

Чоловіки, що мають секс з чоловіками: портрет зрілої та старшої групи (35+)

Максим Кудяничук, 2020

Поширеність ВІЛ-інфекції серед чоловіків, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ), протягом останніх років незначно коливається з тенденцією до збільшення. За результатами біоповедінкового дослідження 2017–2018 рр. рівень поширеності ВІЛ серед ЧСЧ становить 7,5%. Серед молодшої групи (до 25 років) цей показник зростає і становив на момент дослідження 6,7%, а в групі ЧСЧ старшого віку — 8,0%. Найвищий рівень поширеності ВІЛ серед ЧСЧ зареєстрований у таких містах як Донецьк (22,8%), Чернігів (14,3%), Одеса (13,0%), найнижчий — у місті Суми (0,3%) [1].

Зазвичай, профілактичні програми для ЧСЧ включають у себе послуги з консультування та тестування, переадресацію до дружніх спеціалістів, поширення інформаційних матеріалів, презервативів та лубрикантів на різних соціально-розважальних заходах (клубний аутрич) та у місцях соціалізації ЧСЧ (маршрутний аутрич), групові та індивідуальні консультації психологів, юристів і лікарів [2]. Оцінка ефективності заходів проводиться методами програмного моніторингу та за зміною поширеності у послідовних крос-секційних дослідженнях, а також математичним моделюванням (див. [3, 4] та інші).

Водночас, в Україні бракує інтервенцій з доведеною ефективністю, а у список інтервенцій для ЧСЧ (без специфічних, спрямованих на ЧСЧ, що живуть з ВІЛ), внесено лише такі [5]:

- діагностика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в групах підвищеного ризику (основні компоненти: консультування, тестування, переадресація). Рівень доказовості: міжнародний досвід — 3а, досвід в Україні — 2 (окремі компоненти — 3);
- профілактика ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ за Програмою менторської підтримки (консультування ЧСЧ менторами). Рівень доказовості: міжнародний досвід — від 1а до 3а, досвід в Україні — від 3а до 3в.
- профілактика інфікування ВІЛ серед чоловіків, які мають секс з чоловіками (аутрич-робота, поширення засобів захисту, консультування, психологічна та юридична підтримка, переадресація). Рівень доказовості за окремими компонентами: міжнародний досвід — від 1в до 3с, досвід в Україні — 3а;
- Mpowerment (комплексна інтервенція для ЧСЧ у віці до 28 років, спрямована на підвищення знань, навичок та мотивації щодо безпечних контактів на індивідуальному рівні, а також зміну групових норм щодо безпечного сексу на рівні спільнот). Рівень доказовості: міжнародний досвід — від 1в до 1с, досвід в Україні — 3а.

Слід зазначити, що проекти профілактики залучають та надають послуги в основному ЧСЧ віком до 25 років. Цей огляд має на меті зібрати наявні в Україні дані про ЧСЧ у віці 35 років і більше (далі ця група називатиметься ЧСЧ 35+).

Джерелами представлених даних є три дослідження:

- соціально-демографічний профіль і сексуальна поведінка — інтегроване біоповедінкове дослідження 2015 року (всього опитано 4550 ЧСЧ з 26 міст України [6]), до аналітичної вибірки (критерій — вік 35+) увійшли 1252 респонденти або 27%;
- дані про внутрішню гомофобію — Інтернет-дослідження інтерналізованої гомонегативності XXXX року (всього в Україні опитано 1365 ЧСЧ [7]), з яких до аналітичної вибірки увійшла 321 особа або 23%;
- дані про вживання психоактивних речовин — Європейське інтернет-опитування ЧСЧ 2017 року (всього опитано в Україні 1051 ЧСЧ [8]), з яких до аналітичної вибірки увійшли 63 особи або 6%.

Вихідні дані останнього доступного опитування ЧСЧ в Україні (2017-2018 рр.) на разі не є доступними, аналіз у звіті [9] виконано тільки з розбивкою на групи «до 25» і «25+» років.

Основні висновки

На основі даних про рекрутинг учасників зазначених досліджень можна зробити попередні висновки, що найбільш ефективним було залучення ЧСЧ 35+ через персональні соціальні мережі (метод RDS). Разом з тим, інтернет-дослідження внутрішньої гомофобії також продемонструвало хороші результати – його реклама відбувалась не тільки через мобільні застосунки для знайомств, але й шляхом розміщення банерів на сайті date.bluesystem.world.

Загалом групу зрілих і старших ЧСЧ можна охарактеризувати як відносно благополучну з точки зору отриманої освіти, зарплати, відсутності досвіду перебування в місцях позбавлення волі, а також рівня прийняття своєї гомо- чи бісексуальності. Приблизно половина цих чоловіків не має досвіду гетеросексуального шлюбу, живе без батьків, партнера чи партнерки. Також серед цієї групи можна виділити підгрупу малозабезпечених, які менш охоче звертались по медичну допомогу.

