

ENa-CAARUD

Национальный опрос лиц, употребляющих наркотические вещества, составленный центром CAARUD [2019]

(= возможен только один ответ / = возможны несколько ответов)

Вы и ваши условия жизни

1. Ваш пол?

- Мужской
- Женский
- Другой

2. Укажите год вашего рождения: _____

3. С кем вы проживаете (помимо детей)?

- Один(-на)
- С партнером
- С одним или несколькими членами семьи (например, родителями)
- С одним или несколькими друзьями
- С другими лицами

4. Вы проживаете с детьми (своими или своего партнера)?

- Да
- Нет

5. Где ты в настоящий момент проживаете?

- В своем жилье
- У близких (родственников или друзей)
- В специальном учреждении
- В машине или трейлерном парке
- В заброшенном доме
- В номере отеля
- Нет определенного места жительства (на улице, в случайных местах)
- Другое (уточните): _____

5а. Сколько времени вы сможете оставаться в этом жилье?

- Менее 1 месяца
- От 1 до 3 месяцев
- От 3 до 6 месяцев
- Более 6 месяцев
- Не знаю

6. Укажите основной источник вашего дохода в прошлом месяце.

- Доход от трудовой деятельности (в том числе выходное пособие или пенсия)
- Пособие по безработице
- RSA — пособие в рамках активной солидарности
- Пособие по инвалидности
- Другие пособия (например, CAF — пособие для многодетных семей)
- Помощь третьих лиц
- Другие источники дохода (включая незаконные и неофициальные)

Отсутствует (включая милостыню)

7. Укажите тип своей медицинской страховки.

<input type="checkbox"/> Социальное страхование	7а. PUMA — всеобщее медицинское страхование (ранее СМУ) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> АМЕ — государственная медпомощь	7b. ALD — страхование на случай хронических заболеваний <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Отсутствует	7с. СМУс — дополнительное всеобщее медицинское страхование <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Не знаю	7d. Другая система взаимного страхования <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Способы употребления и снижения рисков

8. Вы применяли внутривенное введение (инъекцию) хотя бы один раз в жизни?

- Да, за последние 30 дней *(ответ 1)*
- Да, за последний год, но не за последние 30 дней
- Да, в прошлом, но не за последний год
- Никогда
- Не знаю

а. Если да, то в каком возрасте вы ввели первую инъекцию? _____

б. Каким был первый продукт, который вы ввели с помощью инъекции? _____

Если вы применяли инъекцию(-и) за последние 30 дней (ответ 1) в течение этого же периода, то

9. Как часто вы вводили продукт с помощью инъекции?

- Каждый день или почти каждый день
- От 1 до 5 дней в неделю
- Менее одного раза в неделю

10. Делились ли вы средствами употребления (занятыми, одолженными или общего пользования)?

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 10а. Шприцем? | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| 10b. Водой для разведения? | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| 10с. Ватой или салфетками? | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| 10d. Ложками (емкостями)? | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| 10е. Ватой или фильтрами? | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |

11. Вам кто-то (кроме медработников) помогал сделать инъекцию?

- Да
- Нет

12. Пользовались ли вы повторно своим шприцем?

- Да
- Нет

13. Сколько уколов вы делали в последний день (не считая сегодня) применения инъекции?

14. За последние 30 дней вы курили продукты с помощью набора для курения крэка или дозатора?

Да Нет

Если да 14а. Делились ли вы дозатором? Да Нет

14b. Делились ли вы наконечником? Да Нет

14с. Какой последний продукт вы употребляли с его помощью? _____

15. Легко ли вам получить:

15а. Необходимое количество шприцев?

Да Нет Не применимо

15b. Нужный тип шприцев и игл?

Да Нет Не применимо

15с. Необходимое количество средств для курения (наборов для курения крэка, дозаторов, наконечников и т. д.)?

Да Нет Не применимо

16. Вы уже сдавали анализ на СПИД (включая экспресс-тест)?

Да Нет

16а. Если да, то каким был результат последнего анализа?

Положительным

Отрицательным

Не знаю

Если результат был положительным

16b. За последние 12 месяцев вы обращались по поводу данного заболевания к врачу?

Да Нет

16с. В настоящий момент вы принимаете лечение от данного заболевания?

Да Нет

Если результат был отрицательным

16d. Когда вы в последний раз сдавали анализ?

Менее 6 месяцев назад

От 6 месяцев до 1 года назад

Более 1 года назад

17. Вы уже сдавали анализ на гепатит С (включая экспресс-тест)?

Да Нет

17а. Если да, то когда вы в последний раз сдавали анализ?

Менее 6 месяцев назад

От 6 месяцев до 1 года назад

Более 1 года назад

18. Согласно результатам этого анализа:

Вы являетесь носителем вируса:

- 18a. В настоящее время вы принимаете лечение от гепатита С
 Вы прошли один или несколько курсов лечения, которые не дали результата
 Вы отказались от лечения

18с. За последние 12 месяцев вы обращались по поводу данного заболевания к врачу?

- Да Нет

Вы вылечились от гепатита С:

- 18b. Случайно
 Благодаря лечению от гепатита С

18d. Что вы принимали (в последний раз, если проходили несколько курсов лечения)?

- Interferon®
 Новый препарат (например, Epclusa®)
 Не знаю

Вы никогда не были заражены вирусом гепатита С

Вы не знаете результат анализа

19. Вы когда-нибудь были заражены вирусом гепатита В?

