

*Центр соціальних  
експертиз  
ім. Юрія Саєнка  
Інституту соціології  
Національної Академії  
Наук України*



*The Center of social  
expertises named  
after Yuri Saenko  
of the Institute of sociology  
of National Academy  
of sciences of Ukraine*

---

ap. 206, 316, Shovkovychna str., 12, 01021, Kyiv, Ukraine; tel.:2557541, fax.:2531401 e-mail: csep@csep.kiev.ua

---

## **ПРОТОКОЛ**

**дослідження у сфері протидії туберкульозу:  
виявлення туберкульозу серед сільських жителів**

**№2.0 [31.05.2019]**

**ДП «Центр соціальних експертиз ім. Ю.Саєнка»  
Інституту соціології НАН України**

**2019**

## РЕЗЮМЕ

Цей протокол містить обґрунтування та опис методів для проведення дослідження у сфері протидії туберкульозу, а саме «Виявлення туберкульозу серед сільських жителів».

Дослідження реалізує ДП «Центр соціальних експертиз ім. Ю. Саєнка» на замовлення ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ України.

## ГЛОСАРІЙ

**Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини** - підрозділ лікувально-профілактичної служби центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, що забезпечує надання прикріпленому населенню первинної медичної допомоги.

**Глибинне інтерв'ю** – метод якісного аналізу інформації, що полягає в проведенні не стандартизованого інтерв'ю з певної проблеми.

**Замовник дослідження** – ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ України (далі – ЦГЗ).

**Організатор дослідження** – Центр соціальних експертиз ім. Ю.Саєнка Інституту соціології Національної академії наук України

**Клінічний маршрут** - алгоритм руху пацієнта по підрозділах закладу охорони здоров'я, пунктах контактів з лікарями та іншим медичним персоналом у процесі надання медичної допомоги, а також за потреби взаємодії між закладами охорони здоров'я при наданні медичної допомоги з метою виконання вимог клінічного протоколу медичної допомоги.

**Клінічний протокол медичної допомоги** – це основний медико-технологічний документ, який визначає процес надання медичної допомоги, обсяг та її результати при певному захворюванні та затверджується Міністерством охорони здоров'я України.

**Особа з підозрою на туберкульоз** – будь-яка особа з симптомокомплексами або факторами ризику, що вимагають обов'язкового обстеження на туберкульоз.

**Реєстр баз персональних даних хворих на туберкульоз (далі – Реєстр)** - інформаційна система збору, накопичення, обробки, оновлення, використання та поширення відомостей, що складається з баз персональних даних хворих на туберкульоз.

**Туберкульоз (далі - ТБ)** – інфекційне захворювання, збудником якого є мікобактерія туберкульозу. Захворювання передається переважно повітряно-крапельним шляхом. У 90% випадків спостерігається ураження легень, проте в процес можуть залучатися і інші органи (нирки, хребет, мозок, лімфатичні вузли, кишківник, шкірні покриви, статеві органи тощо). За відсутності ефективного лікування зазвичай спостерігається поступове хронічне прогресування хвороби, яке в більшості випадків призводить до смертельного результату.

**Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі - ЦПМСД)** – заклад охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), що створюється з метою забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі.

**Фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт (далі - ФАП/ФП)**- відокремлений структурний підрозділ амбулаторії центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі - ЦПМСД), що забезпечує надання долікарської медичної допомоги населенню.

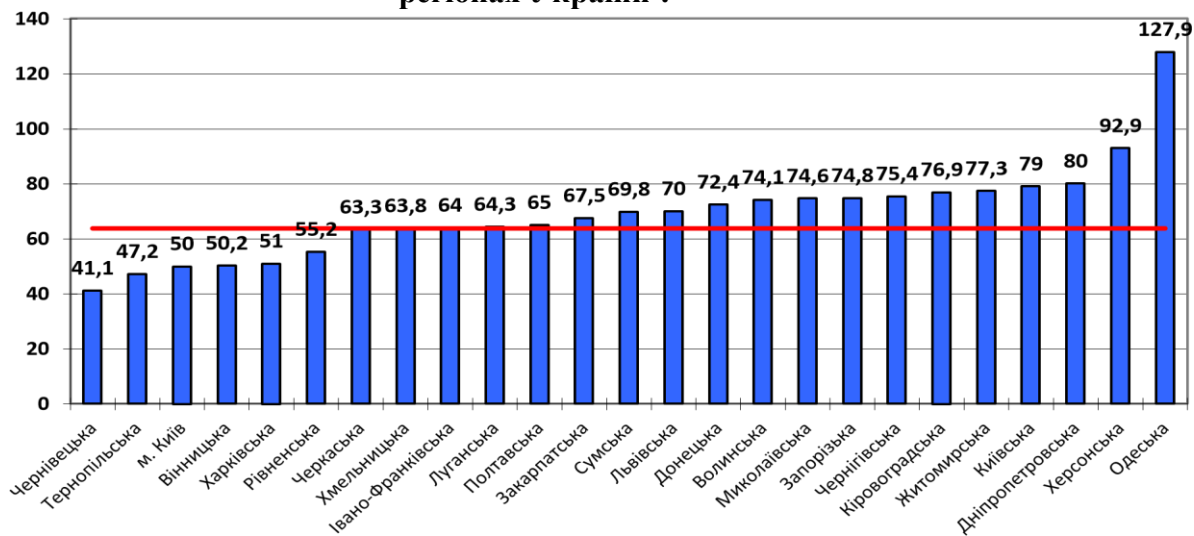
**Кабінет контролюваного лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі (ДОТ кабінет)** - створюється в складі центральних районних, центральних міських та міських лікарень міст обласного значення та спеціалізованих закладах охорони здоров'я, що здійснюють діагностику туберкульозу та надають лікувально-профілактичну амбулаторну допомогу хворим на туберкульоз.

## АКТУАЛЬНІСТЬ

За розрахунками Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2017 році захворюваність на ТБ в Україні знаходиться на рівні 84 на 100 тис. населення, проте за даними рутинного епідагляду захворюваність на нові випадки разом з рецидивами складає 63,9 на 100 тис. населення. Таким чином, в Україні щороку своєчасно не виявляється близько 23,9% випадків захворювання на ТБ, що сприяє подальшому поширенню ТБ серед населення.

У 2017 р. захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви, серед усього населення України становило 63,9 на 100 тис. населення, зареєстровано 27121 випадків (2016 р. – 67,6 – 28800 випадків) – зниження рівня захворюваності на 5,5 %. В її структурі захворюваність на нові випадки ТБ складає 51,9 на 100 тис. населення (проти 54,7 за 2016 рік) (Мал. 1).

