для специалистов.

- Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции
- Бонусные программы или небольшие поощрения (например, бесплатные гигиенические наборы, билеты, сертификаты) за участие в профилактических мероприятиях или тестировании. Использование элементарных стимулов для повышения мотивации.
 - В низкопороговых (мобильных) пунктах целесообразно обеспечить минимальный (возможный) чек-ап для клиентов, например: анализ крови на сахар, измерение давления, по возможности флюорографию. Для привлечения КГ ЛУИН, как вариант, обеспечить возможность сдать ПЦР-тест, обеспечить сопровождение и бесплатное лечение гепатита С.

4. Партнерство с медицинскими и социальными учреждениями

- Организация стационарных низкопороговых пунктов/точек с выдачей барьерной контрацепцией, профилактических наборов в зависимости от инъекционного/ не инъекционного употребления.
- Сотрудничество со специалистами- гинекологами, хирургами, психологами, психиатрами - для расширения спектра услуг. Привлечение дружественных специалистов на обучающие мероприятия и для оказания услуг в низкопороговых пунктах.
- Привлечение лидеров мнений из представителей ключевых групп для распространения информации о профилактических сервисах.

5. Создание эффективных программ снижения рисков

- Разработка программ по снижению рисков при использовании наркотиков до или во время сексуальных контактов (химсекс): распространение информации, консультации, обучение специалистов.
- Обучение специалистов, работающих с потребителями НПВ, и волонтеров НКО, навыкам безопасного потребления психоактивных веществ, коммуникации и оказания первой помощи при передозировках. Обязательное консультирование клиентов на эти темы.
- Создание условий безопасности для клиентов из числа потребителей НПВ, в том числе, чтобы они не нанесли себе никаких увечий
- Развитие института равных консультантов из сообщества потребителей НПВ.
- Создание "Школы пациента для потребителей НПВ", в рамках которой разъяснять о взаимодействии лекарств, о том, что употребление — не повод бросать терапию.
- Разработка памятки для сотрудников (скрипт) «спроси у клиента». Это поможет в работе придерживаться некоего алгоритма и не упустить важных моментов для качественного оказания услуг.

6. Реализация программ для поддержки

- Программы, ориентированные на поддержку семей и близких потребителей НПВ, группы взаимопомощи для них.
- Психологическая и правовая помощь: консультации, помощь с восстановлением документов, преодоление барьеров в доступе к лечению ВИЧ.

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

- Юридическая помощь по острым темам: взаимодействие с полицией, риски, связанные со ст. 228 УК РФ, вопросы родительских прав.
- Помощь в составлении резюме и поиске работы для многих может стать первым шагом к изменению жизни.

7. Адаптация услуг и повышение их привлекательности для молодежи:

- Организация профилактических тренингов, акций, кластерных мероприятий, тестирований в университетах, колледжах, молодежных центрах.
- Вовлечение в информационную работу молодых лидеров мнений.
- Создание и распространение контента, адаптированного под стиль и каналы коммуникации молодёжи (тематические онлайн-платформы, социальные сети, мессенджеры), нацеленного на повышение осведомленности о деятельности ВИЧ-сервисных НКО и спектре предоставляемых услуг.
- Акцент на гарантиях анонимности, конфиденциальности и недискриминационного подхода.
- Активное вовлечение в создание информационных материалов молодых специалистов (включая равных консультантов), понимающих контекст и язык целевой аудитории, для обеспечения релевантности и доверия к контенту.
- Развитие и организация выездной работы (аутрич) в местах, где высока вероятность контакта с молодыми потребителями ПАВ, для непосредственного предложения услуг, консультирования и распространения средств профилактики.
- Использование цифровых платформ (веб-аутрич) для установления первичного контакта, проведения консультаций и мотивации к получению очных услуг, как эффективного формата в условиях, когда местом употребления становятся частные пространства (квартиры, дома).
- Создание системы привлечения молодых людей из числа потребителей ПАВ, уже получавших услуги, к роли «амбассадоров» или равных консультантов внутри своих сообществ для распространения достоверной информации и усиления эффекта «сарафанного радио», а также для установления доверия и повышения эффективности коммуникации по принципу «равный – равному».
- Предоставление услуг по принципу низкого порога доступности, без обязательных предварительных условий, с возможностью выбора между очным и онлайн-форматами взаимодействия.
- Внедрение игровых элементов и дополненной реальности для интерактивных обучающих программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и другим рискам.

8. Механизм мониторинга и оценки

- Регулярное проведение анкетирования клиентов и анализа эффективности мероприятий.
- Корректировка стратегии на основе обратной связи от участников проекта.
- Анализ и актуализация точек и времени выхода

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

Заключение: для успешной работы с потребителями НПВ необходимо применять дифференцированный подход по возрасту, способу употребления и типу вещества, системное сочетание информационно-просветительских мероприятий, расширение доступа к тестированию и медицинским услугам (в т.ч. к телемедицине), формирование доверительных отношений, а также активное использование онлайн- и офлайн-каналов с учетом особенностей региона и целевой группы.

СПб БФ «Гуманитарное действие»

Определение социально-демографических и поведенческих характеристик потребителей НПВ, а также их потребностей в услугах в области профилактики распространения ВИЧ-инфекции

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ТАБЛИЦЫ К ОТЧЁТУ

Представлены в электронном виде.