

Факторы, влияющие на приверженность к
программе опиоидной заместительной
терапии в г. Худжанд, Таджикистан

Отчет об исследовании

Общественная организация «Худжанд»
Республика Таджикистан
2017

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	2
БЛАГОДАРНОСТЬ	3
1. ВСТУПЛЕНИЕ	4
2. ОБ ЭТОМ ИССЛЕДОВАНИИ	7
2.1 ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ	7
2.2 МЕТОДЫ	8
<i>Набор респондентов</i>	8
<i>Этика</i>	8
<i>Анализ</i>	8
2.3 ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТОВ	9
3. РЕЗУЛЬТАТЫ	9
3.1 ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ СТОРОНЫ ПРОГРАММЫ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КЛИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ	10
3.2 ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ОТ ПРОГРАММЫ НЕ СОВПАЛИ С РЕАЛЬНОСТЬЮ	11
3.3 НЕВОЗМОЖНОСТЬ КОНТРОЛИРОВАТЬ ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ	13
3.4 НЕУВАЖИТЕЛЬНОЕ ОТНОШЕНИЕ СО СТОРОНЫ ВРАЧЕЙ	15
3.5 НЕВОЗМОЖНОСТЬ КОНТРОЛЯ ЗА СОБСТВЕННОЙ ЖИЗНЬЮ	16
3.6 ОСТОРОЖНОСТЬ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ИЗ-ЗА ОСОЗНАНИЯ НЕДОСТУПНОСТИ МЕТАДОНА В ДРУГИХ МЕСТАХ	17
3.7 НЕДОСТАТОК УДОВОЛЬСТВИЯ	18
3.8 ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЗАЩИТОЙ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ/ЗАЩИТОЙ ОТ ПОЛИЦИИ	19
3.9 СТРАТЕГИИ ВОЗВРАТА КОНТРОЛЯ	20
3.10 ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ПРОГРАММЫ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ	21
4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ВЫВОДЫ	22
5. РЕКОМЕНДАЦИИ	25

Список сокращений

АРТ	Антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ГФСТМ	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДЭН	Дозорный эпидемиологический надзор
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
НПО	Неправительственная организация
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ПАВ	Психоактивные вещества
ПРООН	Программа Развития ООН
РЦСПИД	Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД
РКЦН	Республиканский клинический центр наркологии
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
УНП ООН	Управление ООН по наркотикам и преступности
ЮНЭЙДС	Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИД

Исследовательская команда:

Сотрудники Общественной организации «Худжанд»:

- Шарипов Алиджон – директор организации
- Неъматов Илхом – координатор программ
- Абдугаффаров Абдурозик – фасилитатор по работе с сообществом

Благодарность

Авторы отчета выражают благодарность всем экспертам, принимавшим участие и оказавшим содействие в проведении данного исследования, включая пациентов программы опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), медицинских специалистов сайта ОЗТ в городе Худжанд и городе Чкаловск, сотрудников Общественной организации «ДИНА», поделившихся своим опытом, проблемами и извлеченными уроками.

В подготовку данного отчета также внесли значительный вклад: Аня Саранг – SKOSH, Нидерланды; Сатторов Бахтиер – главный врач Согдийского областного наркологического центра города Худжанда; Китюк Ефрем – врач нарколог сайта ОЗТ наркологического отделения Городской клинической больницы города Бустон; Дарья Алексеева – проектный менеджер AFEW Интернешнл, Амстердам, Нидерланды; Хасанова Елена – координатор ОО «СПИН Плюс», г. Душанбе, Республика Таджикистан.

Исследование проведено при финансовой поддержке AFEW Интернешнл в рамках программы «Укрепление способности организаций в регионе Восточной Европы и Центральной Азии» проекта #AIDS2018EECA, финансируемого Министерством иностранных дел Нидерландов.

1. Вступление

Ситуация в области наркотиков, ВИЧ и гепатита С в Таджикистане

Таджикистан, как и большинство стран Центральной Азии, на протяжении последних десятилетий сталкивается с большими проблемами, связанными с незаконным оборотом наркотиков и сопутствующими последствиями для здоровья людей и общества.¹ Среди этих последствий - распространение ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С, смертельных передозировок и потеря трудоспособности среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН).

На 1 января 2016 года по данным Республиканского клинического центра наркологии им. профессора Гулямова (РКЦН) официально зарегистрировано 7313 человек с проблемами наркомании, 67.2% из которых – это ЛУИН.² Учитывая географическое расположение Таджикистана, граничащего с Исламской Республикой Афганистан, на наркосцене страны преобладают производные опийного мака (в основном, героин). Больше всего ЛУИН проживает в Душанбе (44%), Согдийской области (19%) и Горно-Бадахшанской Автономной области (13%). Большинство официально зарегистрированных ЛУИН относятся к возрастной группе от 35 – 59 лет (69.9%).³ Наиболее распространенными видами наркотиков среди зарегистрированных в 2011 году людей с проблемами наркомании были героин (5755 человек), опиум (679), гашиш (366) и транквилизаторы (335).⁴ Основной способ употребления героина на сегодня – внутривенные инъекции.⁵ Однако данные официальной статистики не отражают реального числа ЛУИН в Таджикистане. Согласно последней экспертной оценке, проведенной в 2014 году, в стране проживает около 23 100 ЛУИН.⁶

Одним из самых проблемных последствий инъекционного употребления наркотиков, с точки зрения общественного здравоохранения, является риск распространения эпидемии ВИЧ и гепатита С. Согласно данным интегрированного биологического и поведенческого надзора, проведенного Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИД, распространенность ВИЧ среди ЛУИН в 2014 году составляла 12.9%, гепатита С – 22,7%.⁷

¹ Национальная стратегия по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Республике Таджикистан на 2013-2020 годы. 2013: Душанбе. Доступна в сети: http://www.epaam.org/files/6/8/c/5/b/tadzhikistan_strategiya-2013-2020-.pdf, последний доступ 5.12.2017

² Данные Республиканского Клинического Наркологического Центра Республики Таджикистан. Документ на таджикском языке доступен по запросу.

³ СПИН Плюс (2015). Отчет по результатам оценки доступности, приоритетности и качества услуг снижения вреда силами сообщества в Республике Таджикистан. Доступен: <http://docplayer.ru/57556904-Otchet-strana-tadzhikistan-po-rezultatam-ocenki-dostupnosti-prioritetnosti-i-kachestva-uslug-snizheniya-vreda-silami-soobshchestva-organizaciya-spin-plus.html>, последний доступ 12.03.2018

⁴ Национальный центр мониторинга и профилактики наркомании Министерства здравоохранения Республики Таджикистан (2012) Национальный отчет о наркоситуации в Республике Таджикистан 2012. Доступен: <https://goo.gl/QJYBa6>, последний доступ 1.02.2018

⁵ СПИН Плюс (2015). Отчет по результатам оценки доступности, приоритетности и качества услуг снижения вреда силами сообщества в Республике Таджикистан. Доступен: <http://docplayer.ru/57556904-Otchet-strana-tadzhikistan-po-rezultatam-ocenki-dostupnosti-prioritetnosti-i-kachestva-uslug-snizheniya-vreda-silami-soobshchestva-organizaciya-spin-plus.html>, последний доступ 12.03.2018

⁶ Министерство Здравоохранения и Социальной Защиты, Центр по борьбе со СПИД (2014). Предположительное число секс-работников и ЛУИН в Республике Таджикистан в 2014 г. Документ на таджикском языке, доступен по запросу.

⁷ Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД РТ (2014). Отчет с анализом данных дозорного эпидемиологического надзора среди людей употребляющих инъекционные наркотики в Республике Таджикистан в 2014 году. Отчет на русском языке доступен по запросу.

Программа опиоидной заместительной терапии в Республике Таджикистан.