**Мал. 1. Захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви в регіонах України<sup>1</sup>.**



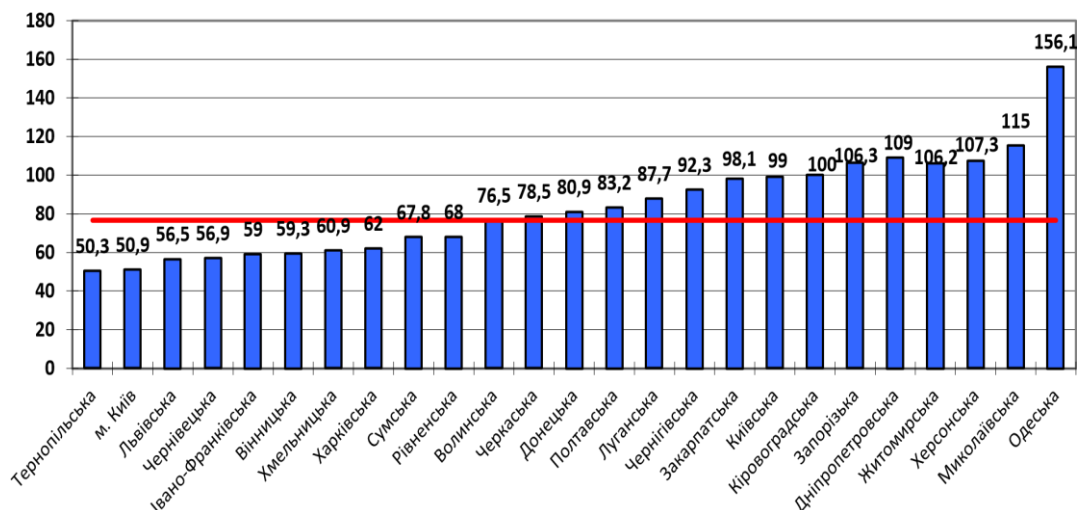
У регіонах України спостерігається значне коливання захворюваності на ТБ (від 41,1 до 127,9 на 100 тис. населення). Найвищі показники захворюваності на ТБ зареєстровані у Одеській (127,9), Херсонській (92,9), Київській (79,0) областях; найнижчі – Чернівецькій (41,1) області, в м. Києві (50,0), у Вінницькій (50,2) та Харківській (51,0) областях.

Станом на 01.01.2018 р., на обліку в протитуберкульозних закладах системи МОЗ України та під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я перебувало 32492 хворих на всі форми активного ТБ (у 2016 році – 34966). Показник поширеності ТБ складав 76,6 на 100 тис. населення проти 82,1 в 2016 році та став на 6,7 % нижче (Мал. 2).

<sup>1</sup>

<https://phc.org.ua/uploads/files/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%20%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D0%A2%D0%91%202018.pdf>

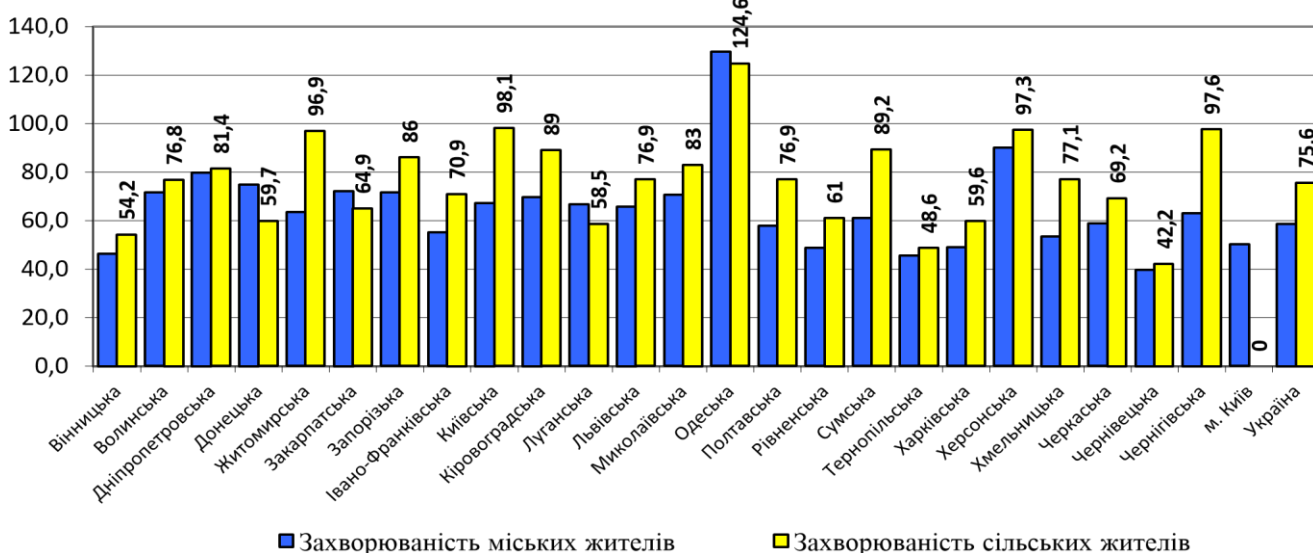
**Мал. 2. Поширеність всіх форм активного туберкульозу в регіонах України**



Найвищі рівні поширеності ТБ реєструвались в Одеській (156,1 на 100 тис. населення), Миколаївській (115,0), Херсонській (107,3), Житомирській (106,2) областях. У порівнянні з 2016 роком найнижчий темп зростання поширеності ТБ спостерігався у Житомирській області (0,9 %). Найвищий темп зниження поширеності відмічався у Львівській області (18,8 %), Рівненській області (16,3 %), Тернопільській області (13,7 %).

Практично в усіх областях України захворюваність на ТБ (нові випадки + рецидиви) сільських жителів на 20 – 30 % вища ніж захворюваність міських жителів (Сумська область – 44,4 %, Житомирська область – на 52,8 %, Чернігівська область – на 54,7 %)<sup>2</sup>. Виключення становлять Дніпропетровська, Закарпатська та Херсонська області, в яких рівень захворюваності на ТБ міських жителів вище, ніж захворюваність сільських жителів (Мал. 3)

**Мал. 3. Розподіл захворюваності серед міських та сільських жителів**

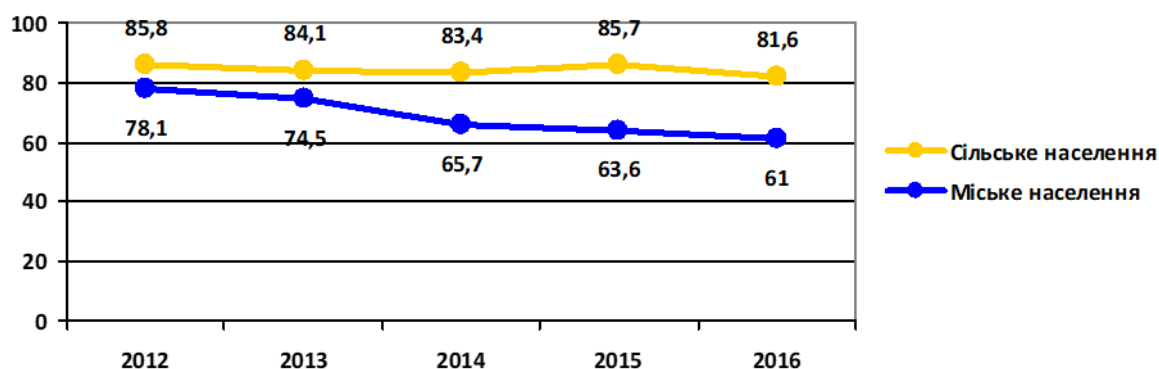


<sup>2</sup>

<https://phc.org.ua/uploads/files/%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%20%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D0%A2%D0%91%202018.pdf>

Темп зниження рівня захворюваності міських жителів вищий ніж сільських жителів, що може свідчити про низьку доступність послуг з виявлення та лікування ТБ серед сільських жителів<sup>3</sup> (Мал.4)

Мал. 4. Динаміка рівня захворюваності на туберкульоз



Така тенденція може бути пов'язана з тим, що мешканці сільської місцевості мають менше можливостей ранньої профілактики ТБ, а також обмежені у отриманні повноцінної інформації. Вивчення цих факторів дозволить визначити найбільш ефективні методи ранньої діагностики ТБ для сільської місцевості.

