

ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ
України
Київ, вул. Ярославська, 41,
Тел. 044 425 43 54

Центр соціальних експертиз ім.
Ю.Саєнка ІС НАН України
Київ, вул. Шовковична 12, оф.206
Тел. 044 253 14 01

Послуги з проведення дослідження витрат пацієнтів, пов'язаних з діагностикою ТБ на
рівні системи охорони здоров'я.

АНКЕТА
ДЛЯ ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ХВОРІ НА ТБ

№ анкети _____

Область _____

Район _____

Тип населеного пункту : 1. Місто _____ 2. Село _____

Медична установа _____

ПІБ інтерв'юера: _____

Індивідуальний код респондента _____

А. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА З МЕДИЧНОЇ КАРТКИ ЛІКУВАННЯ ТБ

A1. Дата інтерв'ю	(День/місяць/рік)/...../.....
A2. Реєстраційний номер хворого	
A3. Категорія лікувального закладу	1. Центр первинної медико-соціальної допомоги (ЦПМСД) 2. Протитуберкульозні заклади (обласні, районні, міські) 3. Заклад первинної медичної допомоги 4. Заклад вторинної медичної допомоги 5. Приватна клініка/лікарня 6. Медичний центр 7. Інше (вказіть) _____
A4. Стать	1. Чоловіча 2. Жіноча
A5. Вік пацієнта:	_____ повних років
A6. Дата початку лікування	Число/ місяць/ рік / /
A7. Дата госпіталізації	1. Число/ місяць/ рік / / 2. Не було госпіталізації
A8. Клінічна форма (можливий множинний вибір)	1. Легеневий, 2. Позалегеневий
A9. Загальна тривалість запланованого лікування від початку	_____ місяців інтенсивно _____ місяців продовження
A10. Тип випадку	1. Новий 2. Повторний
A11. Вид медикаментозної резистентності	1. Чутливий 2. Лікарсько-стійкий

A12. Пацієнт знаходиться на стаціонарному лікуванні або на амбулаторному?	1. Стаціонарному лікуванні 2. Амбулаторному лікуванні із супроводом 3. Амбулаторному лікуванні без супроводу
A13. ВІЛ-статус (як зазначено в картці лікування)	1. Позитивний 2. Негативний 3. Не перевірено
A14. Фактори ризику (можна відмітити декілька варіантів):	1. Діти і дорослі, які мали близький або осередковий контакт з хворим на ТБ; 2. Діти і дорослі, які живуть з ВІЛ; 3. Особи, які працюють або працювали в минулому у виробничих умовах із впливом діоксиду силіціюму (головним чином, шахтарі і працівники металургічної галузі); 4. Медичні працівники; 5. Особи з вперше виявленими фіброзними залишковими змінами в легенях, які не отримували лікування від ТБ; 6. Діти і дорослі з захворюваннями, що призводять до ослаблення імунітету (хворі із злоякісними новоутвореннями, цукровим діабетом, пацієнти, які отримують імуносупресивну терапію, терапію інгібітором ФНП-α); 7. Особи, які зловживають алкоголем чи вживають наркотики; 8. Мігранти, в тому числі, внутрішньо переміщені особи; 9. Військовослужбовці; 10. Особи, які перебувають за межею бідності; 11. Особи без визначеного місця проживання; 12. Затримані та заарештовані особи, які перебувають у закладах тимчасового утримання, які утримуються або звільнились з установ пенітенціарної системи; персонал закладів пенітенціарної системи. 13. Інше (вказіть)_____

БЛОК 1. ВЛАСНІ ВИТРАТИ ДО ПОТОЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Власні витрати і витрати часу до та під час діагностики туберкульозу (до початку лікування туберкульозу)

1. Скільки разів Ви зверталися до медзакладів, коли у Вас з'явилися симптоми туберкульозу?

1. _____разів

2. ТБ було виявлено під час медогляду

3. ТБ було виявлено під час госпіталізації
з підозрою на іншу хворобу

→ **Переходьте до запитання №4-6**

2. В які заклади Ви зверталися, коли у Вас з'явилися симптоми туберкульозу? Скільки днів до початку лікування туберкульозу в поточному закладі Ви відвідували кожний з цих медзакладів?