Опиоидная заместительная терапия при помощи метадона или бупренорфина является одним из самых эффективных подходов к профилактике ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики,⁸ а также научно обоснованным и этически оправданным методом оказания помощи людям с опиоидной зависимостью. Благодаря ОЗТ можно снизить высокие издержки, связанные с опиоидной зависимостью, для самих индивидов, их семей и для общества в целом, главным образом благодаря сокращению инъекционного употребления героина, уменьшению числа связанных с ним смертельных исходов, снижению риска инфицирования ВИЧ, гепатитом С, а также снижению преступности.⁹ В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, заместительная терапия должна рассматриваться как часть комплексной программы помощи наркозависимому человеку и предоставляться в сочетании с психосоциальной помощью (различные виды консультирования и психотерапии, помощь в решении социальных проблем, таких как поиск жилья, работы, образование, социальные пособия и юридические проблемы), психиатрическим лечением, а так же с лечением соматических заболеваний.¹⁰

В Республике Таджикистан пилотная программа ОЗТ начала реализовываться в 2011 году. Сперва в стране функционировали 3 сайта ОЗТ – в г. Душанбе, г. Хороге (Горно-Бадахшанская автономная область), г. Худжанд (Согдийская область). В 2017 году, по данным Республиканской наркологической службы в стране функционировало 12 сайтов ОЗТ.¹¹

Программа ОЗТ была включена в Национальную программу по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2011-2015 гг. и признана Правительством Республики в качестве эффективного метода снижения распространения ВИЧ-инфекции среди ЛУИН.¹² В новой Национальной программе по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на 2017-2020 гг. предусмотрено увеличение числа пациентов на 20%, до 4620 ЛУИН и предусмотрена закупка метадона с ежегодным долевым финансовым участием государства.¹³ В Законе Республики Таджикистан «О наркологической помощи» проведение заместительной терапии указано в качестве одной из задач, поставленных перед лечебно-профилактическими учреждениями, оказывающими наркологическую помощь.¹⁴ В 2006 году Министерство здравоохранения выпустило Приказ «О совершенствовании наркологической помощи в Республике Таджикистан», который определяет опиоидную заместительную терапию в качестве

⁸ ВОЗ/УНП ООН/ЮНЕЙДС (2004) Совместная позиция ВОЗ/УООНП/ЮНЭЙДС Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. Доступно: https://www.unodc.org/documents/russia/Reports/report_2004-03-15_1_ru.pdf, последний доступ 1 февраля 2018 года.

⁹ Ibid.

¹⁰ World Health Organization (2009) Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence, стр. 20. Доступно: <https://goo.gl/dAVXqA>, последний доступ 01.02.18

¹¹ Данные Республиканской наркологической наркологической службы, полученные по запросу.

¹² Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-2015 гг. Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 октября 2010 года № 562

¹³ Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республики Таджикистан на период 2017-2020 гг. Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 25 февраля 2017 года №89

¹⁴ Закон «О наркологической помощи» Утвержден Президентом Республики Таджикистан 8 декабря 2003 года № 67.

Реализация существующей программы ОЗТ в Республике Таджикистан регулируется приказом Министерства здравоохранения от 24.07.2009 № 500 «О внедрении опиоидной заместительной терапии», в рамках которого разработано согласованное с Агентством по контролю за наркотиками Республики Таджикистан Оперативное руководство по ОЗТ,¹⁶ представляющее собой организационный и клинический протокол. Хотя данный протокол составлялся на основе рекомендаций ВОЗ, многие из них не были учтены, что влияет на качество предоставления услуг и удержание клиентов в программах. Так, оценка, проведенная экспертами ВОЗ в 2014 году указала на ряд проблем в предоставлении ОЗТ в Таджикистане, среди которых: низкий охват программ, высокий уровень ограничений при приеме в программу, требование о постановке на учет, негативное отношение к наркопотребителям со стороны медицинского персонала, недостаток психологической поддержки в программах ОЗТ, недостаточное обучение персонала и т.д.¹⁷

Хотя с момента оценки прошло уже почти пять лет, как показывает наше исследование, многие проблемы так и не были решены. До сих пор ряд национальных критериев приёма в программу, связанные с минимальным возрастом, количеством неудачных попыток лечения и продолжительностью стажа инъекционного употребления наркотиков не соответствуют рекомендациям ВОЗ и могут служить препятствием для включения в программу. В Республике Таджикистан до сих пор не отменено принудительное лечение наркомании¹⁸ и действует процедура официальной регистрации лиц с наркотической зависимостью. Хотя согласно действующему законодательству сведения о пациентах представляют собой врачебную тайну, существует ряд правовых возможностей для обхода требований о врачебной тайне и нарушения конфиденциальности личной информации при получении наркологических услуг. Одно из таких нарушений - требование к наркологическим учреждениям сотрудничать с правоохранительными органами при оказании помощи пациентам.^{19,20}

Как показывали предыдущие оценки качества работы программ ОЗТ, еще одной серьезной проблемой является ограничение права пациента на свободное перемещение.²¹ Пациенты программы ОЗТ сталкиваются с проблемами получения препарата при переезде за пределы страны или внутри страны, в населенные пункты, где ОЗТ недоступно, так как получить препарат на руки невозможно. Существующий регламент²² предусматривает выдачу

¹⁵ Министерство здравоохранения Республики Таджикистан (2006). Приказ «О совершенствовании наркологической помощи в Республике Таджикистан»

¹⁶ Министерство здравоохранения Республики Таджикистан (2009). Оперативное руководство. Заместительная поддерживающая терапия метадонем при синдроме зависимости от опиоидов. Доступно: www.afew.tj/images/files/doc/oprerativnoe_rukovodstvo.doc, последний доступ 01.02.18

¹⁷ World Health Organization (2014) HIV Programme review in Tajikistan. Evaluation report. September 2014. Доступно: <https://goo.gl/yzctKW>, последний доступ 01.02.18

¹⁸ Уголовный кодекс Республики Таджикистан, ст. 97, 101 УК РТ http://base.mmk.tj/view_sanadhoview.php?showdetail=&sanadID=23#_Toc503452977, последний доступ 10.03.18

¹⁹ Закон « О наркологической помощи» Утвержден Президентом Республики Таджикистан 8 декабря 2003 года № 67.

²⁰ УНП ООН (2010). Итоговый отчет и рекомендации по Таджикистану. Доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы, в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане: Анализ законодательства и политики, Рекомендации для реформ.

²¹ ICAP при Колумбийском Университете (2013) «Оценка программы опиоидной заместительной терапии в Республике Таджикистан, версия отчета от 08.02.2013

²² Министерство здравоохранения Республики Таджикистан (2009). Оперативное руководство. Заместительная поддерживающая терапия метадонем при синдроме зависимости от опиоидов. Доступно:

метадона на дом пациентам со стабильной динамикой после шести месяцев после начала ОЗТ, в том числе через выписывание рецептов. Но данный механизм до сих пор практически не используется.

Программа заместительной терапии в г. Худжанд

По официальным данным Согдийской наркологической службы на конец 2016 года в области на учете состояли 1106 ЛУН, их низ 973 ЛУИН.²³ В Приложении 1 приводятся официальные данные Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИДом о распространенности ВИЧ-инфекции.

На момент проведения данного исследования (начало 2017 г.) в городе Худжанд работал всего один сайт ОЗТ (при финансовой поддержке ПРООН/ ГФСТМ), число регулярных пациентов которого составляло 62 человека.²⁴ Географический охват пациентов программы – это город Худжанд и близлежащие районы (Б. Гафуровский, Чкаловск, Кайраккум, Мастчох). По данным Согдийской областной наркологической службы с момента начала программы ОЗТ в январе 2011 по декабрь 2016 года, ее услугами было охвачено 345 ЛУИН, то есть примерно 30% от официально состоявших на учете в наркологии. Однако в силу разных причин 283 человека, то есть 82% из всех пациентов вышли из программы. Официальные причины выхода из программы это: попали в МЛС (38 чел.), исключены за нарушение правил программы (71 чел.), прервали терапию по собственному желанию (53 чел.), умерли (12 чел.).

Для вовлечения активных ЛУИН в программу ЗТ администрация сайта сотрудничает с тремя СПИД сервисными НПО - СМОО «ДИНА», ОО «Амали нек» и ОО «Икболи нек». Около 40% пациентов из 345 направлены через СПИД сервисные НПО, работающие в Согдийской области.