Проведення даного дослідження надасть змогу дослідити чинники, що сприяють поширенню ТБ серед людей, що проживають у селах, та визначити заходи для зменшення впливу цих чинників, оцінити ефективність клінічних маршрутів пацієнтів з підозрою на ТБ та їх відповідність Клінічному протоколу, шляхи їх оптимізації, визначити основні методи, які використовуються для діагностики та профілактики ТБ серед сільського населення, а також надати рекомендації щодо кроків, які можливо вжити для оптимізації методів профілактики ТБ та клінічного маршруту пацієнтів з підозрою на ТБ у сільській місцевості.

## ГІПОТЕЗИ ДОСЛІДЖЕННЯ

**Вища захворюваність на туберкульоз серед сільського населення України може бути пов'язана з рядом факторів, серед яких:**

- відсутність можливості обстежитись за місцем проживання (географічна віддаленість від медичних закладів);
- дальність розташування медичного закладу та необхідність оплати для доїзду до місця отримання послуг;
- складний рельєф місцевості та незадовільне дорожньо-транспортне сполучення
- низька якість кваліфікованої медичної допомоги за місцем проживання;
- необхідність оплати певних діагностичних процедур, у разі їх необхідності (наприклад комп'ютерна томографія ураженого органу, фібробронхоскопія тощо)
- стигматизація та дискримінація, відсутність конфіденційності, страх розголошення діагнозу, втрати роботи тощо;
- низький рівень освіти та санітарної грамотності населення, відсутність належного інформування про туберкульоз (відсутність знань як і куди звертатися за медичною допомогою);

<sup>3</sup> Там само.

- матеріальне становище сільського населення (великий прошарок безробітних серед сільських жителів, нерегулярне та неповноцінне харчування, погані житлові умови, зловживання алкоголем та курінням);
- спосіб життя: відсутність постійного заробітку, важкі сільськогосподарські роботи та/або трудова міграція, що обмежують можливість звернення за медичною допомогою (наприклад, через нелегальний статус на роботі);
- недоступність заходів профілактики туберкульозу за місцем проживання;
- недоступність послуг ранньої діагностики туберкульозу за місцем проживання;
- невідповідність послуг лікування в селах потребам пацієнта.

## МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

**Мета дослідження:** визначити чинники, що сприяють поширенню ТБ серед сільських жителів, описати методи профілактики, що застосовуються у селах, та визначити найбільш прийнятні та ефективні методи ранньої діагностики ТБ серед людей, які проживають у селах.

**Завдання дослідження:**

- ✓ Дослідити чинники, що сприяють поширенню ТБ серед людей, що проживають у селах, та визначити заходи для зменшення впливу цих чинників.
- ✓ Оцінити, наскільки клінічні маршрути пацієнтів з підозрою на ТБ у людей, що застосовуються у селах, відповідають чинній нормативній документації та які існують шляхи для їх оптимізації.
- ✓ Визначити підходи, що використовуються для ранньої діагностики ТБ у сільського населення, їх доступність та запропонувати можливості для оптимізації.
- ✓ Описати методи профілактики ТБ, що застосовуються у сільській місцевості, та проранжувати їх за рівнем ефективності.
- ✓ Надати рекомендації щодо кроків, які можливо взяти для оптимізації методів профілактики ТБ та клінічного маршруту пацієнтів з підозрою на ТБ у сільській місцевості.

**Дизайн дослідження:** комбінований, що базується на використанні якісних та кількісних методів дослідження і роботи як із первинною, так і вторинною інформацією.

**Методи дослідження:** епідеміологічні, статистичні, аналіз документів, глибинні інтерв'ю.

У рамках проведення дослідження **планується:**

1. аналіз даних пацієнтів хворих на туберкульоз з Реєстру, перевірка даних Реєстру на повноту та доповнення даних з медичної документації, що наявна у закладах охорони здоров'я, зокрема у протитуберкульозних відділеннях та/або протитуберкульозних кабінетах на базі районних лікарень, ДОТ-кабінетах, ФАП та сімейних амбулаторіях у сільській місцевості – з метою дослідження чинників, що сприяють поширенню ТБ серед людей, що проживають у селах, та визначенню підходів, що використовуються для ранньої діагностики ТБ у сільського населення
2. аналіз клінічних маршрутів у ФАП та сімейних амбулаторіях з метою оцінки їх відповідності до чинної нормативної документації та міжнародних клінічних протоколів;
3. проведення глибинних інтерв'ю з експертами національного рівня, що працюють у сфері протидії туберкульозу, для опису методів профілактики та діагностики ТБ, що застосовуються у сільській місцевості, та оцінки їх ефективності, визначення шляхів оптимізації клінічних маршрутів пацієнтів;

4. проведення глибоких інтерв'ю з фтизіатрами районних лікарень та фельдшерами у селах, для опису методів профілактики та діагностики ТБ, що застосовуються у сільській місцевості, та оцінки їх ефективності; , визначення шляхів оптимізації клінічних маршрутів пацієнтів

5. проведення глибоких інтерв'ю із пацієнтами, які звернулись до районних лікарень після направлення з ФАП, з метою дослідження чинників, що сприяють поширенню ТБ серед людей, що проживають у селах, та визначенню підходів, що використовуються для ранньої діагностики ТБ у сільського населення, їх доступності та ефективності.

#### **Інструменти дослідження:**

1. гайди для проведення глибоких інтерв'ю із експертами національного рівня та медичного персоналу (фтизіатрами районних лікарень, фельдшерами у селах);

2. гайди для проведення глибоких інтерв'ю із пацієнтами;

3. аналіз медичних карток на рівні району за наступною процедурою:

- ✓ вивантаження даних з Реєстру хворих на туберкульоз
- ✓ перевірка вивантажених карток на повноту інформації;
- ✓ дозаповнення медичними працівниками інформації із первинної облікової медичної документації

#### **Об'єкт дослідження:**

1. дані Реєстру,

2. первинна медична облікова документація\*, що заповнюється у районних ДОТ-кабінетах, сімейних амбулаторіях та ФАПах на пацієнтів хворих ТБ, що перебувають під медичним наглядом;

3. клінічні маршрути наявні у сімейних амбулаторіях та ФАПах;

4. думки національних експертів та медичних працівників.

*\*До первинної медичної облікової документації, яка буде проаналізована в цьому дослідженні входять наступні документи:*

- ✓ форма первинної облікової документації 081/о «АМБУЛАТОРНА КАРТА ХВОРОГО НА ТУБЕРКУЛЬОЗ»,
- ✓ форма первинної облікової документації № 081-1/о (форма ТБ01),
- ✓ форма первинної облікової документації №081-2/о «Фактори впливу на перебіг захворювання та на результат лікування ТБ 01-1».