2.1.Візити	2.2. Тип медзакладу (виберіть з переліку закладів)	2.3. Кількість днів від відвідування до початку лікування
1-й візит		
2-й візит		
3-й візит		
4-й візит		
5-й візит		
6-й візит		
7-й візит		

Перелік закладів

1. Центр первинної медико-соціальної допомоги (ЦПМСД)	4. Заклад вторинної медичної допомоги
2. Протитуберкульозні заклади (обласні, районні, міські)	5. Приватна клініка/лікарня
3. Заклад первинної медичної допомоги	6. Медичний центр
	7. Інше (вказіть) _____

3. Скільки грошей і часу Ви витратили на кожен з цих візитів до того, як у вас діагностували туберкульоз, включаючи візит, коли Вам підтвердили діагноз? Див. Таблицю нижче, надайте відповідь по кожному рядку (ДИВ. КАРТКУ 1.)

				3.А. ВЛАСНІ МЕДИЧНІ ВИТРАТИ (Усього за візит) грн					
Візит	Тип мед.закладу (див. перелік)	Час у дорозі в обидва боки (хвилини)	Час, витрачений на візит(хвилини)	Плата за консультацію (огляд) A1	Лабораторні тести (загальний аналіз крові та сечі) біохімія крові, цитологія, гістологія (інше, вкажіть) A2	Рентген, КТ, МРТ, УЗД (радіо-графічна та інша візуалізація) A3	Мікробіологічна діагностика та визначення чутливості до протитуберкульозних препаратів (аналіз мокроти, мазка) A4	Інші процедури: які саме впишіть (процедуру, вартість) A5	Ліки (туберкульозні або інші), призначені до діагностики туберкульозу
1ий					За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	
2ий					За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	
3ий					За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	
4ий					За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	
5ий					За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	
6ий					За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	
7ий					За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	За що саме _____ Грн_____	

Інтерв'юєре! У випадку, коли пацієнт не витрачав власні кошти – впишіть у відповідному рядку - 0 -;

У випадку, коли пацієнт не пам'ятає - впишіть у відповідному рядку - 99 -.

	3.В. ВЛАСНІ НЕМЕДИЧНІ ВИТРАТИ (Усього за візит) грн				
Візит	Проїзд в обидві кінці до закладу В1	Харчування під час відвідування медичного закладу (плата за їжу, придбану під час поїздки до мед. закладу та під час візиту або госпіталізації як для пацієнта, так і для супроводжуючої особи) В2	Благодійні внески на рахунок медзакладу В3	Матеріальна подяка (приблизно в грн) медичному персоналу (сестрам і лікарям) В4	Проживання (оренда кімнати, ліжка) В3
1ий					
2ий					
3ий					
4ий					
5ий					
6ий					
7ий					

Інтерв'юєре! У випадку, коли пацієнт не витрачав власні кошти – впишіть у відповідному рядку - 0 -;
У випадку, коли пацієнт не пам'ятає - впишіть у відповідному рядку - 99 -.

4-6. Чи були у Вас витрати із діагностики ВІЛ-інфекції і якщо так, то які і скільки це Вам коштувало?

Які саме	1. Ні, не були	2. Так, проходив, безоплатно	3. Так, були; сума в грн	4. В якому закладі	5. Не пам'ятаю
4. Тестування ШТ (швидкий тест)	1	2			5
5. Тестування ІФА (імуноферментний аналіз)	1	2			5
6. Інше _____	1	2			5

7-9. Чи були у Вас додаткові витрати, пов'язані з Вашим діагнозом – туберкульоз? Якщо так, то які і скільки це Вам коштувало? Інтерв'юєре! Зафіксуйте відповідь по кожній строчці!

Види витрат	1. Ні, не було	2. Так, безоплатно	3. Так, платно; сума в грн	4. В якому закладі	5. Не пам'ятаю
7. Діагностика побічних ефектів (зовнішні консультації)	1	2			5
8. Додаткові обстеження (які саме?) _____	1	2			5
9. Інше (вказіть) _____	1	2			5

10. Чи проходили Ви скринінг на антитіла до ВГС (вірусний гепатит С), якщо так, то скільки це Вам коштувало?

1. Ні, не проходив ➡ **Переходьте до запитання № 11**
2. Так, проходив, безоплатно
3. Так, проходив платно, сума в грн _____ ➡ **Задати питання 10.1**
4. Не пам'ятаю

10.1 Заклад, в якому проходив платно (вказіть) _____

БЛОК II. ВЛАСНІ ВИТРАТИ ВПРОДОВЖ ПОТОЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТБ / МРТ-ТБ (заповнюється для всіх пацієнтів)

11. Як Ви отримуєте лікування?