Вживання наркотичних речовин, за винятком рекреаційних наркотиків, не є поширеним серед ЧСЧ 35+. Більшу проблему становить уживання алкоголю і тютюнових виробів.

Опитані ЧСЧ 35+ в порівнянні з молодшою підгрупою продемонстрували більший консерватизм щодо шляхів пошуку сексуальних партнерів-чоловіків — половина використовує свої персональні соціальні зв'язки (знайомства через друзів та знайомих) і відносно «старі» старі інтернет-сайти. У більш ніж половині випадків опитані мали останній гомосексуальний контакт з постійним партнером.

Таким чином, отримана картина свідчить про те, що рекрутинг зрілих і старших ЧСЧ у профілактичні проекти має враховувати стабільність і відносну благополучність життєвого укладу цієї групи, відмінності в каналах комунікації та менші потреби в традиційних послугах профілактичних проектів (інфоматеріали, лубриканти, презервативи, консультації, соціалізаційні заходи ком'юніті-центрів тощо). Можливо, найбільш ефективним буде з одного боку онлайн-аутрич на сайтах з більшою представленістю цієї групи, а з іншого — суто персоналізований підхід за прикладом кейс-менеджменту, в якому кожний новий клієнт з'являється за рекомендацією вже охопленого клієнта.

В Україні у 2015 році було зроблено спробу (дослідники О. Постнов і О. Недужко) оцінити придатність ефективного поведінкового втручання «*Man up, man voices*» (опис неадаптованої інтервенції [10]) для цієї цільової групи: зібрано 12 півструктурованих інтерв'ю з ЧСЧ старшої вікової групи, але на час підготовки протоколу дослідження аналіз транскриптів не завершено. Результати цього дослідження можуть бути джерелом додаткової інформації при розробці способів залучення ЧСЧ 35+ до профілактичних проектів.

Портрет ЧСЧ 35+ у деталях

Соціально-демографічні характеристики

Сімейний стан. ЧСЧ 35+ приблизно порівну розподіляються на тих, хто мав і не мав досвіду офіційного гетеросексуального шлюбу (51 і 49% відповідно), при цьому 16% на момент опитування були в шлюбі. З точки зору фактичного сімейного стану 48% живуть самі (зокрема спільно з кимсь орендують житло, але не мають зі співорендарями сімейних стосунків), 18% живуть з батьками чи іншими родичами, 14% мають партнерку чи дружину, а 20% вказали, що живуть з чоловіком-партнером.

Освіта. Приблизно половина (47%) має повну вищу освіту (магістр чи науковий ступінь), 35% мають середню спеціальну освіту, 17% — повну середню чи незакінчену вищу. Неповну середню має абсолютна меншість респондентів — 1%.

Матеріальний стан. Найбільша частина (35%) вважає, що їм загалом вистачає на життя, 27% вистачає на все необхідне, але вони не роблять заощаджень, і ще 19% мають прибутки достатні не тільки для забезпечення всіх потреб, але на те, щоби відкласти на майбутнє. Таким чином, 81% можна умовно назвати матеріально забезпеченими. Решта 19% — живуть у бідності: менше 1% жебракують, 5% не завжди мають достатнього харчування і у 13% вистачає тільки на їжу.

Досвід перебування в місцях позбавлення волі мають 9% ЧСЧ у віці 35+.

Звернення за медичними послугами. Протягом останніх 12 міс. 36% ЧСЧ 35+ не проходили профілактичні медичні огляди (не відрізняється від загальної вибірки IBBS-2015). Порівнюючи з тими ЧСЧ, які проходили медичний огляд, ті, хто цього не робив, мають незадовільний матеріальний стан, здобули середню спеціальну освіту та живуть самі.

Дані біологічних тестів і каскад лікування

Поширеність. Серед ЧСЧ 35+ було 10% з позитивним результатом тестування крові на наявність серологічних маркерів ВІЛ-інфекції, 6% — на гепатит С, 3% — на гепатит В і 4% — на сифіліс.

Фактори сероконверсії. При тестуванні в рамках біоповедінкового дослідження ВІЛ-статус респондента міг залишитися або негативним, або змінитися на позитивний. Другий випадок (у дослідженні 167 осіб, або 4% [6]) означає, що за час, що минув від попереднього тесту і до цього дослідження, могла відбутися сероконверсія, тобто людина інфікувалася. Слід відзначити, що 4% сероконверсії в усій вибірці означає: більшість ЧСЧ, які отримали ВІЛ-позитивний результат на ВІЛ у рамках дослідження, вже знали свій статус, отже, могли отримувати відповідне лікування та мати більшу мотивацію до більш безпечної поведінки. Також варто згадати, що в аналогічному дослідженні 2013 року сероконверсію було зафіксовано в 1% респондентів.