### **ЕТАПИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДОСЛІДЖЕННЯ:**

#### **Етап 1. Підготовчий**

1.1. Формування мети та завдань дослідження.

1.2. Розробка дизайну та протоколу дослідження.

1.3. Розробка інструменту дослідження (гайди для глибоких інтерв'ю, форми для збору даних тощо).

1.4. Контактування експертів, які будуть задіяні при проведенні дослідження: контрактування, консультування, прийом і перевірка поданих документів (робоча група з 6 осіб) та узгодження їх з Замовником.

1.5. Узгодження дизайну дослідження з експертами та Замовником.

1.6. Забезпечення проведення етичної експертизи протоколу та інструменту дослідження.

#### **Етап 2. Збір якісних та кількісних даних**

2.1. Проведення навчання для регіональних координаторів дослідження

2.2. Проведення польового етапу якісного дослідження.

2.3. Підготовка транскриптів/стенограм за результатами якісного етапу.

2.4. Збір кількісних даних, обробка та аналіз документів.

2.5. Контроль якості збору даних (здійснення моніторингу за проведенням дослідження у регіонах та надання організаційно-методичної допомоги регіональним координаторам дослідження, тощо).

### Етап 3. Обробка даних та підготовка звіту

- 4.1. Аналіз якісної інформації.
- 4.2. Статистична обробка даних за результатами кількісного дослідження.
- 4.3. Аналіз та узагальнення результатів дослідження.
- 4.4. Формування аналітичного звіту за результатами дослідження, згідно узгодженої з експертами та Замовником структури, українською мовою.
- 4.5. Презентація результатів дослідження.

## ГЕОГРАФІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проводитиметься у 4-х регіонах України, які обиралися за показниками захворюваності на ТБ за 2017 рік, а також з урахуванням географічного розташування.

Таблиця 1

### Географія дослідження

№	Регіон	Область	Рівень захворюваності (абс.к-ть)	Показник захворюваності на 100 тис.нас.
			<i>Захворюваність на туберкульоз серед сільських жителів України (нові випадки+рецидиви)</i>	
1	Південний	Одеська	994	124,6
2	Північний	Чернігівська	357	97,6
3	Східний	Харківська	314	59,6
4	Західний	Закарпатська	516	64,9

## ВИБІРКА ДОСЛІДЖЕННЯ

**Кількісне дослідження.** У кожному регіоні дослідження буде відібрано **3 сайти** для проведення дослідження, а саме 1 район, та 2 села. У кожному районі представники дослідницької команди спершу сконтактують з районними фтизіатрами та відповідно до інструкцій рекрутингу фельдшерів та пацієнтів попросять їх відібрати села в межах свого району для проведення інтерв'ю з фельдшерами та пацієнтами. Фінальний перелік сіл буде затверджено Замовником. Всього у дослідження включено 12 сайтів.

Таблиця 2

№	Область	Назва району
1	Одеська	Біляївський
2	Чернігівська	Чернігівський
3	Харківська	Харківський
4	Закарпатська	Мукачівський

Із бази даних Реєстру спеціалістами ЦГЗ будуть вивантажені дані 400 пацієнтів із вказаних районів, яким було встановлено діагноз у 2016 – 2018 роках (випадки як чутливого туберкульозу так і хіміорезистентного туберкульозу). Спершу будуть



вивантажені дані пацієнтів із вказаних районів, які відповідають вищевказаним критеріям, а потім випадковим чином відібрано 400 карток пацієнтів.

Після вивантаження усі дані будуть перевірені на повноту заповнення інформації про пацієнтів. У разі виявлення неточностей чи відсутності інформації про пацієнтів у вивантажених формах, районні фтизіатри додатково заповнять її із медичних карток пацієнтів, наявних у районному закладі охорони здоров'я.

Дані будуть вивантажені національним координатором який має доступ до даних Реєстру. Національний координатор видалить всі персональні дані пацієнтів і після цього передасть деперсоналізовану базу даних виконавцю дослідження для аналізу. При подальшому аналізі медичні працівники в районах дослідження дозаповнять необхідну інформацію з первинної медичної облікової документації. Ідентифікація при цьому буде відбуватись на основі коду відбору, який фіксується в паперових формах та Реєстрі. Доступ до документів первинної медичної облікової документації буде мати лише медичний працівник. Жодна персональна інформація пацієнтів не буде переноситись з медичних карток.

Також, на кожному сайті, буде проаналізовано **клінічні маршрути**, наявні у сімейних амбулаторіях та ФАПх. Всього буде зібрано **12 клінічних маршрутів** (по 3 з кожної області дослідження, по 1 на кожному сайті).

Таблиця 3

**Загальна вибірка кількісного дослідження**

Регіон дослідження	Сайт*	Кількісне дослідження
		<i>К-ть заповнених форм</i>
Південь – Одеська область	Біляївський район	100
Північ – Чернігівська область	Чернігівський район	100
Схід – Харківська область	Харківський район	100
Захід – Закарпатська область	Мукачівський район	100
<b>Всього</b>	<b>12</b>	<b>400</b>

*\*Села у кожному районі дослідження будуть обрані після проведення додаткових консультацій із районними фтизіатрами та затверджені Замовником.*

**Якісний етап дослідження.** Для реалізації якісного етапу дослідження будуть проведені глибинні інтерв'ю із експертами Національного та регіонального рівнів, а також пацієнтами.

На **Національному рівні** буде проведено **5 ГІ із експертами**, що працюють у сфері протидії туберкульозу, з метою опису методів профілактики, ранньої діагностики клінічних маршрутів пацієнтів, що застосовуються у сільській місцевості оцінки їх ефективності та можливих способів оптимізації.

Основним **критерієм відбору** експертів Національного рівня для участі у ГІ буде рекомендація експертів Робочої групи дослідження, а також наявність досвіду роботи у сфері протидії ТБ не менше 2-х років.

На регіональному рівні, а саме на кожному обраному сайті дослідження, буде проведено **ГІ з:**

1. *районними фтизіатрами.* Всього буде проведено **4 ГІ**, по 1 ГІ у кожному обраному районі;

2. *фельдшерами ФАП*. Всього буде проведено **8 ГІ**, по 1 ГІ у кожному з двох обраних сіл району.

Всього буде проведено 12 ГІ із медичними працівниками (Див. Табл. 4).

Основним **критерієм відбору** районних фтизіатрів та фельдшерів ФАПів буде наявність досвіду лікування пацієнтів, які проживають в селі із ТБ протягом останніх 2-х років.

Також, у рамках дослідження, заплановано проведення **глибинних інтерв'ю із пацієнтами**, з підозрою або встановленим діагнозом на ТБ, які звернулись до районних лікарень після направлення з ФАП. Всього буде проведено 16 ГІ із пацієнтами, по 2 пацієнти у кожному обраному селі.

**Метод «телефонне інтерв'ю»** буде використано під час проведення ГІ із пацієнтами, з підозрою на ТБ, які звернулись до районних лікарень після направлення з ФАП, та, за висновком лікаря, який відповідатиме за рекрутинг таких пацієнтів, можуть мати відкриту форму ТБ. Даний метод використовуватиметься виключно для безпеки інтерв'юєрів.