Несмотря на тот факт, что программа ОЗТ является бесплатной и финансируется за счет средств грантов Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, малярией и туберкулезом, на сегодняшний день она не охватывает даже 10% от всего официального количества состоявших на учете ЛУИН по Согдийской области.

2. Об этом исследовании

2.1 Цель исследования

Данные Согдийской областной наркологической службы указывают на низкую эффективность программы ОЗТ в плане вовлечения и удержания пациентов в лечении. В связи с этим, целью исследования было выявить причины этих проблем и основные

www.afew.tj/images/files/doc/oprerativnoe_rukovodstvo.doc, последний доступ 01.02.18

²³ Согдийская областная наркологическая служба. Данные, полученные по запросу.

²⁴ *ibid.*

факторы, влияющие на удержание в лечении на сайте заместительной терапии в городе Худжанд.

2.2 Методы

Набор респондентов

Поскольку нам важно было узнать мнение пациентов и бывших пациентов программы ОЗТ и разобраться, что влияет на их удержание в лечении, исследование опиралось на качественные методы, а именно, глубинные интервью с четырьмя группами респондентов:

- (1) пациенты, вышедшие из программы по собственному желанию (n=15),
- (2) пациенты, исключенные из программы по решению персонала (n=3),
- (3) медицинский персонал сайта ОЗТ (n=2).

Набор респондентов проводился силами сообщества ЛУИН, социальных работников и равных консультантов общественных организаций работающих в Согдийской области. Набор проводился методом снежного кома, путем информирования о целях и задачах данного исследования.

Этика

Интервью проводились на анонимной и конфиденциальной основе. Всем респондентам была предоставлена подробная информация о целях и задачах исследования, условиях участия. Все респонденты перед интервью заполняли и подписывали форму информированного согласия. Респонденты, принимавшие участие в данном исследовании получали поощрительные продуктовые пакеты, стоимостью 176 сомони (около 20 долларов США).

Часть интервью была проведена в офисе ООО «Худжанд», часть интервью были выездные, и проводились в предложенном респондентами месте. Все проведенные в рамках данного исследования интервью были записаны на цифровой диктофон, была произведена дословная расшифровка всех интервью.

Анализ

Был проведен тематический анализ транскриптов интервью. Анализ проводился в ходе

исследования, таким образом, чтобы полученные данные направляли сбор новых данных. Анализ интервью проводился двумя исследователями, в результате обсуждения была разработана рамка кодирования. Кодирование и анализ интервью проводились как вручную, так и при помощи программы MaxQDA12. Количественные данные, полученные в ходе интервью (демографические данные и т. п.) были обработаны в программе Microsoft Excel.

2.3 Характеристики респондентов

В ходе исследования были проведены интервью с 18 людьми, имеющими опыт прохождения терапии в программе ОЗТ в Худжанде. Возраст респондентов составлял от 34 до 46 лет, средний возраст 40 лет. Было проинтервьюировано 6 женщин и 12 мужчин. Среднее время пребывания в программе ОЗТ 3 года, на момент проведения исследования пациентами ОЗТ были только три человека, остальные 15 человек (83%) прервали лечение по тем или иным причинам. Четыре человека (22%) сообщили о том, что у них положительный ВИЧ статус и они получают АРВ. Пять человек (28%) знали о наличии у них гепатита С, никто из них не получал лечение гепатита С. Большинство респондентов не имеют постоянного источника дохода, работы, они очень экономически уязвимы.

3. Результаты

Анализ данных исследования подтверждает официальную статистику о том, что уровень «выпадения» из программы ОЗТ в Худжанде очень высок. Основываясь на данных глубинных интервью, мы постарались выявить основные причины, по которым пациенты перестают пользоваться программами ОЗТ. В то время, как многие клиенты высоко оценивали пользу от участия в программе, они также поделились опытом и мнениями, почему участие в программе не является привлекательным для многих людей, с зависимостью опиатов.

Мы выделили несколько причин, которые показались нам наиболее значимыми во время анализа интервью:

- Ожидания пациентов до начала программы не совпали с тем, что они получили.
- Отсутствие контроля над своей жизнью, привязка к сайту ОЗТ.
- Отсутствие совместного принятия решений относительно процесса лечения вместе с пациентом, потеря контроля над процессом лечения.
- Осторожность участия в программе из-за осознания недоступности метадона в других местах.
- Потеря удовольствия и стремление получить это удовольствие за счет употребления

других психоактивных веществ, влекущее за собой исключение или выход из программы.

- Опасения, связанные с нарушением конфиденциальности.

Ниже мы приводим подробный разбор этих причин и иллюстрации из интервью респондентов.

3.1 Положительные стороны программы с точки зрения клиентов и врачей

Прежде всего, важно отметить, что клиенты, даже те, кто вышли из программы, видели в ней много положительных сторон и понимали, что программа ОЗТ помогла или продолжает помогать им решать проблемы, связанные с употреблением нелегальных наркотиков. Среди этих положительных сторон – стабилизация жизни, возможность воздержаться от криминальных действий, связанных с вовлеченностью в рынок нелегальных наркотиков, возможность уделить внимание своему здоровью, снижение риска передозировок, снижение рискованных инъекционных практик:

Метадон мне нравился, благодаря метадону сейчас многие ребята выживают (муж., 42).

Да [принимать метадон лучше] чем героин конечно. Например от героина передозировка и каждый день деньги уходят такие большие. Попадёшься – еще и в тюрьму сядешь. Конечно метадон выгодно, если человек каждый день употребляет (жен., 34).

[Метадон] всегда доступен, выпил и занимаешься своими делами (муж., 42).

Положительные моменты которые дала программа - формирование чувства ответственности, за 3 года у респондентки появилось хобби разведение кошек и собак, кроме того забирает брошенных, больных домашних животных, лечит при возможности раздет желающим, это дает ей моральное удовлетворение (полевые заметки).

Пациенты подчеркивали такие положительные стороны программы, как экономическая выгода для потребителя, улучшения в плане здоровья («хорошо начал спать появился аппетит»), улучшение жизни в социально-экономическом плане, возможность начать работать. Многие из них говорили о том, что сами посоветовали бы участие в программе своим знакомым:

- Вы бы порекомендовали метадон другим?

- Да, он мне помог, я сейчас уже работаю. Во времена зависимости от героина родители боялись за меня, у меня ребенок, они думали о моём благополучии, я рада что есть метадон (жен., 34).

- Вы рекомендовали бы метадон?

- Конечно метадон лучше, милиция за тобой не бежит, это государственная программа, бесплатная, за это статьи нет, просто если пойти пить и работать это лучше конечно чем нелегальные наркотики (муж., 44).

Медицинские работники, принявшие участие в интервью, также высказали высокое мнение об эффективности программ ОЗТ:

Как то сомнительно было, я не думал что метадон это что-то сверхполезное, но сейчас вот сколько мы уже работаем, превзошло мои ожидания, хорошая вещь этот метадон. В том смысле что, сколько здесь я ни занимался в наркологии [до начала работы ОЗТ], время тратишь, силы, детокс, а он [пациент] все равно срывается, ну бесполезно. А здесь, что он получает метадон, у него свободное время, смотрю на работу устроился, вид получше, поправляться стали. Как то хоть они под наблюдением находятся, а здесь под контролем все это, стабильно, заводское вот это [лекарство], контролируемая доза. Также обследование проходит он здесь, начинает интересоваться как можно лечиться, гепатит С лечится или нет, информацию даем куда обратиться, или какие-то там дополнительные анализы сдать. Поэтому метадоновая терапия мне понравилась больше, чем детокс (врач).

Однако, несмотря на положительные стороны программы и зачастую ощутимое улучшение экономического и социального положения и самочувствия, подавляющее большинство клиентов рано или поздно отказывается от участия в ней. Мы пытались понять, почему это происходит и выявили ряд ключевых моментов, которые очень важны для понимания того, почему люди не в состоянии продолжать участвовать в программе.