Фактори, які асоціюються з більшими шансами сероконверсії, можна поділити на три групи: вік — шанси сероконверсії у дорослих майже втричі більші, ніж у ЧСЧ до 25 років; близькі контакти з ВІЛ-позитивними людьми (наявність у респондента ВІЛ-позитивного партнера чи байдужість учасника дослідження до ВІЛ-статусу його сексуальних партнерів), а також небезпечний секс (незахищений статевий акт, досвід сексуальних контактів з трансгендерами, наявність в крові маркерів вірусу гепатиту В та сифілісу, адже гепатит В, сифіліс і ВІЛ передаються не тільки парентеральним шляхом, а й статевим). Попри те, що в старшій групі ЧСЧ більше тих, які мають досвід гетеросексуального шлюбу (вони характеризуються безпечнішою сексуальною поведінкою), більший вік у двовимірних розподілах пов'язаний з такими ризиками: частіше відвідування місць анонімного сексу (плішки, парки тощо) — 23% серед групи 25+ шукали там сексуального партнера, тоді як серед молодшої групи таких було 15%; рідше застосування спеціального лубриканта під час анального сексу з чоловіками — серед ЧСЧ 25+ востаннє під час анального сексу його використали 18%, тоді як серед молодших таких було 20%; частіше вживання поперсу — 15% доросліших респондентів вживали його за 12 місяців на відміну від 13% молодших; більш поширене вживання міцного алкоголю — 44% ЧСЧ 25+ віддають перевагу горілці та іншим концентрованим спиртним напоям, тоді як серед молодших респондентів таких 27%; більша частка серед дорослих людей, які мають досвід перебування в місцях позбавлення волі, — 6% серед 25+ проти 1% серед ЧСЧ у віці до 25 років.

Каскад послуг лікування ВІЛ складається з таких ланок:

- відсоток ВІЛ-позитивних ЧСЧ, які знають про власний ВІЛ-статус,
- відсоток ВІЛ-позитивних ЧСЧ, які перебувають під медичним наглядом,
- відсоток ЧСЧ, яким призначена АРВ-терапія,
- відсоток, які досягли невизначуваного вірусного навантаження.

Протягом останніх 12 міс. тестування проходили та отримали результат 52% (813 осіб), з них 28 осіб або 3% повідомили про власний позитивний статус. Із них 9 осіб (30%) приймають терапію. Дані про вірусне навантаження відсутні.

Ті, які ніколи не тестувались на ВІЛ. Серед респондентів у віці 35+ ніколи не тестувались на ВІЛ 17%, тоді як у всій вибірці (без обмежень на вік) таких 22%. У порівнянні з чоловіками, які тестувались на ВІЛ хоча б раз, серед нетестованих більше одружених, тих, хто живе з жінкою чи батьками або родичами, чоловіків без вищої освіти, із незадовільним матеріальним станом, а також бісексуалів.

Сексуальна поведінка

Секс з чоловіками. Протягом останніх 6 місяців у 86% ЧСЧ 35+ був анальний секс з чоловіком, при цьому презерватив використали в останній такий раз тільки 69%. Останній анальний секс був з постійним партнером-чоловіком у 56%, з випадковим партнером — у 40%, з декількома партнерами — у 2%, з партнером, якому респондент платив, — у 1%, і з тим, який респондентові платив, — у 1%.

Секс з жінками. Як було вказано вище, 51% має досвід гетеросексуального шлюбу і 16% перебували на момент опитування в такому шлюбі. За останні 6 міс. 7% користувались сексуальними послугами жінок комерційного сексу, причому у 83% випадків у останньому такому разі було одягнуто презерватив.

Груповий секс. За цей же період 24% опитаних ЧСЧ 35+ брали участь в груповому сексі (здебільшого це одночасний контакт з кількома чоловіками).

Вживання психоактивних речовин

За результатами біоповедінкових досліджень, вживання наркотичних речовин є малопоширеним серед ЧСЧ. EMIS підтвердив це як на загальній вибірці, так і серед ЧСЧ у віці 35+. Так, канабіс вживали 2% в останні 24 години, тоді як ніколи не вживали 79%, синтетичні канабіноїди тільки 1% вживали за останні 6 міс. (96% — ніколи), екстазі — 2% за останні 6 міс. і 91% ніколи, амфетамін — 1% в останні 24 години і 91% ніколи, кристалічний метамфетамін — 0,3% за останні 6 міс. і 97% ніколи, героїн чи аналоги — 0,6% в останні 24 год. і 98% ніколи, мефедрон — 0,6% за останні 6 міс. і 99% ніколи, синтетичні стимулянти, інші ніж мефедрон — 0,6% за останні 24 год. і 98% ніколи. Аналогічна картина з рідким екстазі, кетаміном, ЛСД, кокаїном, креком і анаболічними стероїдами.