1. Стаціонарно
2. Амбулаторно з супроводом
3. Амбулаторно без супроводу

12. Чи були Ви раніше госпіталізовані під час лікування ТБ? (Інтерв'юєре, зверніть увагу, госпіталізовані не до початку лікування ТБ, а під час лікування)

1. Так, був госпіталізований раніше
2. Ні ➡ **Переходьте до запитання № 15**

13. Якщо так, то скільки разів? _____ разів

Інтерв'юєре! Зверніть увагу. Запитання цього блоку II стосуються 1. лише госпіталізації на поточному етапі лікування; 2. Не включає госпіталізацію до початку поточного лікування туберкульозу.

14. Скільки грошей та часу Ви витратили на кожну з цих госпіталізацій? Див. Таблицю нижче, дайте відповідь по кожному рядку (ДИВ. КАРТКУ 2)

14.A. ВЛАСНІ МЕДИЧНІ ВИТРАТИ (Усього за весь період госпіталізації)													
Гос- пі- талі- за- ція	Тип мед. заклад у (див. Перелі к)	Кіль- кість днів госпіт алізац ії	Час у дорозі і (хвил ини)	Денні збори/оп лата (усього за перебува ння) A1	Консуль тація (усього за перебу- вання) A2	Лабораторні тести, це всі тести, специфічні для ТБ (загальний аналіз крові та сечі) біохімія крові, цитологія, гістологія тощо) включаючи вартість транспортування зразків (загалом за час перебування)A3	Рентген, КТ, МРТ, ультра- звук (загалом за весь час перебув ання) A4	Інші процедури, включаючи хірургічне втручання з ТБ, лікування в палаті інтенсивної терапії, тощо Вкажіть, які саме A5	Призна- чення та корекція лікуван- ня, моніто- ринг лікуванн я, медичні маніпу- ляції A6	Ліки для лікуван- ня ту- беркуль озу, придбан і в лікарні або поза нею(усь ого за пере- бування) A7	Ліки для лікування побічних реакцій та супутньої патології (бронхіт, емфізема легень, пневмонія, абсцес легень, бронхоектатич- на хвороба тощо) A8	Дієтичні добавки «БАД»и, признач ені лікарем (загалом на час перебув ання) A9	Інші (будь- які) ліки A10
1 ^{ша}						За що саме_____ Грн_____	За що саме__ Грн__	За що саме__ Грн__	За що саме__ Грн__		За що саме__ Грн__		За що саме__ Грн__
2 ^{га}						За що саме_____ Грн_____	За що саме__ Грн__	За що саме__ Грн__	За що саме__ Грн__		За що саме__ Грн__		За що саме__ Грн__
3 ^{тя}						За що саме_____ Грн_____	Грн__	Грн__	Грн__		Грн__		Грн__
4 ^{та}						За що саме_____ Грн_____	За що саме__ Грн__	За що саме__ Грн__	За що саме__ Грн__		За що саме__ Грн__		За що саме__ Грн__
5 ^{та}						За що саме_____ Грн_____	Грн__	Грн__	Грн__		Грн__		Грн__
6 ^{та}						За що саме_____ Грн_____	За що саме__ Грн__	За що саме__ Грн__	За що саме__ Грн__		За що саме__ Грн__		За що саме__ Грн__

Інтерв'юєре! У випадку, коли пацієнт не витрачав власні кошти – впишіть у відповідному рядку - 0 -;

У випадку, коли пацієнт не пам'ятає - впишіть у відповідному рядку - 99 -.

	14. В. ВЛАСНІ НЕМЕДИЧНІ ВИТРАТИ, ГРН (Усього за весь період госпіталізації) (В)				
Госпі- талі- зація	Проїзд до медзакладу в обидві кінці для пацієнта, і супроводжуючої особи (усього за перебування) В1	Харчування за час перебування в лікарні (плата за їжу, придбану у зв'язку з поїздкою до госпіталізації та під час неї, як для пацієнта, так і для супроводжуючої особи) (усього) В2	Благодійні внески на рахунок медзакладу В3	Матеріальна подяка (переведіть в грн) медичному персоналу (сестрам і лікарям) В4	Інше (оплата за окрему палату або житло, інших послуг) (вказіть, що саме і скільки це коштувало в грн) В5
1 ^{ша}					За що саме__ Грн__
2 ^{га}					За що саме__
3 ^{тя}					Грн__
4 ^{та}					За що саме__
5 ^{та}					Грн__
6 ^{та}					За що саме__