Всього буде проведено **16 ГІ із пацієнтами** (Див. Табл. 4).

Таблиця 4

**Вибірка якісного дослідження**

Регіон дослідження	Сайт	Цільові групи			Всього
		Районні фтизіатри	Сільські фельдшери	Пацієнти*	
Національний рівень: м. Київ					<b>5</b>
Одеська область	Район	1			<b>1</b>
	Село		1	2	<b>3</b>
	Село		1	2	<b>3</b>
Чернігівська область	Район	1			<b>1</b>
	Село		1	2	<b>3</b>
	Село		1	2	<b>3</b>
Харківська область	Район	1			<b>1</b>
	Село		1	2	<b>3</b>
	Село		1	2	<b>3</b>
Закарпатська область	Район	1			<b>1</b>
	Село		1	2	<b>3</b>
	Село		1	2	<b>3</b>
<b>Всього</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>28</b>

\*пацієнти - звернулись до районних лікарень після направлення з ФАП;

Проведення ГІ із експертами національного рівня, що працюють у сфері протидії туберкульозу, а також з **фтизіатрами районних лікарень та фельдшерами у селах**, надасть змогу описати методи профілактики та діагностики ТБ, що застосовуються у сільській місцевості, та оцінити їх ефективність, а також визначити шляхи оптимізації клінічних маршрутів пацієнтів.

Проведення **глибинних інтерв'ю із пацієнтами**, які звернулись до районних лікарень після направлення з ФАП, надасть змогу дослідити чинники, що сприяють поширенню ТБ серед людей, що проживають у селах, та визначити підходи, що використовуються для

ранньої діагностики ТБ у сільського населення, їх доступність та ефективність, з'ясувати особливості клінічних маршрутів.

#### Критерії включення у дослідження

Цільова група	Критерії включення у дослідження	Метод верифікації
<b>Експерти національного рівня</b>	Досвід роботи, не менше 2-х років, у сфері протидії ТБ	Рекомендації експертної групи Самооцінка
<b>Медичні працівники:</b> Фтизіатри районних лікарень Фельдшери  Лікарі первинної мережі у сільських районах	Досвід лікування хворих на ТБ сільських жителів впродовж останніх 2-х років Наявність серед пацієнтів тих, хто має підтверджений діагноз ТБ	Рекомендації експертної групи, медичного працівника Самооцінка
<b>Пацієнти, які звернулись до районних лікарень після направлення з ФАП</b>	Віком 18 років і старші Підозра на ТБ під час звернення до сільського фельдшера Перенаправлені із ФАП до районної лікарні Отримали консультацію районного фтизіатра	Рекомендація медичного працівника

#### Критерії виключення із дослідження

Цільова група	Критерії виключення із дослідження
<b>Експерти національного рівня</b>	Досвід роботи у сфері протидії ТБ, менше 2-х років
<b>Медичні працівники:</b> Фтизіатри районних лікарень Фельдшери Лікарі первинної мережі у сільських районах	Досвід лікування хворих на ТБ сільських жителів менше 2-х років Відсутність серед пацієнтів тих, хто має підтверджений діагноз ТБ
<b>Пацієнти, які звернулись до районних лікарень після направлення з ФАП</b>	Молодші 18 років Підозра на ТБ під час звернення до сільського фельдшера Неперенаправлені із ФАП до районної лікарні Не звернулись до районної лікарні

Слід зазначити, що дане дослідження можна вважати пілотним, в межах якого планується в цілому дізнатися про ситуацію щодо клінічного маршруту пацієнтів з сіл, методів ранньої діагностики та профілактики туберкульозу серед сільського населення та дослідити проблему з позицій представників медичної системи і пацієнтів. Можливо, воно буде основою для майбутніх, більш масштабних досліджень, результати яких можна буде поширити на всю генеральну сукупність.

## РЕКРУТИНГ РЕСПОНДЕНТІВ ТА ЗБІР ДАНИХ

№	Цільова група / документи	Метод	Відповідальні за рекрутинг / заповнення
1	Експерти національного рівня	Глибинні інтерв'ю	Експерти та соціологи
2	Районні фтизіатри, лікарі первинної мережі та сільські фельдшери	Глибинні інтерв'ю	Експерти, медичні працівники та соціологи
3	Пацієнти, з підозрою на ТБ або встановленим діагнозом ТБ, які звернулись до районних лікарень	Глибинні інтерв'ю Телефонні інтерв'ю	Експерти, медичні працівники та соціологи
4	Клінічні маршрути	Аналіз документів	Медичні працівники ФАПів та сімейних амбулаторій
5	Дані з Реєстру	Статистичний аналіз	Медичні працівники, медичні працівники та соціологи

### **Рекрутинг пацієнтів для участі у глибинних інтерв'ю:**

До процедури рекрутингу пацієнтів будуть залучені медичні працівники/лікарі, які безпосередньо контактували із пацієнтами (фельдшери або районні фтизіатри). Із загального списку пацієнтів, на кожному сайті дослідження, буде обрано, випадковим чином, встановлену вибірковою сукупністю кількість пацієнтів, а у випадках відсутності зв'язку із обраним пацієнтом, лікар обиратиме наступного за списком.

### **Загальний алгоритм рекрутингу пацієнтів:**

1. Медичний працівник / лікар попередньо зателефонує пацієнтові, повідомить про дослідження та уточнить можливість надання мобільного номеру телефону інтерв'юєру для подальшого контактування зачитає текст попередньої інформованої згоди.
2. У випадку згоди пацієнта (за словами медичного працівника/лікаря), медичний працівник/лікар, передає ім'я та контакти пацієнта (без уточнення його прізвища) інтерв'юєру.
3. Інтерв'юєр телефонує пацієнту, у випадку згоди на участь, домовляється про зустріч і час.
4. Інтерв'юєр проводить глибинне інтерв'ю (face-to-face або телефоном) та видає (перераховує) грошову винагороду пацієнту, розмір якої однаковий для всіх респондентів, незалежно від їх соціально-демографічних характеристик та точки зору.

## ОРГАНІЗАЦІЙНІ УМОВИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

**Національна робоча група дослідження** формується у складі представників:

- ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ України;
- Центр соціальних експертиз ім. Ю.Саєнка Інституту соціології НАН України;
- *Експерти.*
- Узгоджує протокол та інструментарій дослідження,
- Затверджує критерії відбору респондентів, програму та модуль тренінгу для представників із регіонів, які будуть проводити дослідження на місцях.

Засідання Національної робочої групи буде проводитись двічі на місяць (впродовж усього терміну реалізації дослідження).

Засідання робочої групи є відкритими для участі інших зацікавлених сторін з дотриманням принципу прозорості та забезпечення демократичних процедур.

У разі необхідності передбачено додаткове залучення експертів з ТБ, для узгодження протоколу та інструментаріїв дослідження.

### **Регіональні робочі групи дослідження**

На рівні міст опитування передбачається координація діяльності між керівником постійної мережі інтерв'юєрів Центру соціальних експертиз ім.Ю.Саєнка, громадськими організаціями, що працюють із цільовою групою та регіональними виконавцями для:

- узгодження графіку реалізації дослідження,
- визначення приміщення для проведення дослідження,
- визначення каналів рекрутингу респондентів,
- узгодження графіку роботи.