Деякі інші цифри демонструють рекреаційні наркотики (наприклад,...): 22% принаймні один раз їх уживали.

Для ЧСЧ 35+ характернішим є споживання алкоголю та тютюнових виробів. Так, 31% вживали спиртні напої і 40% тютюнові вироби протягом останніх 24 годин. Згідно зі шкалою алкогольної залежності CAGE4 (визначення залежності за попередні 12 місяців), поширеність алкогольної залежності серед ЧСЧ є досить високою — приблизно третина опитаних в Україні.

Знайомства

Згідно з даними IBBS-2015, протягом останнього півроку перед дослідженням ЧСЧ 35+ використовували такі шляхи для знайомств з іншими чоловіками (сума не дорівнює 100%, адже одна людина могла вказати декілька способів): 53% — через друзів та знайомих, 40% — інтернет-сайти знайомств (як спеціалізовані типу date.bluesystem.world чи Qguys, так і загальні типу tamba чи loveplanet), 39% — соціальні онлайн-мережі (ВК, Фейсбук тощо), 27% — мобільні додатки (Hornet, Grindr тощо), 26% — ходили в клуби чи сауни і стільки ж — на плішки.

Однак, слід зважати на зміну популярності та доступності різних способів пошуку партнерів: клуби і сауни доступні здебільшого тільки в Києві, плішки поступово щезають, натомість поширюють практики онлайн-знайомств.

Рівень внутрішньої гомофобії

Згідно з даними Дослідження внутрішньої гомофобії українська вибірка в цілому виглядає доволі благополучно — 4,8 бала на шкалі від 1 (максимальна внутрішня гомонегативність) до 7 (повне прийняття своєї гомосексуальності), при чому підвибірка 35+ демонструє ще кращий результат — 5,2 бали. Дані EMIS-2017 (з використанням аналогічної методики вимірювання) в цілому повторюють цю закономірність.

Джерела

1. Кузін І., Марциновська В., Антоненко Ж. ВІЛ-інфекція в Україні : Інформаційний бюлетень №50 / Державна установа «Центр громадського здоров'я», Міністерство охорони здоров'я України. — Київ, 2019. — 114 с. — https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_50_2019.pdf
2. Епідемія ВІЛ серед уразливих груп в Україні : огляд вторинних даних / А. Бойко, М. ДіКарло, О. Дорошенко, О. Морозова, Л. Шербурн. — Київ, 2013. — 96 с. — http://respond.org.ua/files/attachments/Secondary%20data%20review_Ukr_21-06-13.pdf
3. Ukraine HIV Data Synthesis Project : Final Report / A. Abdul-Quader, K. Dumchev, Y. Kruglov, G. Rutherford, T. Salyuk, C. Vitek. — Kyiv, 2013. — 86 p. — <http://www.whohub-zagreb.org/uploads/ukraine-hiv-data-synthesis-project-final-report-2013-eng.pdf>
4. Звіт про результати моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції за 2011-2012 роки / Н. М. Нізова, І. В. Кузін, І. В. Пиголенко, В. А. Марциновська, Я. Соболева, Л. В. Бочкова, О. Жигінас. — Київ, 2013. — 128 с. — <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/documents/files/924ae89d0506dd69bdfda70be7698ad6.pdf>

5. Results from Inventorying Ukraine's HIV prevention interventions and analyzing the level of evidence for these interventions / RESPOND Project. — Kyiv, 2014. — 4 p. — http://respond.org.ua/files/attachments/resources/Interventions/Inventory_overview_eng_print.pdf
6. Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками (національна частина) / **М. Касянчук, О. Трофименко, Є. Білоус, Я. Сазонова**. — Київ : МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. — 80 с.
7. **Шестаковский А., Касянчук М.** Исследование интернализированной гомонегативности (внутренней гомофобии) : Аналитический отчёт / Евразийская коалиция по мужскому здоровью (ЕКОМ). — Таллинн, 2018. — 161 с.
8. EMIS 2017 : Результаты онлайн-опроса МСМ в Беларуси, Молдове и Украине : Региональный отчёт / **А. Шестаковский, О. Ковтун, М. Касянчук, В. Муляр, О. Еремин, Ю. Йорский**. — Таллинн : ЕКОМ, 2020. — ... с.
9. **Сазонова Я., Дукач Ю.** Звіт за результатами біоповедінкового дослідження серед чоловіків, що практикують секс із чоловіками в Україні. — Київ : МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2019. — 120 с.
10. MANY MEN, MANY VOICES. A Group-Level Intervention for Gay Men of Color. Fact Sheet / CDC's High Impact Prevention Project. — 2018. — 4 p. — https://www.cdc.gov/hiv/pdf/research/interventionresearch/compendium/rr/cdc-hiv-many_men_many_voices_3mv_best_rr.pdf

Вивчення стилю життя ЧСЧ 35+: протокол та інструментарій

Протокол дослідження

Мета дослідження: аналіз портрету та потреб ЧСЧ віком старше 35 років і визначення основних механізмів, шляхів їх залучення до тестування та профілактичних проектів.