*Інтерв'юєре! У випадку, коли пацієнт не витрачав власні кошти – впишіть у відповідному рядку - 0 -;
У випадку, коли пацієнт не пам'ятає - впишіть у відповідному рядку - 99 -.*

БЛОК III. ВЛАСНІ ВИТРАТИ ПІД ЧАС АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ
Інтерв'юєре, відповідають респонденти, які лікуються амбулаторно зараз або лікувалися амбулаторно раніше

Власні витрати на ДОТ під час амбулаторного лікування.

15. Як Ви щоденно приймаєте/приймали свої ліки?

- | | | |
|-------------------------|---|------------------------------|
| 1. Самостійно | → | Переходьте до запитання № 23 |
| 2. Відео-ДОТ | → | Переходьте до запитання № 22 |
| 3. За умови ДОТ | | |
| 4. Інше (вкажіть) _____ | | |

16. Якщо за умови ДОТ, скільки разів на тиждень? _____ разів

17. Якщо прийом протитуберкульозних препаратів проводиться/проводився за умови ДОТ, яким чином?

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. У ДОТ-кабінеті | } Переходьте до запитання №22 |
| 2. Денному стаціонарі | |
| 3. ДОТ вдома (під наглядом патронажної медичної сестри та/або куратора (медичний працівник, соціальний працівник, волонтер тощо) | |
| 4. Інше (вкажіть) _____ | |

18. Якщо прийом препаратів проводиться/проводився у ДОТ -кабінеті або у денному стаціонарі, то скільки часу тривав останній візит у ДОТ-кабінет, денний стаціонар, включаючи час у дорозі та час очікування?

_____ годин

19. Якою була вартість проїзду в обидва боки за останній візит ДОТ, для Вас та будь-якого супроводжуючого члена сім'ї?

Витрати	1. Сума в грн	2. Витрат не було	3. Не пам'ятаю
19.1. Для Вас:		2	3
19.2. Для супроводжуючого члена сім'ї:		2	3

20. Чи оплачували Ви візит ДОТ?

1. Так	Якщо так, сума: _____ грн
2. Ні	

21. Скільки Ви витратили на їжу та напої за останній візит ДОТ (у дорозі, під час очікування, обіду тощо), для Вас та будь-якого супроводжуючого члена сім'ї?

Витрати	2. Сума в грн	2. Витрат не було	3. Не пам'ятаю
21.1. Для Вас:		2	3
21.2. Для супроводжуючого члена сім'ї:		2	3

22. Які були витрати пов'язані з відео-ДОТ (витрати, у тому числі на гаджети, інтернет тощо) на що саме і скільки це Вам коштувало?

<i>Витрати</i>	<i>1. Сума в грн</i>	<i>2. Витрат не було</i>	<i>3. Не пам'ятаю</i>
Підключення інтернету для відео-ДОТ		2	3
Покупка спеціального обладнання (ноутбук, планшет)		2	3
Інше, що саме(вказіть)_____		2	3

Витрати на забір/отримання ліків під час амбулаторного лікування

23. Чи забираєте/забирали Ви або член сім'ї протитуберкульозні препарати (для самостійного лікування або для передачі супроводжуючому ДОТ)?

1. Так 2. Ні  **Переходьте до запитання № 30**

24. Якщо так, як часто Ви або член сім'ї забираєте/забирали протитуберкульозні препарати?

1. Щодня
2. Щотижня
3. Кожні 2 тижні
4. Щомісяця
5. Інше (вказіть)_____

25. Де Ви або член Вашої сім'ї забираєте/забирали Ваші протитуберкульозні препарати? (Якщо пацієнт відвідував різні місця, зазначте останнє)

1. Центр первинної медико-соціальної допомоги (ЦПМСД)
2. Протитуберкульозні заклади (обласні, районні, міські)
3. Заклад первинної медичної допомоги
4. Заклад вторинної медичної допомоги
5. Приватна клініка/лікарня
6. Медичний центр
7. НУО
8. Інше (вказіть)_____

26. Чи сплачували Ви кошти, коли отримували протитуберкульозні препарати?