3.2 Ожидания пациентов от программы не совпали с реальностью

Хотя многие пациенты были слышаны и много знали о работе программ ОЗТ до начала участия в ней, по мере лечения оказывалось, что реальность пребывания в программе не соответствовала их ожиданиям. Ключевым «не оправданным ожиданием» было то, что многие из опрошенных нами людей говорили о том, что им казалось, что программа поможет им избавиться от зависимости. В представлении многих людей программа воспринималась как краткосрочная интервенция, которая в конечном итоге приведет к полному избавлению от наркозависимости. Для многих программа воспринималась изначально как бесплатный детокс (пойти, вылечиться и уйти). Для других основной мотивацией участия в программе было «прийти в форму», восстановить свое состояние здоровья и выйти из программы.

Обсуждая преимущества и недостатки программы, некоторые респонденты высказывали искреннее удивление тому, что люди посещают ее по несколько лет:

До какой-то поры он будет ходить туда? Но всё равно некоторые по 4-5 лет ходят туда. Я не понимаю, зачем они? Если так, лучше вообще тогда прописаться там... В натуре

да, человек туда приходит зачем? Чисто с героина прыгнуть, перебить, а потом через детокс и выйти (муж., 46).

В некоторых случаях программа воспринималась пациентами как запасной вариант при отсутствии доступа к героину (нет дозы, можно пойти и снять ломку с метадоном):

Так получилось, короче, героин попался, вмазал, потом кончился, я, короче, зашёл туда у меня было такое: перебить просто надо было, 2-3 дня попить надо было и потом бросить (муж., 45).

Три-четыре месяца пил [метадон] и вышел. После детокса мне попались наркотики и снова началось, потом у меня закончились, сейчас дефицит с наркотиками и я снова вступил в программу (муж., 42).

Хотя подобные ожидания от программы не противоречат ее целям снижения вреда, связанного с употреблением уличных наркотиков, существующие в данный момент правила требуют настроя на более регулярное и продолжительное посещение, поэтому люди, настроенные на краткосрочные результаты зачастую исключаются из программы за нарушение правил.

Программа ОЗТ не ставит перед собой задачу полного прекращения употребления опиоидов, а лишь замещения уличных, нелегальных наркотиков на фармацевтические легальные препараты, однако эта задача была совершенно не очевидной для пациентов. Зачастую расхождение между ожиданиями и реальностью связаны с недостаточно полным или недостаточно корректным консультированием при поступлении на лечение. По всей видимости, консультирование, полученное до вступления в программу не достаточно глубоко затрагивало вопросы ожидания пациентов. Кроме того, первичное консультирование порой не давало полного представления о последствиях употребления метадона. Например, даже уже при приеме на лечение, пациент может быть уведомлен о том, что метадон не вызывает зависимость:

- Когда Вы туда [в программу] пришли Вас проинформировали о метадоне о минусах и плюсах?

- Нет мне не объяснили (муж., 37).

- Когда ты пришел первый раз, тебе объяснили, что такое метадон минусы и плюсы ?

- Нет, не проинформировали, просто договор подписали и всё это потом со временем мы стали узнавать что как, что к чему (муж., 42).

- Вы слышали о метадоне?

- Нет не слышал, ну говорили что метадон это хорошо, что ломки не бывает (муж., 40).

В других случаях, несмотря на то, что клиентам более подробно, чем в описанных выше ситуациях, объясняли, что участие в программе является долгосрочным, они все равно

надеялись на то, что им вскоре удастся прекратить принимать метадон и полностью избавиться от наркотической зависимости.

- А по поводу выхода из программы вас информировали?
- Да, врачи говорили, что сразу выйти не получится, всё постепенно и потом ещё надо лечиться (муж., 45).

- Вам говорили, что вы можете выйти из программы?
- Нет, не говорили! Они сказали, что мы всегда будем зависеть от этого [метадона], я у них спрашивал есть ли способ выйти от этого только в конце врач сказал, что можно через детокс кто с финансами нормально то сможет (жен., 38).

В вышеприведенных цитатах мы видим, что поскольку пациенты сами очень хотели полностью избавиться от зависимости, они стремились получить информацию, соответствующую их целям от врачей.

Ожидание того, что программа поможет человеку «избавиться» от наркозависимости вполне оправдано и понятно, так как в укоренившемся представлении целями любой программы «лечения наркозависимости» должно быть полное воздержание от наркотиков. Кроме того, люди устают от зависимости и связанных с ней тягот. Именно зависимость представляет собой основное бремя, от которого хотелось бы избавиться, обрести контроль за собственной жизнью. Поэтому многие респонденты были удивлены, когда осознали, что программа не ставит собой целью полное прекращение употребления опиатов.

Мало того, бремя зависимости от нелегальных наркотиков зачастую подменялось ощущением зависимости от самой программы («чувствуется что человек привязан веревкой к метадону», «каждый божий день туда и обратно, не хочу, надоело», «с одной зависимости на другую», «дождь, слякоть, холодно, вставать туда идти, маме сказала что все надоело, выйду»). Для некоторых респондентов подобное несоответствие ожиданий от программы и ее реалий вылилось в ощущение обмана, того, что программа является «ловушкой», и, вопреки ожиданиям, не помогает человеку обрести контроль над собственной жизнью, а наоборот, в очередной раз, лишает его этого контроля:

- Короче как сказать, это ловушка для наркомана
- Ну, ты имеешь в виду, с одной зависимости на другую зависимость?
- Да (муж., 46).

Когда ты в программе, ты привязан к программе, никуда не можешь пойти! (муж., 42).

3.3 Невозможность контролировать процесс лечения

Помимо ощущения «ловушки» в связи с обманутыми ожиданиями, из рассказов

респондентов становилось понятно, что одним из препятствий для обретения утраченного чувства контроля над собственной жизнью было то, что в программе они зачастую были лишены возможности принимать решения даже относительно своего собственного лечения. Процесс лечения – это двухсторонний процесс, контроль над которым должен быть как со стороны врача так и со стороны пациента, но респонденты рассказали о том, что в большинстве случаев решения относительно лечения принимались врачами в одностороннем порядке.

Одним из самых больных вопросов для пациентов в этом отношении был невозможность контроля за собственной дозировкой. В очень многих интервью люди жаловались на то, что врачи совершенно не прислушивались к их мнению в этом вопросе и поднимали дозировку, несмотря на возражения:

Год и два месяца я ходила [в программу], потом бросила, не стала ходить. Потом опять пошла, и врач начал поднимать мне дозу. Я ему говорила: "Не поднимай, мне плохо" — мне действительно было плохо из-за того, что он мне много даёт! "Нет, у вас с желудком проблема". Я говорю: "Да нет у меня никаких проблем!". И так я ушла с 45-и [мл] и больше не пошла (жен., 46).

- А сколько дней вы пили вот эту большую дозу?

- Неделю наверно

- Всю неделю вам плохо было?

- Да всю неделю я [врачу] говорю, он вообще не слышал! Он "с желудком проблемы," он мне говорил. Я говорю: "нет у меня проблем с желудком, никогда не было. Я вот 20-25 [мл.] пью – нормально было, ты, говорю, начал мне поднимать, мне плохо, я не могу, меня тошнит, я есть ничего не могу, я вообще высохла," я говорю! Я колола такая худая не была как сейчас! "Нет, я буду поднимать" [отвечает врач]. И я больше не пошла потом.

- Не хотите, да?

- Нет! Ни за что! (жен., 46).

Я скажу что короче, [персонал] метадонщиков за людей не считают...Мне дозу поднимают, мне плохо, рвет, тошнота, я говорю мне плохо, а они так надо, (муж., 45).

Не хотят [ходить на ОЗТ], потому что отношение такое нечеловеческое. Договориться невозможно. Вначале всё было хорошо, а как комиссия приходит с Душанбе, там вообще завал начинается, начинают поднимать резко дозу. Я пила когда только пришла на метадон 70, тогда ломки у меня были, 70 нормально мне было вроде бы. А потом постепенно стала понижать до 30 с 30 до 25, до 20. 20 пила нормально меня всё устраивало всё хорошо! [Приезжает комиссия] и начинается там на [врача] наезды и нам каждый день начинают по 5 мл. поднимать. Ладно бы как раньше, раз в неделю. Я им объясняю, что я кушать не могу после того, как метадон я выпила. И по 5 дней у меня запоры я им говорю, а у них на всё одна отмаза — ну значит у тебя с желудком проблемы! (жен., 38).