Методологія. У дослідженні використовується якісна методологія - напівструктуровані інтерв'ю.

Запланована вибірка складає 30 осіб у 5 регіонах України, де працює ПЕПФАР (тобто регіони з високим та середнім рівнем поширення ВІЛ-інфекції, з наявністю організацій, які надають послуги ЧСЧ): північ — м. Київ, Чернігівська обл.; південь — Одеська та Запорізька обл.; схід — Донецька обл.

У кожній області буде опитано 6 осіб, які відповідають критеріям включення до дослідження, а саме:

- вік від 35 років і старше;
- наявність сексуального досвіду з чоловіками протягом останніх 12 місяців;
- постійно проживання на території області проведення опитування,
- підписана інформована згода на участь у дослідженні.

Крім того, серед 6 осіб в кожній області:

- дві особи з негативним ВІЛ-статусом;
- дві особи з позитивним ВІЛ-статусом і отримали діагноз протягом останніх 3 місяців;
- дві особи з позитивним ВІЛ-статусом, які ніколи не користувались програмами профілактики.
-

Інтерв'юери намагатимуться залучити до дослідження чоловіків, які:

- є одруженими;
- мають одностатевого партнера;
- не користуються інтернетом;
- живуть у маленькому місті. (додаткові характеристики).

З метою уникнення зміщення у бік людей, близьких до НУО, буде використано стратегію снігової кулі, коли респонденти рекомендують інтерв'юєрові інших респондентів, при цьому стартове зерно буде обрано через сайти знайомств чи дошки оголошень для ЧСЧ (наприклад, date.bluesystem.world чи аналогічні).

Основний фокус дослідження:

- Портрет ЧСЧ віком старше 35 років (аналіз health seeking behavior, типовий порядок денний, звички, хобі, питання, пов'язані з уживанням алкоголю, типові способи комунікації та пошуку інформації, взаємини з партнерами, історії депресій та стигми),
- Потреби цієї цільової групи,
- Канали, якими ЧСЧ отримують інформацію щодо профілактичних послуг та тестування, включаючи соціальні мережі, бажані канали отримання інформації щодо профілактичних послуг та тестування,
- Профілактичні послуги, якими користуються або не користуються ЧСЧ,
- Можливі методи роботи з цією цільовою групою — залучення до проектів, як краще надавати послуги, особливо з консультування та тестування на ВІЛ/гепатити/ІПСШ тощо,
- Методи інформування — теми, канали, яким чином, як часто і т. ін.
- Рекомендації щодо розробки нових та удосконалення наявних втручань, програм підготовки та підвищення кваліфікації для надавачів профілактичних послуг, для розробки інформаційних матеріалів, спрямованих на посилення попиту щодо профілактичних послуг та тестування на ВІЛ/гепатити/ІПСШ серед ЧСЧ віком старше 35 років, а також їх партнерів.

Основні гіпотези:

Стандартний набір сервісів, які пропонуються у ВІЛ-профілактичних проектах, (презервативи, лубриканти, ІОМ, ДКТ, переадресація, психологічні консультації, ком'юніті-центр) не є цікавим для ЧСЧ 35+, тому що...

Стратегії залучення ЧСЧ 35+ до ВІЛ-сервісів повинні включати як дистанційні нагадування від персонально-знайомої особи, з якою склались довірливі стосунки, так і можливість отримати деякі послуги на дому від аутрич-працівника.

Послуги консультування для ЧСЧ 35+ повинні враховувати наявність постійного партнера чи партнерки, в тому числі мають бути доступні послуги для пар.

Контроль якості даних. Інтерв'юери з числа фахівців соціологічних компаній у відповідних містах пройдуть тренінг-інструктаж дистанційно або при очній зустрічі.

Регіональний організатор у місті опитування щотижнево звітуватиме про перебіг польового етапу, кількість опитаних, успіхи або складнощі польового етапу. За підсумками польового етапу кожен регіональний організатор готуватиме технічний звіт, в якому буде зазначено: кількість відмов від участі в опитуванні та основні причини; кількість ЧСЧ, яким було відмовлено в участі в дослідженні через невідповідність критеріям дослідження; основні труднощі під час опитування; коментарі про польовий етап дослідження тощо. Під час проведення процедури стенографування, стенограми будуть переглядатись на предмет точності та наявності помилок.

Аналіз даних. Аудіозаписи напівструктурованих інтерв'ю буде розшифровані та оброблені з використанням програмного забезпечення ХХХ. Аналіз скриптів буде проведено через їх «щільний опис», коли змістовні одиниці в тексті узагальнюються аналітиком до одного–двох речень; далі цей опис аналізується на відповідність індикаторам.