1. Якщо так, загальна сума в грн _____
2. Ні, не платив

27. Скільки часу тривав останній візит, щоб забрати ліки, включаючи час у дорозі та час очікування?

_____ годин

28. Якою була вартість проїзду в обидва боки останнього разу, коли Ви забирали ліки, для Вас і для супроводжуючого члена сім'ї?

<i>Витрати</i>	<i>1. Сумма в грн</i>	<i>2. Витрат не було</i>	<i>3. Не пам'ятаю</i>
28.1. Для Вас:		2	3
28.2. Для супроводжуючого члена сім'ї:		2	3

29. Скільки Ви витратили на харчування та напої останнього разу, коли забирали ліки, для Вас та будь-якого супроводжуючого члена сім'ї (у разі якщо візит тривав довго)?

<i>Витрати</i>	<i>1. Сумма в грн</i>	<i>2. Витрат не було</i>	<i>3. Не пам'ятаю</i>
29.1. Для Вас:		2	3
29.2. Для супроводжуючого члена сім'ї:		2	3

Витрати під час амбулаторних візитів для медичного спостереження

Інтерв'юєре! Це стосується клінічного обстеження, подальшого спостереження та додаткових візитів через побічні ефекти або інші проблеми, пов'язані з ТБ. Це не включає візит DOT або візит, щоб забрати ліки.

30. Скільки медичних візитів, пов'язаних з туберкульозом, Ви мали з моменту встановлення діагнозу/початку лікування і до моменту опитування (щоб отримати консультацію, пройти контрольні обстеження тощо)?

_____ разів

31. Скільки часу тривав останній медичний амбулаторний візит, включаючи час у дорозі та час очікування (загальний час)?

_____ годин

32. Якими були витрати на проїзд в обидва боки під час останнього амбулаторного візиту, для Вас та будь-якого супроводжуючого члена сім'ї? (Вартість, пов'язана з останнім візитом. Якщо інтерв'ю відбувається в кінці такого візиту, використовуйте витрати на поточний візит).

Витрати	1.Сума в грн	2. Витрат не було	3.Не пам'ятаю
32.1. Для Вас:		2	3
32.2. Для супроводжуючого члена сім'ї:		2	3

33. Яку суму за проживання Ви заплатили під час останнього медичного амбулаторного візиту, для Вас та будь-якого супроводжуючого члена сім'ї?

Витрати	1.Сума в грн	2. Витрат не було	3.Не пам'ятаю
33.1. Для Вас:		2	3
33.2. Для супроводжуючого члена сім'ї:		2	3

34-38. Яку суму Ви заплатили під час останнього медичного амбулаторного візиту за консультацію, рентген, КТ, МРТ, УЗД, тести на туберкульоз, протитуберкульозні ліки, інші ліки, включаючи дієтичні добавки, рекомендовані лікарем ?

	1.Не було потреби	2.Сума в грн	3.В якому мед. закладі?	4 . Безоплатно	5.Не пам'ятаю
34. Консультація	1			4	5
35. Рентген, КТ, МРТ, ультразвук	1			4	5
36. Тести на туберкульоз	1			4	5
37. Протитуберкульозні ліки	1			4	5
38. Інші ліки, включаючи дієтичні добавки	1			4	5

39. Чи були у Вас витрати, пов'язані з лікуванням побічних реакцій (на процедури, ліки)?

1. Так

2. Ні

3. Не пам'ятаю



Переходьте до запитання № 41

40. Якщо так, то на що саме і скільки Вам це коштувало?

40.1. На що саме _____

40.2. Сума _____ грн

БЛОК IV. ІНШІ ВЛАСНІ ВИТРАТИ

Витрати на харчування / дієтичні добавки

41. Чи купуєте Ви будь-які дієтичні добавки поза звичайною дієтою через хворобу на туберкульоз, наприклад, вітаміни, рекомендовані лікарем?

1. Так

2. Ні



Переходьте до запитання №43

42. Якщо так, скільки приблизно Ви витратили на ці дієтичні добавки останнього разу?
_____грн

Витрати, пов'язані з оформленням інвалідності

43. Чи маєте Ви групу інвалідності?

1. Так

2. Зараз оформлюю

3. Не можу отримати у зв'язку з тим, що оформлення потребує додаткових витрат, вкажіть на що саме? _____

4. Ні



Переходьте до запитання №48-51

44. Чи були у Вас витрати, пов'язані з оформленням групи інвалідності?