Поводом для поднятия дозы могли служить положительные результаты уринотеста, прогулы пациентов, подозрения на смешивание метадона с другими ПАВ, высказанное пациентами желание выйти из программы, да и просто распоряжения Комиссии из

Душанбе. Повышение дозы воспринималось врачами как способ снижения тяги к другим ПАВ, а пациентами – как неоправданные действия, которые могли негативно сказаться на их самоощущении:

Мне комфортно при дозе 20-45 мг, когда больше доза, то я пиначу, плохое самочувствие (жен., 38).

[Врач] не слышит меня вообще! Вот когда я говорила, он не слышит, он своё пихает. Я ему говорю одно, он мне другое: «вы должны до 80 пить, говорит»... я говорю: «не могу, ты меня, говорю, пойми, меня тошнит я есть нечего не могу»! «Нет». Ну нет, так нет, я больше не пошла и они как то не звонили (жен., 46).

3.4 Неуважительное отношение со стороны врачей

Ситуация зачастую усугублялась тем, что, с точки зрения респондентов, врачи относились к ним не уважительно, пренебрежительно, не по-человечески, отказывались прислушиваться к их мнению, в том числе, относительно их собственного лечения:

[Врачи] нас приняли вначале хорошо а вот теперь поддержки нету от них никакой, просто как животных они нас принимают. Я по себе испытала и вот я вам рассказываю откровенно (жен., 38).

Врачи у нас тоже... Он не врач, с ним, когда с врачом говоришь, такое ощущение, что это, извините за выражение, это мент. Или следователь. Вот есть неправительственные организации, там сотрудники хоть как равный с равными с нами общаются. А в медицинских учреждениях – «наркоман!!!» По одному их виду уже видно, как он будет с тобой общаться. Мы же сразу понимаем по взгляду, по движениям. По разговору, по интонации. Из-за этого нам с ними не получается договориться. Я говорю: «мне эта доза мало или много». А они – «я врач, я лучше знаю. У меня в руководстве написано» (муж., 37).

Подобное отношение со стороны врачей еще больше усиливало чувство бессилия и утраты контроля:

[Врачи] не понимают всё равно они своё делают... мы хотим достучатся до них, но они не слушают, типа они умные а мы ничего не знаем (жен., 38).

Нет, [врачи] наоборот тебе делают так что как будто ты... Можно сказать...ты пришёл, мол, теперь нас слушай! Твоя жизнь в моих руках. Ну оно так и есть! (жен., 46).

«Я врач а ты здесь никто, скажите спасибо что мы Вам метадон даем» - такое вот отношение (жен., 38).

3.5 Невозможность контроля за собственной жизнью.

Помимо потери контроля над лечением, пациенты также чувствовали, что еще больше теряют контроль над собственной жизнью. Это ощущение потери контроля над своей жизнью и продолжающейся «зависимости» было в первую очередь связано с требованием ежедневного посещения программы. Подобное требование влечет за собой большие сложности в разрешении проблем социальной жизни пациента, мешает ресоциализации, трудоустройству, подчиняет жизнь пациента условиям работы сайта и мешает формированию здоровых навыков жизни. Кроме того ежедневное посещение сайта влечет за собой определенные траты на дорогу. Пациенты программы ОЗТ лишаются возможности самостоятельно регулировать режим жизни, не имеют возможности полноценно отдохнуть и работать за пределами города. Тем самым сужаются и круг общения и экономические возможности человека, укрепляется ощущение несвободы.

Как вам сказать? Как будто вас за ноги привязали – каждый день надо туда ходить, я очень мучился и было трудно (муж., 42).

[Муж] говорит «ты давай, завязывай, бросай сколько можно то эту зависимость [от ОЗТ]? Хорош уже, хочешь, пей пожалуйста пиво, хочешь водку там, закуска, пожрать, всё тебе зачем тебе это надо? У тебя ребёнок растёт, ну сколько можно туда ходить в одно время?» Он ходил со мной, он меня провожал и обратно каждый день. Месяца три со мной ходил, говорит «ты не задолбался? Я лично задолбался с тобой ходить! Не манает тебя эта дорога, каждый день? Зависима от кого-то там, от чего-то, идёшь, зачем тебе это надо?» (жен., 38).

Вот представьте, туда каждый день ходить. Плюс суббота-воскресение – у них там до 12 часов. Не выспишься. Вот из-за этого морально человек устаёт. Я устал чисто туда ходить каждый день. У меня даже давление стало подниматься в последнее время. Вот каждый день туда встаешь, это трудно. Ты уже как-то завязан. Зависим, можно сказать. Свободы не чувствуешь внутри. И пришлось потом выйти оттуда (муж., 37).

- У вас есть желание выйти с метадона?
- Да есть желание, выйти каждый хочет
- Какая причина?
- Причина – каждый день ходить туда за дозой и ехать долго! (муж., 42)

Респонденты неоднократно жаловались на то, что участие в программе заменило одну зависимость (от уличных наркотиков) на другую (от программы). Для многих из них это нарастающее чувство несвободы и стало причиной внутреннего напряжения, приведшего к выходу из программы.

Несмотря на то, что, судя по рассказам респондентов, вариант выдачи метадона на руки на несколько дней обсуждался, эта практика до сих пор не была внедрена в работу программы. С точки зрения пациентов, подобная возможность снизила бы стресс, связанный с ежедневным посещением, а также позволила бы получать метадон на руки в случае кратковременных выездов за пределы города.

3.6 Осторожность участия в программе из-за осознания недоступности метадона в других местах

Сильная привязка к сайту ОЗТ представляла собой моральное препятствие для многих респондентов, рационально рассчитывающих возможные риски, связанные с зависимостью от программы. Некоторые говорили о том, что опасаются, что метадоновая терапия может внезапно оказаться недоступной и человек останется один на один с ломками, зависимостью, без возможности получить какую-либо помощь. В числе подобных гипотетических ситуаций или реальных ситуаций, с которыми респонденты уже столкнулись – пребывание в местах лишения свободы, необходимость выезда из Таджикистана в другие страны, в частности, на заработки в Россию, где программы заместительной терапии не доступны лицам, страдающим опишной зависимостью.

Хотя обсуждение расширения метадоновых программ с Министерством Юстиции Республики Таджикистан ведется уже несколько лет, на сегодняшний день только одна программа работает в ИК города Душанбе, в остальных учреждениях программ ОЗТ нет, в том числе в изоляторах временного содержания, следственных изоляторах и колониях. Наркозависимые прекрасно осознают свои риски оказаться в таких местах и быть лишенными какой бы то ни было помощи. Один респондент поделился своей историей:

Когда меня начало ломать в тюрьме, после этих страшных мук я решил что не пойду больше никогда в метадон. Вот если бы и в местах лишения свободы давали то было бы супер, я бы не терпел муки (муж., 42).

- А если бы и в СИЗО и в ИВС и в тюрьме тебе метадон давали бы ?
- Было бы супер, и что бы в СИЗО было и во всех исправительных учреждениях, так должно быть по идее (жен., 35).

Метадон также не доступен в больницах и отсутствует система передачи метадона пациенту, в случае, если он попал в стационар:

Если у пациента ВИЧ-положительный статус и он находится на лечении в инфекционке, ему доставляют метадон, если же в другую больницу то им не доставляют, сами приходите говорят (жен., 36).

Многие респонденты отмечали выезд за пределы РТ как основную причину необходимости выхода из программы:

Можно было и дальше находится в программе, просто я собираюсь в Россию, если позвонят с России знакомые ребята и пригласят на работу, тем более курсы русского языка есть, так что стоит поехать поработать (муж., 43).

- Причина Вашего выхода из программы?

- Я на работу еду, когда кололась я потеряла машину, дом, вот сейчас я на съемной квартире, надо всё восстановить, вернуть потерянное (жен., 34).