План менеджменту даних

Після отримання відповідної інформованої згоди буде відбуватись аудіозапис даних інтерв'ю та вестись дослівна стенограма місцевою мовою (російською чи українською). Стенограми будуть перевірені на предмет точності. Як тільки буде підтверджена точність та повнота стенограми польовим менеджером, цифрові аудіозаписи будуть видалені.

Стенограми не будуть містити особистих даних, таких як імена, дата чи місце народження, домашня адреса. Інші імена, адреси та міста, про які будуть говорити під час інтерв'ю, будуть скорочуватись до першої літери. Наприклад, «особа Т», «вулиця К» чи «місто Л».

Доступ до даних і передача даних

Під час проведення дослідження лише обмежена кількість людей матиме доступ до цих даних.

Доступ до аудіозаписів (інтерв'ю) та заповнених анкет матиме лише польовий менеджер з АГЗ, інтерв'юери та стенографісти. Щойно стенограма буде визнана польовим менеджером точною і повною, аудіозапис буде видалено. Доступ до підписаних форм інформованої згоди, стенограм та польових нотаток, що містять персональні дані, матимуть лише інтерв'юери. Доступ до підписаних форм інформованої згоди, анонімних стенограм, польових нотаток та наборів даних матимуть інтерв'юери та координатор дослідження.

Унікальний код

Дані будуть пов'язані між собою за допомогою унікального коду. Кожен учасник дослідження отримає унікальний код (буде використовуватись у стенограмах), що гарантуватиме його конфіденційність.

Унікальний код складається із порядкового номера інтерв'ю в рамках кожної області (від 1 до 6), назви області, та прізвища інтерв'юера. Наприклад, *01_Kyiv_Ivanova*.

Право власності даних та політика відкритого доступу

Права на дані дослідження матиме Альянс громадського здоров'я на умовах Виконавця. Впродовж 12 місяців з моменту завершення дослідження АГЗ оприлюднить дані дослідження через контрольовані канали публічного доступу до інформації. Усі зацікавлені сторони будуть мати можливість доступу до всіх стенограм та аналізу в офісі АГЗ без можливості їх завантаження. Доступ до даних буде надано після представлення дослідницькій групі обґрунтування для такого доступу та заповнення форми угоди про конфіденційність.

Контрольований публічний доступ до цих даних обумовлений участю у даному дослідженні представників уразливих до ВІЛ груп населення та можливістю ідентифікувати деяких учасників дослідження на основі конкретної особистої інформації, отриманої з глибинних інтерв'ю, навіть після процедури анонімізації.

Зберігання даних

Оригінал даних дослідження, цифрові аудіо файли з інтерв'ю та стенограми будуть розміщені на безпечній захищеній паролем частині серверів Альянсу, яка охороняється і не є доступною через загальні мережі.

Альянс громадського здоров'я – це велика організація зі спеціалізованим відділом інформаційних технологій (ІТ) та серверами на рівні підприємств. ІТ-відділ керує серверами, робочими станціями та мережами АГЗ відповідно до стандартних операційних процедур, які визначають політику резервного копіювання та план відновлення після аварії, включаючи щоденні резервні копії та відновлення даних у разі виходу з ладу основного сервера.

АГЗ відповідатиме за зберігання баз даних та стенограм впродовж 5 років. Щойно буде підтверджено точність та повноту стенограм, цифрові аудіо файли з інтерв'ю будуть видалені.

Етичні засади дослідження ґрунтуються на Кодексі професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України та Хельсинській декларації етичних принципів для проведення досліджень.

Кожному респондентові перед інтерв'ю буде пояснено цілі дослідження, його анонімність та конфіденційність, право відмовитись від участі в будь-який момент. Усну інформовану згоду респондента засвідчуватиме інтерв'юер підписом на скрінинговій анкеті.

Інтерв'ю відбуватиметься українською або російською мовами на вибір респондента.

Інтерв'ю проводитиметься віч-на-віч і ніхто не буде при цьому присутній. Усі дані дослідження зберігатимуться із дотриманням конфіденційності, зокрема представники дослідницької команди не фіксуватимуть прізвищ або інших ідентифікаційних даних.

Кожному респондентові за участь в інтерв'ю та витрачений на це час буде надано грошову винагороду (приблизно 5 дол. у гривневому еквіваленті), а в разі успішної рекомендації наступного респондента, що відповідає критеріям включення до дослідження, — додаткову винагороду.

Потенційні ризики

Участь в цьому дослідженні не передбачає ризиків та не підвищує рівень стигматизації або дискримінації. Для забезпечення конфіденційності участі в дослідженні будуть вжиті детальні заходи. Якщо деякі запитання під час інтерв'ю виявляться некомфортними для учасника, то він/вона може відмовитися відповідати на таке запитання.