Засідання регіональних робочих груп буде проводитись двічі на місяць (впродовж усього терміну реалізації дослідження).

Збір соціологічної інформації в зазначених містах здійснюватиметься досвідченими інтерв'юєрами, які пройдуть спеціальне навчання.

## **ПІДГОТОВКА КАДРІВ**

Для збору необхідної інформації з дотриманням вимог та забезпечення достовірності й надійності даних планується проведення тренінгу зі збору даних для регіональних координаторів дослідження.

До підготовки та проведення тренінгу залучатимуться співробітники Центру соціальних експертиз ім.Ю.Саєнка Інституту соціології НАН України.

Для регіональних координаторів дослідження під час тренінгу передбачається висвітлити наступні питання:

- мета та задачі дослідження;
- понятійний апарат дослідження (специфічні терміни, наприклад, «скринінг» тощо)
- специфіка цільових груп;
- критерії відбору учасників дослідження;
- особливості та застосування методик опитування:
- стандартизовані інтерв'ю з експертами Національного рівня;
- глибинні інтерв'ю з медичними працівниками ФАПів та сімейних амбулаторій.
- функціональні обов'язки осіб, залучених до реалізації проекту (супервайзерів, інтерв'юєрів);
- інструментарії дослідження та інструктивно-методичні матеріали;
- етичні норми дослідження;
- практичне заняття із заповнення основних інструментаріїв дослідження;
- правила безпеки інтерв'юєрів.

Досвідчені інтерв'юєри із постійної мережі інтерв'юєрів Центру соціальних експертиз ім.Ю.Саєнка пройдуть інструктаж, з метою засвоєння специфіки та особливостей даного дослідження. Додаткові інструктажі будуть проведені регіональним супервайзером за методичними рекомендаціями, які будуть надані Центром соціальних експертиз ім.Ю.Саєнка. Методичні рекомендації будуть включати: загальну інформацію щодо

дослідження (мету, задачі), а також інформацію щодо особливостей проведення даного дослідження (цільова група, критерії відбору учасників, ознайомлення з інструментаріями дослідження тощо). У дослідженні братимуть участь переважно інтерв'юери, які мають досвід проведення подібних досліджень. За якістю роботи інтерв'юерів буде вестися посилений контроль, як зі сторони регіональних координаторів, так і з боку Організаторів.

## ІНСТРУМЕНТАРІЙ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для кожної цільової групи розроблено окремий інструментарій дослідження. Оскільки для вирішення задач проекту, буде використано кількісно-якісний метод дослідження, буде розроблено: гайди для проведення глибинних інтерв'ю із експертами національного та регіонального рівнів, а також медична форма для збору даних.

*Структура інструментів дослідження:*

### ***Гайд для експертів національного рівня:***

Блок 1. Знайомство

Блок 2. Чинники, що сприяють поширенню ТБ

Блок 3. Застосування клінічних маршрутів

Блок 4. Методи ранньої діагностики ТБ у сільського населення

Блок 5. Методи профілактики ТБ у сільській місцевості

Блок 6. Рекомендації щодо кроків, які можливо вжити для оптимізації методів профілактики ТБ та клінічного маршруту пацієнтів з підозрою на ТБ у сільській місцевості

### ***Гайд для медичних працівників:***

Блок 1. Знайомство

Блок 2. Чинники, що сприяють поширенню ТБ

Блок 3. Застосування клінічних маршрутів

Блок 4. Методи ранньої діагностики ТБ у сільського населення

Блок 5. Методи профілактики ТБ у сільській місцевості

Блок 6. Рекомендації щодо кроків, які можливо вжити для оптимізації методів профілактики ТБ та клінічного маршруту пацієнтів з підозрою на ТБ у сільській місцевості

### ***Гайд для пацієнтів :***

Блок 1. Знайомство

Блок 2. Чинники, що сприяють поширенню ТБ

Блок 3. Застосування клінічних маршрутів

Блок 4. Методи ранньої діагностики ТБ у сільського населення

Блок 5. Методи профілактики ТБ у сільській місцевості

Блок 6. Рекомендації щодо кроків, які можливо вжити для оптимізації методів профілактики ТБ та клінічного маршруту пацієнтів з підозрою на ТБ у сільській місцевості

### ***Форма для збору медичних даних:***

Дані Реєстру, включаючи форму первинної облікової документації №081-2/о «Фактори впливу на перебіг захворювання та на результат лікування ТБ 01-1».

Дані первинної облікової документації 081/о «АМБУЛАТОРНА КАРТА ХВОРОГО НА ТУБЕРКУЛЬОЗ» та форми первинної облікової документації № 081-1/о (форма ТБ01).

## КОНТРОЛЬ ЗБОРУ ТА ОБРОБКИ ІНФОРМАЦІЇ

З метою забезпечення якісного виконання дослідження проводиться контроль якості польового етапу.

Функції такого контролю є наступними:

1. *Превентивна* – всім інтерв'юерам відомо, що їх робота контролюється.
2. *Ідентифікаційна* – виявлення можливих помилок та можливість їх виправлення.

Регіональний супервайзер із команди Організаторів у кожній області, де проводиться опитування та збір даних щотижнево звітує перед Центром соціальних експертиз ім. Ю.Саєнка про перебіг польового етапу, успіхи або складнощі польового етапу. За підсумками польового етапу кожен інтерв'юер та регіональний організатор готує технічний звіт за наданою дослідницькою групою формою, в якій фіксуються:

- реалізація польового етапу дослідження;
- основні труднощі під час опитування;
- коментарі про польовий етап дослідження.

## АНАЛІЗ ДАНИХ

Основою для аналізу результатів досліджень є транскрипти глибинних інтерв'ю та масив зібраних даних.

Обробка даних кількісного дослідження здійснюватиметься в програмному пакеті SPSS. Структуру звіту буде попередньо узгоджено із Замовником. Аналіз даних буде проводитися одночасно за всіма цільовими групами, що дозволить прослідкувати та описати різноманітні процеси та явища з різних кутів зору, залучених до нього осіб.

Основою для аналізу даних якісного дослідження слугуватимуть розшифровки глибинних інтерв'ю. Тобто, аналіз даних глибинних інтерв'ю починається з транскрибації інтерв'ю (письмової розшифровки інтерв'ю з аудіо чи відео носія). Після цього аналітиками буде вивчено всі матеріали глибинних інтерв'ю та сформовано загальну картину явищ та процесів, що були виявлені у ході дослідження, проведено їхню оцінку.

Також буде проведено аналіз наявних маршрутних листів, що надасть змогу більш повно надати відповіді на запитання дослідження.

З метою досягнення вищезазначених завдань дослідження, аналіз кількісних та якісних даних буде проведено у комплексі. Це допоможе повніше проаналізувати проблемні запитання дослідження, відповідність послуг до існуючих стандартів тощо.

## ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Цей розділ узагальнює етичні принципи дослідження. З метою реалізації дослідження в рамках етичних принципів, після затвердження Замовником фінальної версії інструментарію дослідження та даного Протоколу, буде отримано висновок Комісії з біоетики (IRB комітет ЦГЗ) стосовно програми та інструментарію дослідження.