3.7 Недостаток удовольствия

По условиям контракта пациент исключается из программы за 3-х кратное обнаружение в организме других психоактивных веществ (после проведения урино-теста), однако зачастую пациенты подписывают контракт вслепую, не ознакомившись с условиями пребывания в программе. Иногда пациенты подписывают контракт, будучи уверены, что программа поможет им полностью избежать употребления других веществ, однако со временем эта уверенность начинает пропадать.

Практика «догонов» или употребления других препаратов наряду с метадоном часто встречается среди пациентов программы. Она часто служит поводом для исключения из программы по причинам нарушения правил, повышения потребляемой дозы, вопреки желанию пациента. Мы спросили респондентов, прибегали ли они к «догонам» во время прохождения программы и почему они это делали. И хотя многие сказали, что не употребляли никаких дополнительных веществ, некоторые сообщили, что прибегали к другим веществам.

Основной причиной дополнительного употребления веществ было совершенно закономерное желание людей почувствовать хотя бы какое-то удовольствие от употребления веществ – то, чего не дает им метадон, даже в больших дозировках:

- Во время пребывания в программе Вы догонялись чем-то?
- Да принимала таблетки
- Для чего вы употребляли таблетки?
- Для кайфа
- Чисто из-за кайфа? Или доза была маленькая?
- Да, для кайфа, доза не была маленькой метадона.
- Какую таблетку вы пили ?
- «Сомнол» (жен., 35).

- Для чего после метадона героин употребляли?
- Метадон кайф не давал вот только в начале кайф давал (жен., 34).

- Почему ты догонялась?
- Хотелось почувствовать ещё такой кайф (жен., 35).

- Димедрол толочат, потом воду добавляют... И потом в вену колют. Он сужает вены, и в горло это ощущение приходит, вот ради этого все и делают. Только один раз волну даст и все. Больше он ничего не действует. Вот ради этого прихода, можно сказать, димедрол и употребляют после метадона... Организм привыкает, не принимает этот кайф по-прежнему, ему еще больше охота. А потом уже Сомнол, Пиклон, доза больше становится. Чем больше употребляешь, тем больше организм требует.

- То есть хочется, чтобы не просто не ломало, а чтобы какие-то ощущения были, из-за этого?

- Да. Кайфа. Мне вот кажется, что метадон какого-то эффекта не дает, и людям хочется чем-то догнаться. Я вот так думаю (муж., 37).

- Димедрол вы потребляли потому что вам чего-то не хватало?

- Да. Вначале такая тяга есть, после героина. Не такой лёгкий выход с этого, всё равно внутри нехватка есть. В мозги вот сигнал давит, сигнал дает, что что-то не хватает! И после этого догоняем (муж., 40).

Однако в программе нет адекватных механизмов для реагирования на подобные часто встречающиеся ситуации. Респонденты сказали, что в случае, если их тесты показывали положительные результаты на другие вещества, их либо просто исключали из программы (в случае повторных положительных тестов) или поднимали дозировку метадоны против их воли, что в дальнейшем могло привести к их самостоятельному отказу от участия в программе и полному возвращению к нелегальному употреблению наркотиков. Программа не предусматривала работу с психиатром, психологом, равным консультантом или другие способы разобраться, почему у человека возникает потребность в употреблении других препаратов, в каких других сферах жизни может человек найти для себя удовольствие и поиски путей решения для прекращения проблематичного употребления ПАВ или дальнейшего снижения рисков для здоровья. Программа также не предусматривала никакой гибкости в отношении людей, которые продолжали употреблять нелегальные наркотики, хотя таких людей было достаточно много:

Если найдут у кого-то [положительный тест], дозу поднимают сразу. Они говорят – зачем ты это пьешь, тебе нельзя это пить, на печень, на это, помешает, нельзя делать это. А они все равно пьют (жен., 36).

3.8 Проблемы, связанные с защитой конфиденциальности/защитой от полиции

Респонденты во время интервью высказывали опасения, связанные с разглашением статуса, проявлением стигмы и дискриминации, страх того что об их зависимости станет известно другим людям:

Когда в наркологию идёшь, там могут увидеть. Прежде чем войти, машину оставляю далеко. Если там машины стоят, пока они не уедут жду, вот это убивает моё время. Ещё внутри больницы сделали стоянку, там тоже знакомые. Ну один раз скажешь, что за справкой пришёл, два раза, на третий раз всё равно скажут: «ты что-то там часто». Есть ребята, которым по барабану, а мне нет, у меня дети, я не хочу, чтобы завтра им сказали что их отец наркоман или метадонщик (муж., 43).

- Вы на такси добираетесь на сайт?

- Да, я там рядом живу, поэтому неохота туда идти, не хочу, чтобы меня видели, только из-за этого не хочу туда идти. Я там выросла а так в [другом] микрорайоне я проживаю, я на такси туда и обратно (жен., 34).

Требование о постановке на наркологический учет может быть барьером для начала

программы, так как постанова на учет влечет за собой ограничение гражданских прав и экономических возможностей, в частности, возможности устроиться на работу:

Когда они [пациенты] стоят на учете, то устроиться на работу трудновато, в основном работодатели требуют медсправку и получается, что для пациентов сайта это барьер. Обычно к таким людям недоверие и с неохотой берут на работу (врач).

Кроме этого, ряд респондентов сообщили о том, что программой до сих пор не были решены проблемы контактов с правоохранительными органами. Сотрудники правоохранительных органов иногда подкарауливают клиентов около сайта, незаконно их досматривают, иногда даже задерживают:

- Маршрутка прямо туда не едет, до какого-то места едет, а потом до наркологии метров триста нужно идти. И вот когда проходишь через эту территорию, там иногда уголовный розыск ловит... Иногда даже бывает, что ребята, не употребив дозу, их забирают и на сутки закрывают. Кражи там, или чего-нибудь. Отпечатки снимают. Сами меня сколько раз задерживали. Без основания, без ничего. Кража там. Наркоман, говорят. Я говорю, ну и что, что я наркоман. Ты же на учете стоишь? Да, говорю. Ну вот у нас есть основание тебя забрать, проверить.

- То есть они прямо около самой программы собираются?

- Раньше близко стояли. А потом, видать, были жалобы. Они теперь чуть подальше стоят. Надо будет, они поймают все равно. Знают, что сюда придет какой-нибудь из наркопотребителей, забрать его, своему начальству показать, что они работают. Без основания, без всяких доказательств. Они вот так поступают (муж., 37).

- Под новый год человек 25 нас туда [в отделение полиции] забрали... Стояли около дверей, кто заходит-выходит. Шлёпали в машины и в горотдел. С утра до вечера держали там, как тебе сказать, «где ты был в такое время?» Что-то у них короче получилось кражи или мрази, что то такое. И вот, прикинь, 20 человек толпа стоит и каждого спрашивают.

- Это единичный случай был или были ещё случаи?

- Много случаев было... Просто менты уже знают, что если ты на метадоне, по любому человек придёт туда. Просто приезжают и там стоят. Ты зашёл, метадон выпил. на выходе они раз тебя хлопают и поехали (муж., 45).

Проблемы с сохранением конфиденциальности и с невозможностью защититься от незаконных действий полиции также способствовали тому, что люди постепенно приходили к идее отказаться от участия в программе.

3.9 Стратегии возврата контроля

Наши респонденты описали сложные ситуации и контексты, в которых у них постепенно нарастало чувство утраты контроля над собственной жизнью. Они описывали разочарование в том, что вместо того, чтобы с помощью программы обрести силы для изменения жизни к лучшему, этих сил и надежды на изменения становилось все меньше. В попытке восстановить утраченный контроль люди прибегают к разным стратегиям – от более компромиссных, таких как попытки найти общий язык с врачом, объяснить свои

потребности, до более радикальных, например, решения прекратить участие в программе при помощи самостоятельной детоксикации. Другие действия пациентов, такие, как нарушение правил программы, прерывание программы на несколько дней, радикальное снижение дозировки, со стороны могут показаться «деструктивными». Но эти действия становятся гораздо более понятны и логичны, если рассматривать их в контексте необходимости пациента почувствовать свою волю, субъектность, восстановить контроль над ходом лечения и над собственной жизнью:

- Ты зависим [от врачей]?