ПОТЕНЦІАЛЬНІ ПЕРЕВАГИ

Дане дослідження не передбачає жодних персональних переваг для учасників дослідження, але результати дослідження будуть використані для напрацювання практичних рекомендацій та покращення існуючих програм щодо виявлення ВІЛ, кейс-менеджменту та лікування.

Ніяких пільг чи переваг для учасників дослідження щодо отримання послуг з лікування або будь-яких інших послуг учасникам дослідження не надаватимуть. Ті, хто не має права або не бажає брати участь у дослідженні, матимуть рівні можливості отримати всі послуги, що є доступними.

Однак після участі у дослідженні інтерв'юер може надати додаткову інформацію та консультацію щодо спектру послуг, що існують для ЛЖВ та перенаправити до відповідного спеціаліста, якщо учасник виявить бажання.

В кожному місці дослідження інтерв'юер буде мати інформацію про місця надання послуг лікування, кейс-менеджменту та профілактики ВІЛ. Дана інформація буде надана у разі необхідності усім учасникам дослідження та тим, хто відмовився від участі в дослідженні.

Забезпечення конфіденційності учасників

Усі члени дослідницької команди, в тому числі рекрутери, пройдуть навчання з процедур захисту конфіденційності учасників. Весь персонал, який займається інформацією про учасників, повинен буде підписати Угоду про використання та конфіденційність даних (Див. Додаток X).

Всі інтерв'ю будуть проведені в комфортному для учасника місці віч-на-віч із інтерв'юером.

В рамках інформованої згоди учасника дослідження будуть надані контакти головного дослідника та етичної комісії. Учасники будуть мати згоду задати додаткові запитання щодо процедур участі в дослідженні, розповсюдження та використання отриманої інформації. Учасник також може звернутися до головного дослідника та етичної комісії у разі наявності певних побоювань щодо порушень своїх прав як учасника дослідження, або якщо дослідження нанесло йому певну шкоду. Учасник також може звернутися (усно або письмово) до головного дослідника або етичної комісії, якщо хоче бути виключеним із дослідження (аудіозапис та стенограма інтерв'ю буде видалена).

КОДУВАННЯ АУДИОЗАПИСІВ ТА ЗБЕРІГАННЯ ДАНИХ

Назви файлів аудіозаписів та стенограм інтерв'ю будуть закодовані з використанням унікальних номерів, назви міста, де проводилося інтерв'ю, код приналежності до цільової групи дослідження та ім'я інтерв'юера, що проводив інтерв'ю. Жодної персональної інформації для кодування аудіозаписів збиратися та вноситися не буде.

Всі записи будуть зберігатися у захищених паролем комп'ютерних файлах і використовуватимуться лише з дослідницькою метою. Інтерв'ю будуть завантажені на захищений паролем комп'ютер відразу після проведення інтерв'ю. Стенограми зберігатимуться в захищеному паролем комп'ютерному файлі та зачинятимуться у кабінеті координатора проекту. Після розшифровки інтерв'ю і їх перевірки на точність, цифрові аудіозаписи інтерв'ю будуть знищені.

ВИЗНАЧЕННЯ, ДІЇ ТА ЗВІТНІСТЬ ЩОДО НЕПЕРЕДБАЧУВАНИХ ПРОБЛЕМ

Всі непередбачувані проблеми будуть задокументовані та негайно головному досліднику. Головний дослідник повідомить про такі проблеми МБФ «Альянс громадського здоров'я», та етичний комітет. Проблеми будуть звітуватися за спеціально розробленою формою (див. Додаток У). Всі непередбачувані проблеми будуть обговорені в найкоротші терміни після виникнення таких випадків, та протягом **24 годин** після первинного звіту буде розроблено та здійснено усний та / або письмовий план дій. Дослідницька команда буде вести письмову документацію щодо всіх подій, включаючи подробиці плану дій та вирішення подій.

Протокол та інструментарій пройдуть експертизу та отримають висновок комісії з етики досліджень за участю людей.

Гайд напівструктурованого інтерв'ю з ЧСЧ 35+

Вступ (5 хв)

Шановний учаснику! МБФ «Альянс громадського здоров'я» проводить опитування зрілих чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками. В Україні практично нічого не відомо про таких людей, їхні особливості та потреби, тому Ваші відповіді допоможуть підготувати програми, які надаватимуть соціальну допомогу чоловікам у віці 35 років та старше та їхнім партнерам і партнеркам.

Ваші відповіді є анонімними та конфіденційними – ми не записуємо Ваше ім'я, адресу або телефон, і жодна особиста інформація не буде вказана у звіті.

Не існує правильних і неправильних відповідей. Ми зацікавлені в тому, щоби почути Вашу думку, Ваші роздуми, приклади з життя. Деякі питання можуть Вам здаватися інтимними і Ви можете відмовитись від відповіді у будь-якій момент.