### ***Ризик для учасників***

1. *Соціальні ризики.* З метою мінімізації будь-яких соціальних ризиків перед початком дослідження будуть проведені консультації із Замовником та експертами Робочої групи. У рамках цих зустрічей будуть пояснюватися передумови, цілі та процедурні питання дослідження, а також заходи, до яких вдаються дослідники для забезпечення конфіденційності та анонімності учасників. Окрім того, обговорюватимуться питання ризиків участі, добровільного характеру дослідження та можливості практичного

застосування його результатів. Інформація, отримана в ході цих дискусій, використовуватиметься для контролю процесу реалізації дослідження. Усім учасникам дослідження буде повідомлено контактні дані Організатора дослідження для того, щоб вони мали змогу звернутися до нас, маючи будь-які питання стосовно дослідження або ж вважаючи, що до них погано ставилися чи вони якимось чином постраждали в результаті участі/неучасті в дослідженні.

2. Для групи пацієнтів може існувати *психологічний ризик* участі в дослідженні через проблему дослідження. Для мінімізації цього ризику інтерв'ю проводитиметься підготовленим інтерв'юером, учасники можуть відмовитися відповідати на деякі конкретні запитання – про це їм буде повідомлено заздалегідь.

3. Для мінімізації ризиків для пацієнтів, пов'язаних із збереженням конфіденційності, попередньо інтерв'юери будуть телефонувати потенційним респондентам та домовлятися про час та місце зустрічі для проведення інтерв'ю, яке буде найбільш комфортним для респондентів. У випадках відмови особистої зустрічі, передбачена можливість проведення телефонних інтерв'ю, що більшою мірою забезпечить конфіденційність для респондентів. Всім учасникам телефонного інтерв'ю буде зачитана інформована згода.

4. *Інші ризики:* у рамках дослідження передбачена обробка вторинної інформації з первинної медичної документації пацієнтів з підтвердженим діагнозом ТБ, з якими безпосередньо працюють залучені до дослідження лікарі на місцях. В рамках даного етапу є ризик розкриття конфіденційності особистої інформації про пацієнтів. Для унеможливлення цього ризику, доступ до первинної медичної інформації будуть мати лише Національний координатор від ЦГЗ та регіональні координатори медичного компоненту, які, перед направленням даних до Організаторів проведуть детальну перевірку на наявність особистої інформації пацієнтів та замінять її на цифровий код. Для цього етапу дослідження, не передбачено жодних ризиків для учасників, оскільки передбачена робота із даними Реєстру, та дозаповнення даних із карток пацієнтів, у випадку відсутності необхідної інформації в Реєстрі. До цієї роботи будуть залучені експерти ЦГЗ та лікарі на місцях, які безпосередньо контактували із пацієнтами та власноруч вносили інформацію про пацієнтів до первинної медичної документації. Ми, як виконавці дослідження, отримаємо перекодований масив даних, без жодного згадування особистої інформації про пацієнтів.

Персонал дослідження, перед його початком, у обов'язковому порядку підпишуть «Угоду про конфіденційність». Всі респонденти та учасники підпишуть бланк «Інформованої згоди».

У документах з дослідження відсутня інформація щодо встановленого чи підтвердженого діагнозу «туберкульоз» у респондентів, а інтерв'юери будуть говорити про проведення дослідження з питань здоров'я і лише під час особистої зустрічі із пацієнтом вказуватимуть тему дослідження.

У випадках відмови пацієнтів в процесі участі у дослідженні, їм буде надано інформаційний лист з тематики ТБ, та контактами гарячої лінії і інфекційної лікарні області.

### ***Переваги для учасників***

1. Участь у дослідженні не надасть особливих переваг учасникам. Але результати експертних інтерв'ю, як національного так і регіонального рівнів, а також результати інтерв'ю з пацієнтами, матимуть високу соціальну значимість для суспільства в цілому та для професійної сфери, в якій працюють залучені до опитування експерти, зокрема, а також поліпшить доступ сільських жителів до профілактичних заходів ТБ . Будуть



дотримуватися усі принципи конфіденційності для всіх учасників дослідження на всіх його етапах.

### ***Добровільна участь***

1. Потенційні учасники будуть поінформовані про те, що їхня участь у дослідженні є суто добровільною, а також що вони мають право в будь-який момент відмовитися від подальшої участі в дослідженні. Інтерв'юери зачитуватимуть всім респондентам інформовану згоду на участь у дослідженні, та після їх усного підтвердження, ставитимуть власний підпис на бланку інформованої згоди.

### ***Захист особистої таємниці***

Інтерв'ю буде проводитися методом віч-на-віч, і ніхто, окрім інтерв'юера та респондента, не буде при цьому присутній в кімнаті.

### ***Захист конфіденційної інформації***

1. Усі дані дослідження, будуть зберігатися із дотриманням усіх принципів конфіденційності. Представники дослідницької команди не фіксуватимуть прізвищ або інших ідентифікаційних даних на дослідницьких опитувальниках. Після збору даних опитувальники будуть зберігатися в безпечному місці. Виконавці проекту та особи, які будуть залучені до обробки інформації, будуть гарантувати конфіденційність інформації, що буде отримана під час дослідження. Результати даного дослідження будуть представлені в аналітичному звіті в узагальненому вигляді без зазначення імен респондентів та місць їхнього проживання.

2. Інструментарій та Протокол дослідження будуть узгоджені з IRB комітетом ЦГЗ, який надасть свій висновок про те, що дане дослідження проводитиметься в рамках етичних принципів та з дотриманням прав людини.

3. Дані, які будуть вивантажені з Реєстру та будуть використані в дослідженні не міститимуть жодної персональної інформації пацієнта (імені, прізвища, номеру телефону, адреси, контактних даних членів родини пацієнта).

4. Збір інформації з первинної медичної облікової документації буде проводитись медичним працівником, який має доступ до цієї документації. Медичний працівник буде заповнювати форму збору даних і не буде переносити персональну інформацію з карток пацієнта. Таким чином особу пацієнта не можна буде ідентифікувати ні в даних Реєстру ні в фінальному масиві даних, який міститиме інформацію з медичних карток.

5. Рекрутинг пацієнтів буде забезпечуватись за допомогою координаторів медичного компоненту та медичних працівників на місцях, які попередньо рекрутуватимуть пацієнтів та, за їх особистою згодою, надаватимуть ім'я та номер телефону інтерв'юєрові. Ніякі інші особисті дані пацієнтів (прізвище, адреса проживання тощо) не будуть використані.

6. Попередньо медичні координатори будуть телефонувати потенційним респондентам, надавати інформацію щодо дослідження та важливості їх участі у ньому, зачитуватимуть інформовану згоду та запитуватимуть дозволу на передачу контактному номеру та імені респондента інтерв'юєру. Тільки після отримання усної згоди респондента на участь у дослідженні та передачі контактів інтерв'юєру, медичний координатор ставитиме власний підпис на формі інформованої згоди учасника та передаватиме контакти інтерв'юєру.

7. Інтерв'юєр не матиме жодної інформації про пацієнта, крім імені та контактного номеру телефону. Під час першого дзвінка ще раз буде акцентовано увагу респондента на конфіденційності отриманої інформації, та на те що контактний номер учасника буде в інтерв'юєра до закінчення польового етапу, після якого номер буде видалено. Повторно буде отримана усна згода на участь у дослідженні.