- Да, поэтому я для себя подумал, лучше три дня перекумарю на сухую. Ну помучаюсь чуть-чуть, обратно же никто же не заставляет меня руку протягивать, вмазывать (муж., 46 лет).

В течении 5 лет я непрерывно принимал метадон и в конце 2016 года я сказал врачу что я хочу выйти самостоятельно из программы. Я захотел изменить свой образ жизни в лучшую сторону... Они предложили два варианта если хотите самостоятельно выйти с метадона, то хорошо, потому что это будет ваш опыт и проверка организма в личной жизни. И второй вариант сказали детокс. Я согласился на первый вариант, потому что через детокс я пройду, никакой боли не буду ощущать... и я решил самостоятельно, чтобы пройти через эти адские муки и чтобы сам проверить самостоятельно смогу ли я или нет (муж., 40).

3.10 Возможности улучшения программы с точки зрения пациентов и врачей

Во время проведения интервью мы спрашивали мнение респондентов о том, как, с их точки зрения, можно повысить качество и привлекательность программы. Было высказано много мнений, но больше всего пациенты говорили о том, что необходимо пересмотреть правила, ограничивающие возможности врачей выдавать метадон на руки на несколько дней:

Мы сколько раз говорили – на руки хотя бы давайте иногда. В других государствах же дают. Вот в Литве или где-то. «Зачем это тебе?» они говорят. Я говорю: «просто устал уже сюда каждый день ходить» (муж., 37).

- Если вам выдавали бы недельную дозу, это было бы удобно ?

- Да, намного удобней! (муж.,42).

Врачи также соглашались с пациентами в том, что возможность выдавать метадон на руки повысила бы возможности удержания в программе:

На семинарах говорили, что в некоторых странах на выходные дают дозу... тем пациентам, которые прилежны, никогда никаких нарушений, ихние анализы и пробы показали отрицательный результат, что они исполняют все пункты контракта. Ну я думаю, что было бы приемлемо таким пациентам дисциплинированным можно было бы выдавать. Но если бы это было и еще законодательно подтверждено, а пока у нас по-моему по закону выдавать на руки нельзя, на дом или еще на сколько-то дней, нельзя... Я бы выступил [за выдачу на руки], в качестве поощрения таким дисциплинированным пациентам, чтобы глядя на них другие так же вели себя (врач).

Другие респонденты говорили о том, что было бы хорошо, если бы была возможность доставки метадона социальным работником на дом или в больницу, в случае невозможности со стороны пациента самостоятельно прийти за метадоном:

Вот кто болеет, например, домой везли бы. Одного человека рабочего, который работает, ему бы дали, и он бы домой отнес. Адрес бы он сказал, ему бы домой отнесли... Бывает, что он не может встать, у него грипп, например, температура. Или папа или кто-нибудь умер, и он не может прийти. Такое у нас часто бывает (жен., 36).

Были также предложения относительно возможности получать услуги анонимно, без постановки на учет в наркологической службе. Взятие на учет в наркологической службе создает барьеры при дальнейшем трудоустройстве пациента, некоторые работодатели требуют медицинскую справку при приеме на работу, и учет в наркологической службе создает барьер для получения работы.

Если было бы анонимно может я до сих пор ходил бы (муж., 43).

Было бы лучше, если бы не ставили в учёт (муж., 42).

Также было высказано много мнений относительно необходимости придавать больше сил пациентам, в том числе за счет улучшения отношения врачей, отношений между врачами и пациентами. Возможно ситуацию можно было бы сделать лучше в случае введения должности равного консультанта в программе:

Да в плане отношения [врачей] как-то бы семинары проводила, что там с больными как-то договариваться нужно, не так что орать тупо: «хочешь пей, не хочешь иди отсюда!» Вот, семинары проводили с врачами, как-то чтобы более адекватное было отношение, не так, что, вот, «я врач, а ты здесь никто, скажите спасибо, что мы вам здесь метадон даем». И потом среди этих бы тоже семинары проводили, которые метадон пьют, чтобы тоже не ходили не орали «давай, наливай!» Такое тоже бывает (жен., 38).

Я бы всё поменял, я бы боролся за людей! Потому что люди они тоже, просто они затерялись где-то там в уголке, не знают что делать. Я бы работников поменял бы, я бы таких нашёл, чтобы меня понимали, чтоб такой же как я был. Самое главное, я приглашения хорошие сделал бы приветствовал бы [клиентов], потому что работа тоже в этом состоит: делай добро больше. Я с удовольствием всё поменял бы, обновил бы, провозжал бы, приглашал бы, консультанта нормального нашёл бы, желательно если консультант был бы из числа сообщества, который без моего этого одно слова всё поймёт, и всё будет нормально, хорошо (муж., 40).

4. Обсуждение результатов и выводы

Исследование показало, что важными факторами, влияющими на высокий уровень выпадения пациентов из программы ОЗТ являются:

Ожидания пациентов от программы не совпали с реальностью. Люди с наркозависимостью, которые вступали в программу ОЗТ, зачастую воспринимали программу как некий краткосрочный курс, который приведет к полному избавлению от наркозависимости. В ходе интервью выяснилось, что многие пациенты часто не были морально готовы к долгосрочному пребыванию в программе, к тому, что ее целями являлось не полное избавление от опиоидной зависимости, а содействие в снижении вредных последствий от употребления наркотиков. Для части респондентов основной мотивацией участия в программе было прийти в форму, восстановить свое состояние здоровья и выйти из программы.

Подобное расхождение целей пациента и программы связаны, скорее всего, с недостаточным обсуждением взаимных целей при поступлении в программу между врачом и пациентом. Более глубокая беседа, мотивационное интервью с пациентом во время поступления в программу могло бы помочь прояснить его/ее цели и выработать план достижения этих целей, который устроил бы и пациента и персонал.

Отношения между врачом и пациентом. Любой процесс лечения – это двусторонний процесс, в котором принимает участие врач и пациент, оговаривающие между собой условия лечения и другие детали. Слабый интерес к процессу лечения со стороны пациентов может быть вызван низким уровнем информированности о целях и возможностях программы, недоверием к персоналу и другими факторами. Высокомерное, неуважительное отношение к пациентам со стороны персонала, нежелание прислушиваться к мнению пациента относительно его/ее собственного лечения также влекли за собой чувство умаления собственного значения в процессе лечения, снижения контроля над процессом лечения и собственной жизни и зачастую приводили к отказу от программы.

Невозможность контроля за собственной жизнью, привязка к сайту ОЗТ. Одна из причин, по которой люди обращаются в программы ОЗТ – это усталость от зависимости, надежда взять под контроль свою собственную жизнь. Однако, вскоре люди начинают осознавать, что программа зачастую обирает их этого контроля, лишая даже того, что было во времена зависимости от нелегальных наркотиков. Люди употребляющие инъекционные наркотики до момента вступления в программу ЗТ, имели возможность контролирования своей жизни. Контроль заключался в потребляемой дозе, выборе места и времени для потребления, количестве/частоте инъекций. Была какая-то свобода в действиях, влияние на ритм своей жизни, большей свободы перемещения, свободы над своим временем, возможностью получать удовольствие итп. Конечно, в силу нелегальности препаратов этот контроль был сильно ограничен, но, к сожалению, вступление в программу заместительной терапии не помогало его увеличивать, напротив, зачастую у человека появлялось чувство еще большей зависимости.

Строгие и не гибкие правила программы требуют у пациента полного подчинения, укрепляя ощущение «ловушки», несвободы. Регламентирующие документы действующей программы обязывают пациента к ежедневному посещению сайта, соблюдению жестких правил во время пребывания в программе, что еще больше подкрепляет чувство потери контроля над своей жизнью, ощущение усугубляющейся зависимости. Необходимость ежедневного посещения сайта влечет за собой сложности в решении социальных и экономических проблем. Она представляет собой барьер для ресоциализации, мешает трудоустройству, ставит жизнь человека в полную зависимость от сайта и мешает формированию здоровых навыков жизни. Кроме того, ежедневное посещение сайта

вызывает определенные траты на дорогу. Пациенты программы ОЗТ не имеют возможности менять обстановку и режим своей жизни находясь в программе, не имеют возможности полноценно отдыхать/выезжать за пределы города. Все предыдущие оценки программ ОЗТ в Таджикистане^{25, 26, 27} указывают на то, что отказ в налаживании более гибких правил, которые дали бы пациентам большую свободу, в том числе возможность получать метадон на несколько дней, привели бы к заметным улучшениям в работе программы. Однако, несмотря на все многочисленные рекомендации предыдущих оценок, ситуация на сегодняшний день остается прежней и наше исследование подтвердило, что это большая проблема для эффективности программ ОЗТ.