1. Так

2. Ні



Переходьте до запитання №48-51

45-47. Скільки приблизно коштів Ви витратили на оформлення групи інвалідності та на що саме?

	1. Не було потреби	2. Сума оплати в грн	3. Не пам'ятаю
45. Правова допомога	1		3
46. Матеріальна подяка (хабар)	1		3
47. Інше (вкажіть) _____	1		3

Витрати, пов'язані з правовою, психологічною допомогою та іншими потребами

48-51. Чи були у Вас витрати, пов'язані з отриманням правової, психологічної допомоги та іншими потребами? Якщо так, вкажіть якою саме допомогою, потребами і скільки Вам це коштувало?

	1. Не було потреби	2. Сума оплати в грн	3. В якому мед. закладі?	4. Безоплатно	5. Не пам'ятаю
48. Правова допомога	1			4	5
49. Психологічна допомога	1			4	5
50. Компенсація дороговартісних обстежень (КТ, МРТ, тощо), виробів медичного призначення	1			4	5
51. Інше (вкажіть)	1			4	5

БЛОК V. СОЦІАЛЬНИЙ СТАН

52. Ваш сімейний стан:

1. Перебуваю у зареєстрованому шлюбі
2. Розлучений (на)
3. Перебуваю у незареєстрованому шлюбі/ співмешкання
4. Вдівець/вдова
5. Ніколи не перебував(ла) у шлюбі

53. Вкажіть Ваш найвищий рівень освіти:

1. Незакінчена середня (9 класів)
2. Повна середня (11 класів)
3. Середня спеціальна (технікум, коледж)
4. Базова вища (бакалавр)
5. Повна вища (спеціаліст, магістр, вчений ступінь)

54. Вкажіть Ваш рід занять: (Зазначте слушні варіанти відповідей).

1. Учень/студент
2. Робітник/різноробочий
3. Службовець
4. Підприємець
5. Військовий
6. Пенсіонер
7. Безробітний (на)
8. Інше (вкажіть) _____

БЛОК VI. ЗМІНИ ДОХОДІВ ТА СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ

55-57. Чи змінився Ваш дохід на місяць у зв'язку із захворюванням на туберкульоз, якщо так, то наскільки приблизно відсотків? (Якщо пацієнту менше 15 років, це питання для опікуна)

	До 10%	10-20 %	20-30 %	30-40%	40-50%	Більше 50%	Не знаю
55. Так, зменшився	1	2	3	4	5	6	7
56. Так, збільшився	1	2	3	4	5	6	7
57. Залишився без змін							

58. Чи отримували Ви якусь соціальну підтримку після того, як у Вас діагностовано туберкульоз?

1. Так
2. Ні

➡ **Переходьте до запитання № 60**

59. Якщо так, то яку саме?

1. Харчові пакети
2. Гігієнічні пакети
3. Талони на харчування
4. Проїзні квитки
5. Грошову компенсацію на транспортні витрати (тільки комунальний транспорт)
6. Інше (вкажіть) _____

60. Як те, що Ви дізнались про свій діагноз туберкульоз, вплинуло на Ваше життя?

(Можливі декілька варіантів відповіді)

1. Ніяк не вплинуло  **Переходьте до запитання № 61**
2. Спричинило розлучення/ розрив з партнером
4. Втратив/ла роботу
5. Перервав навчання в школі/коледжі/закладі вищої освіти
6. Сприяло соціальному відчуженню (втратив, друзів, приятелів, колег)
7. Інше (вказіть) _____

61. Яку додаткову підтримку впродовж лікування туберкульозу Ви хотіли б отримати?

(Зазначте не більше трьох варіантів відповіді)

1. Психологічну підтримку (участь у групі підтримки, розмова із тими, хто вже одужав, участь родини чи близьких у заходах підтримки)
2. Додаткові кошти на проїзд
3. Харчові та гігієнічні набори
4. Юридичну допомога (оформлення або відновлення документів, вирішення спірних питань)
5. Допомогу у пошуку роботи
6. Ліки для лікування побічних ефектів
7. Компенсацію дороговартісних обстежень (КТ, МРТ, тощо), виробів медичного призначення
8. Допомогу на утримання дітей під час стаціонарного лікування
9. Інше (вказіть) _____

Дякуємо Вам за участь у дослідженні!