8. Для мінімізації будь яких ризиків для респондентів, інтерв'юер попередньо буде домовлятися про зручний для респондента час та місце проведення інтерв'ю. У випадку відмови від особистої зустрічі із респондентом, та за умови відповідності всім критеріям включення у дослідження, респонденту буде запропоновано участь у телефонному інтерв'ю.

9. Паперові форми, які будуть заповнюватися в рамках дослідження, а також дані із Реєстру, будуть зберігатися в офісі Організатора дослідження, у замкненому сейфі, впродовж трьох місяців із моменту завершення терміну дії Договору.

10. Аудіозаписи проведених інтерв'ю зберігатимуться на окремій флеш-пам'яті, в офісі Організатора дослідження, у замкненому сейфі. Назви аудіофайлів не міститимуть жодної інформації, за якою можна ідентифікувати учасника інтерв'ю.

11. Доступ до аудіоматеріалів буде лише у Організатора дослідження та виконавців, залучених до підготовки транскриптів інтерв'ю.

12. Після затвердження аналітичного звіту Замовником дослідження, усі аудіофайли будуть знищені.

13. Результати даного дослідження будуть представлені в аналітичному звіті в узагальненому вигляді, без зазначення імен респондентів та місць їхнього проживання.

### **Компенсація витрат часу та можливих транспортних витрат**

Експерти національного рівня отримають компенсацію за участь у інтерв'ю у розмірі 330 грн. Експерти регіонального рівня – у сумі 280 грн. Учасники-пацієнти отримають компенсацію за участь у інтерв'ю, однакову, незалежно від їх статі, соціального рівня чи думки, яку вони мають з питання дослідження. Компенсація, у сумі 280 грн., буде виплачуватись по його завершенню. Компенсація за участь у телефонному інтерв'ю, у вигляді поповнення мобільного рахунку чи банківської картки, виплачуватиметься впродовж 3-х днів з моменту завершення інтерв'ю або опитування, про що респонденту буде повідомлено заздалегідь. Про терміни отримання винагороди будуть попереджені усі респонденти.

У випадках невідповідності критеріям включення у дослідження, або неповного проходження інтерв'ю, респонденту не буде виплачуватись компенсація, і респондент буде про це попереджений до початку участі у дослідженні.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ:**

1. Технічний звіт про хід дослідження і дотримання вибірки, а також результати контролю якості даних.
2. Фінальні версії Протоколу та інструментарію дослідження, інструктивно-методичних матеріалів та розрахунків вибірових сукупностей.
3. Масив даних для аналізу (формат .sav).
4. Транскрипти/стенограми глибинних інтерв'ю.
5. Аналітичний звіт українською мовою за узгодженою з Замовником структурою та форматом з висновками та рекомендаціями.
6. Резюме дослідження з основними висновками та рекомендаціями.
7. Презентаційний файл із основними результатами дослідження.

### **СТРОКИ ВИКОНАННЯ ЗГІДНО З РОБОЧИМ ПЛАНОМ:**

**Термін проведення дослідження:** 6 місяців (липень 2018 року – грудень 2018 року).

№	Етап/діяльність	Терміни	Очікувані результати
<b>ЕТАП I. Підготовчий етап</b>			
1	Розробка дизайну та протоколу	Грудень 2018	Затверджений Замовником

№	Етап/діяльність	Терміни	Очікувані результати
	(програми) дослідження, затвердження його Замовником.		Протокол дослідження
2	Розробка інструкцій, інструментарію дослідження (форм, гайдів) та затвердження його Замовником	Грудень 2018	Затверджені Замовником інструментарій дослідження та інструктивно-методичні матеріали до нього
3	Проведення навчального тренінг-семінару для регіональних координаторів дослідження	Квітень 2019	Технічний звіт про проведення навчального тренінг-семінару для регіональних координаторів дослідження
4	Отримання висновку IRB комітету ЦГЗ на проведення дослідження.	Травень 2019	Висновок IRB комітету ЦГЗ
<b>ЕТАП II. Польовий етап</b>			
1	Вивантаження даних з eTB-manager	Травень 2019	Заповнені медичні форми
2	Проведення глибинних інтерв'ю із експертами Національного рівня	Червень 2019	Стенограми глибинних інтерв'ю
3	Проведення глибинних інтерв'ю із експертами регіонального рівня	Червень 2019	Стенограми глибинних інтерв'ю
4	Збір клінічних маршрутів для аналізу	Червень 2019	Клінічні маршрути
5	Контроль польового етапу	Червень 2019	Перевірка перших проведених інтерв'ю. Результати контролю за реалізацією вибіркової сукупності.
6	Проміжний технічний звіт з результатами проведення контролю польового етапу	Червень 2019	Попередній технічний звіт за результатами реалізації польового етапу
<b>ЕТАП III. Введення та обробка даних</b>			
1	Введення даних в форматі SPSS. Створення паспорту та масиву даних. Перевірка масиву на помилки введення даних	Липень 2019	Масив даних в форматі SPSS
<b>ЕТАП IV. Аналіз даних</b>			
1	Написання технічного звіту про перебіг дослідження і реалізацію вибіркової сукупності та затвердження його Замовником	Липень 2019	Технічний звіт з дослідження
2	Написання аналітичного звіту з висновками та рекомендаціями	Серпень 2019	Аналітичний звіт з результатами дослідження,

№	Етап/діяльність	Терміни	Очікувані результати
			висновками, рекомендаціями
3	Підготовка презентаційного файлу із результатами дослідження в форматі Power Point	Серпень 2019	Презентаційний файл

### ВИКОНАВЦІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ім'я та прізвище	Посада	Функціональні обов'язки
Юрій Привалов	Директор Центру, к.ф.н., ст.н.сп	Наукове керівництво дослідження
Гульбаршин Чепурко	Національний координатор дослідження	Загальне керівництво та відповідальність за реалізацію дослідження: всіх його компонентів та на кожному етапі
Олександра Гончарук	Асистент координатора	Участь в розробці підготовчого етапу. Координація емпіричних даних
Юрій Сапелкін	Координатор польового етапу	Координатор, відповідальний за реалізацію польового етапу, логістику, підготовку та друк методичних документів дослідження, підготовка тренінгу для учасників дослідження
Олена Шубка	Фінансовий менеджер	Фінансове адміністрування дослідження
<b>Експерти:</b>		
Наталія Заїка	СТОП ТБ	Загальне керівництво та відповідальність за реалізацію дослідження: всіх його компонентів та на кожному етапі
Ольга Зайцева	Центр громадського здоров'я	

**Експертна група, відповідальна за розробку, затвердження Протоколу  
(імена та контактні дані):**

*Юрій Привалов* – Директор Центру  
Тел. 255-75-41

*Гульбаршин Чепурко* – Менеджер проекту  
Тел. 253-14-01

*Олена Шубка* – Фінансове адміністрування проекту  
Тел. 255-75-41

**Директор Дочірнього підприємства  
Інституту соціології Національної академії**

**наук України "Центр соціальних експертиз  
імені Юрія Саєнка"**

**Привалов Ю.О.**