Нехватка удовольствия, неудовлетворенность, влекущая за собой нарушение правил нахождения в программе. В контракте между пациентом и сайтом прописано, что за 3-х кратное обнаружение других психоактивных веществ в анализах, пациент исключается из программы. Однако часть пациентов приходит на сайт в момент «ломок» и зачастую подписывает контракт вслепую, не обращая внимания на указанные в контракте условия пребывания в программе. Или же клиенты надеются, что смогут прекратить употреблять другие препараты. Респонденты объясняли необходимость использования другие препараты потребностью в получении удовольствия, желанием что-то почувствовать – то, чего не дает им метадон. Однако программа ОЗТ на сегодняшний не предполагает никаких механизмов совместной работы над удовлетворением этой потребности, поиска причины и способов решения проблемы, она предполагает лишь репрессивные механизмы – либо повышение дозы, вразрез с волей пациента, либо исключение из программы. В программе также нет психиатра, который мог бы оценить наличие сопутствующих проблем, например, депрессии, тревоги и других проблем психического здоровья и назначить соответствующую медикаментозную или психотерапию.

Вопросы конфиденциальности, незащищенность от нападков полиции. Важно помнить о том, что одним из критериев приема в программу является зависимость от опиатов. При постановлении врача-нарколога об опиоидной зависимости, пациент автоматически берется на учет и не снимается с него в течение 5 лет. Учет влечет за собой ряд негативных последствий. Например, в случае появления возможности устроиться на работу, работодатель будет требовать справку с наркологии, постановка на учет в наркологии станет барьером для устройства на работу. Этот момент негативно влияет на улучшение социально-экономических условий ЛУИН, улучшение качества жизни один из важных факторов влияющих на изменение поведения и социализации ЛУИН. Кроме того ЛУИН были обеспокоены разглашением своего наркозависимого статуса в связи с посещением программы. Большую обеспокоенность вызывало присутствие недалеко от сайтов сотрудников полиции и их незаконные действия по отношению к пациентам.

Отсутствие обратной связи о программе. Говоря о механизмах обратной связи, мы подразумеваем «коммуникационный мост» между пациентом и программой, возможность получения и предоставления мнения пациентов об эффективности и привлекательности программы. В настоящее время обратная связь от пациентов существует только в виде беседы/консультирования с врачом-наркологом, которая не дает объективной оценки программе, так как пациенты чувствуют свою подчиненную роль, незаинтересованность

²⁵ World Health Organization (2014). HIV Programme review in Tajikistan. Evaluation report. September 2014. Доступно: <https://goo.gl/yzctKW>, последний доступ 01.02.18

²⁶ ICAP при Колумбийском Университете (2013). Оценка программы опиоидной заместительной терапии в Республике Таджикистан, версия отчета от 08.02.2013

²⁷ Sarang, A. (2015) Strengthening the supportive environment and scaling up prevention, treatment and care to contain HIV epidemic in the Republic of Tajikistan. Final evaluation. UNDP Tajikistan.

врачей в выслушивании их мнения. Кроме того, учитывая небольшое число врачей-наркологов, их высокой нагрузки на действующих сайтах ЗТ, возложение функции приема обратной связи на врача-нарколога невыносимо увеличивает его/ее загруженность.

Поэтому механизмами осуществления мониторинга за качеством программы и осуществления обратной связи могут служить действующие на регулярной основе пациентские сообщества, группы взаимопомощи наркозависимых людей. Создание условий для организации и развития подобных сообществ, как посредника между пациентами и поставщиком услуг, механизмом обратной связи о качестве услуг, также вспомогательного механизма для привлечения других потенциальных участников программы позволит построить более формальную и продуктивную коммуникацию между пациентом и врачом и повлиять на качество услуг и удержание пациентов. Кроме того, участие в подобных группах и возможность реально влиять на осуществление программы ОЗТ позволит пациентам вернуть чувство контроля как над работой программы так и над собственной жизнью.

5. Рекомендации

1. Министерству здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Наркологической службе, Международным донорским агентствам, финансирующим программу ЗТ, Общественным организациям, страновым и областным координационным комитетам:

- 1.1 Внести изменения в существующие нормативно-правовые акты работы программ, с целью применения на практике выдачи метадона на руки.
- 1.2 Рассмотреть возможности анонимного участия в программе (предложить альтернативу документу удостоверяющий личность, например, введя систему кодов).
- 1.3 Пересмотреть нормативные акты наркологической службы, регулирующие взятие и постановку на учет, чтобы в случае появления возможности трудоустроится, пациенту не пришлось ждать 3-5 лет для снятия с учета как наркозависимого.
- 1.4 Рассмотреть/практиковать выдачу метадона через аптечные сети, либо через лечебно-профилактические учреждения для расширения географического охвата программы.

2. НПО, работающим в сфере снижения вреда и администрации сайта ЗТ в городе Худжанд:

- 2.1. Создать/развивать пациентские сообщества пациентов ЗТ, группы взаимопомощи, советы пациентских сообществ на базе сайтов ЗТ, которые будут способствовать получению обратной связи о программе и участию пациентов в принятии решений как в отношении дизайна программ в целом, так и относительно своего собственного лечения.
- 2.2. В консультации с пациентами разработать план по улучшению психо-социальной поддержки в рамках программ.
- 2.3. Рассмотреть возможность расширения спектра услуг на базе сайта ЗТ, через внедрение социально-бытовых услуг, профессиональных курсов либо же организации досуговых услуг.
- 2.4. Рассмотреть возможность включения штатной позиции равного консультанта из

----- числа пациентов ОЗТ для проведения первичного консультирования и поддержки пациентов в ходе лечения.

2.5. Общественные организации могут содействовать выявлению и перенаправлению потенциальных клиентов в программу, первичному консультированию пациентов, проведению групп по мотивации участников программы, групп поддержки по приверженности к ОЗТ. Возможно осуществление социального сопровождения клиентов со стороны сотрудников общественной организации для решения их социальных, юридических и других вопросов.

Приложение 1.

Ситуация с ВИЧ/СПИДом в зависимости от пола, путей инфицирования в Согдийской области Республики Таджикистан по данным Республиканского Центра СПИД с 1991 до 31 декабря 2016 г.

№	Регионы	Всего	Пути заражения							умер
			Мужчины	Женщины	Инъекционный путь	Половой путь	Неизвестно	Переливание крови	От матери к ребенку	
V	Согд	1778	1141	637	637	1041	31	7	62	52
1	Худжанд	360	250	110	210	142	3	1	4	10
2	Чкаловск	106	67	39	52	52	1	0	1	3
3	Кайроққум	88	51	37	40	47	1	0	0	3
4	Спитамен	70	38	32	7	60	0	0	3	1
5	Конибодом	127	75	52	5	107	7	1	7	3
6	Айни	29	22	7	4	20	5	0	0	6
7	Ч.Расулов	46	28	18	9	34	0	1	2	1
8	Истаравшан	86	62	24	30	50	2	1	3	2
9	Ашт	33	20	13	5	26	1	0	1	1
10	Гончи	41	23	18	1	38	1	1	0	7
11	Зафаробод	59	31	28	18	34	1	0	6	1
12	Б.Гафуров	158	98	60	46	102	1	1	8	4
13	Исфара	206	123	83	60	128	2	0	16	6
14	Истиклол	12	5	7	2	8	1	0	1	6
15	Панчакент	239	173	66	118	116	3	0	2	7
16	Шахристон	9	5	4	0	8	0	1	0	5
17	Матча	104	69	35	30	66	2	0	6	3
18	Горная Матча	5	1	4	0	3	0	0	2	0