- Да Нет Не знаю

20. Вы прошли вакцинацию от гепатита В?

Пройден полный курс вакцинации

Начат курс вакцинации

Нет

Не знаю

20a. Если вы начали курс вакцинации, укажите количество инъекций.

- 1 инъекция
 2 инъекции
 3 инъекции
 Не знаю

20b. Если нет, вам предлагали пройти вакцинацию?

- Да Нет Не знаю

Употребление

21. В настоящее время вы проходите заместительную терапию зависимости от опиоидов под медицинским наблюдением? Укажите препарат.

Нет

Да, метадон (жидкий или в капсулах)

Да, бупренорфин (Subutex®, Orobu® или производные бупренорфина)

Да, Suboxone® (или бупренорфин/производные налоксона)

Да, морфина сульфат (например, Skenan®)

Другое (уточните): _____

21a. Если да, то кто выписал вам последний рецепт?

- Врач-терапевт (в городской больнице)
 Специалист центра CSAPA
 Персонал больницы
 Профильный врач (в городской больнице)
 Не знаю

22. В настоящий момент вы курите табак?

- Да Нет

23. Сколько сигарет (включая самокрутки)?

В день: _____

В неделю: _____

В месяц: _____

24. Вы курите электронные сигареты?

- Да Нет

25. За последний месяц вы употребляли алкогольные напитки?

- Ежедневно, сразу после пробуждения
 Ежедневно, но не сразу после пробуждения
 Несколько раз в неделю
 Реже или никогда

26. Вначале отметьте «да» или «нет» напротив препаратов, которые вы употребляли на последние 30 дней. Затем, если вы ответили «да», проставьте остальные отметки.

	Конопля	Кокаин в порошке	Кокаин в форме свободного основания (крэк, основа)	Героин	МДМА, экстази	Амфетамины (спиды)	Кетамин	ЛСД, кислота	Галлюциногенные растения (1)
За последние 30 дней	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

(1) грибы, дурман, шалфей наркотический, ДМТ/аяхуаска и т. д.

	Бупренорфин (Subutex®)	Метадон	Moscontin®/Skenan®	Трамадол	МДМА, экстази	Фентанил	Оксикодон	Бензо (2)	Ritaline®
За последние 30 дней	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

(2) Seresta®, Valium®, Imovane®, Tranxène®, Rivotril®, Témesta®, Lexomil®, Stilnox®, Ханак® и т. д.

26а. Как часто вы их употребляли?

- а. Реже одного раза в неделю
 б. От одного до нескольких раз в неделю
 в. Каждый день

	Конопля	Кокаин в порошке	Кокаин в форме свободного основания (крэк, основа)	Героин	МДМА, экстази	Амфетамины (спиды)	Кетамин	ЛСД, кислота	Галлюциногенные растения (1)
26а Частота	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в

	Бупренорфин (Subutex®)	Метадон	Moscontin®/Skenan®	Трамадол	МДМА, экстази	Фентанил	Оксикодон	Бензо (2)	Ritaline®
26а Частота	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в	<input type="checkbox"/> а <input type="checkbox"/> б <input type="checkbox"/> в

26b. Укажите способ(-ы) приема? (возможны несколько ответов)

- d. Перорально (глотали, запивали)
- e. С помощью инъекции
- f. Вдыхание через нос
- g. Вдыхание через рот, курение

	Конопля	Кокаин в порошке	Кокаин в форме свободного основания (крэк, основа)	Героин	МДМА, экстази	Амфетамины (спиды)	Кетамин	ЛСД, кислота	Галлюциногенные растения (1)
26b Способ	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g

	Бупренорфин (Subutex®)	Метадон	Moscontin®/Skenan®	Трамадол	МДМА, экстази	Фентанил	Оксикодон	Бензо (2)	Ritaline®
26b Способ	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g	<input type="radio"/> d <input type="radio"/> e <input type="radio"/> f <input type="radio"/> g

27. За последние 30 дней вы употребляли НСП (новые синтетические продукты) или ОХВ (опытные химические вещества), например, синтетические катиноны или каннабиноиды?

- Да Нет Не знаю

27a. Если да, укажите последний принятый: _____

27b. Если да, вы делали инъекции с ними за последние 30 дней? Да Нет

28. За последние 30 дней вы принимали один или несколько продуктов, не указанных ранее в опроснике (например, Artane®, кодеин, ГОМК и т. д.)?

- Да Нет

28a. Если да, то какой(-ие)? _____

29. Знаете ли вы, какой комплекс с налоксоном в виде назального спрея (например, Nalscue®) или инъекцией (например, Prénoxad®) можно использовать в случае передозировки опиоидами?

- Да Нет Не знаю

Если да

a. Вы его уже получали? Да Нет Не знаю

b. На вас уже использовали такой комплект? Да Нет Не знаю

c. Вы уже использовали такой комплект для помощи третьему лицу? Да Нет Не знаю

30. За последние 12 месяцев вы обращались:

a. В центр CSAPA? Да Нет

b. В другую службу медицинской помощи в борьбе с зависимостью (помимо центра CSAPA)?

- Да Нет

c. К врачу городской больницы? Да Нет

31. Сколько раз за последние 30 дней вы посещали центр CAARUD или встречались с кем-то из группы поддержки центра (включая эту встречу)?

- 1 раз
- 2 или 3 раза
- Менее 1 раза в неделю
- Каждый или почти каждый день