Оскільки ми проводимо багато інтерв'ю, всі вони записуються на диктофон. Доступ до цього запису буде тільки у дослідника, він не буде переданий третім особам, а наприкінці дослідження аудіозапис буде видалено.

В кінці Ви отримаєте винагороду. Наперед дякуємо Вам за відкритість та за витрачений час. У разі, якщо Ви матимете додаткові питання щодо цього дослідження, Ви можете поставити їх інтерв'юєрові.

Інтерв'юєре! Переконайтесь в тому, що людина зрозуміла цілі дослідження, умови анонімності та конфіденційності, а також своє право перервати участь у дослідженні в будь-який момент.

Зафіксуйте своїм підписом згоду людини бути респондентом _____

Інтерв'юєре!

Знайомство (5 хв)

Розкажіть трошки про себе. Скільки Вам років?? Чим займаєтесь? Як полюбляєте проводити вільний час, яке у Вас хобі?

Фото дня (15 хв)

Інтерв'юєре! Ви повинні питати, не тільки, чим респондент займається, але й скільки часу на це йде

Давайте спробуємо описати Ваш типовий день.

Робочий: Ви прокидаєтесь о ... годині, далі Ви ...

Вихідний: Ви прокидаєтесь о ... годині, далі Ви ...

Звички (30 хв)

Про Ваші хобі та порядок денний ми вже згадували. Зараз я хотіла б поговорити про Ваші звички. Вони можуть бути дуже різними. Наприклад, якщо є вибір проїхати дві зупинки трамваєм чи пройти пішки, то деякі люди обирають ходьбу, або ж перед сном деякі люди звикли читати книгу. Так само деякі люди в стані стресу багато їдять чи п'ють цигарки.

Інтерв'юєре! Респонденту може бути важко відразу видати готовий список своїх звичок, тому Ви повинні під час інтерв'ю декілька разів повертатись до звичок у конкретних ситуаціях. Ставте питання за зразком: «Що Ви зазвичай робите, коли...?»

- коли у Вас багато справ?
- коли Ви хочете відпочити, розслабитись?
- коли Ви відчуваєте себе щасливим? Нещасним?
- коли у Вас багато вільного часу?

- коли Ви хворієте?
- коли Вам хочеться з кимсь познайомитись?
- коли Вам все набридло?

Інтерв'юєре! У разі, якщо респондент згадав про алкоголь, тютюн чи наркотики, запитайте про деталі – в яких ситуаціях, як часто, як багато, наскільки міцні тощо. Якщо сам НЕ згадав, то поставте наступні питання:

Поговорімо про тютюн. Ви курите? В яких ситуаціях? Яку марку цигарок? Скільки приблизно пачек у Вас йде в день?

Поговорімо про алкоголь. В яких ситуаціях Ви вживаєте алкоголь? Який саме (пиво, вино, коньяк, горілка і т. д.)? Скільки приблизно пляшок у Вас йде в за тиждень?

Деякі люди вживають наркотичні речовини. Чи стосується це Вас? В яких ситуаціях це відбувається? Які саме наркотичні речовини і як саме Ви вживаєте (ін'єкція чи по-іншому, самотійно чи компаніях тощо)? Як часто?

Спорт і здоров'я (15 хв)

Чи займаєтесь Ви спортом? Як саме – відвідуєте спортклуб, робите зарядку чи щось інше? Як часто?

Якщо не займаєтесь, то чому?

Наскільки Ви стурбовані станом свого здоров'я? В яких ситуаціях ходите до лікаря? А як щодо профілактичних оглядів? Коли це востаннє було?

Спробуйте пригадати останній випадок, коли Ви хворіли? Що Ви робили в цій ситуації? Ви пішли до лікаря? Якщо пішли, то відразу, коли почули себе хворим, чи терпіли до останнього? Як Ви ставитесь до рекомендацій лікаря – виконуєте їх сумлінно (наприклад, п'єте пігулки як прописано) чи тільки поки болить?

А як стосовно стоматолога? Коли Ви востаннє в нього були? З якої причини? Як часто Ви відвідуєте стоматолога взагалі?

Уникання медичних послуг:

- Ви коли-небудь уникали медичних послуг коли їх потребували?
- Якщо так, розкажіть нам про такий досвід. Коли це трапилось? Якими були Ваші мотиви та причини, щоб уникнути медичні послуг?

Чи Вам коли-небудь відмовляли в медичних послугах? Якщо так, розкажіть нам про такі випадки?

Нинішні стосунки (30 хв)

Які зараз у Вас стосунки з чоловіками? Жінками? Чи є у Вас постійний партнер? Партнерка? Як довго тривають Ваші стосунки?

Деякі люди мають одного статевого партнера, деякі шукають нових. Що Ви думаєте з цього приводу? Що Вам ближче? Чому? Як довго Ви підтримуєте зв'язок з одним партнером?

Чи буває таке, що Ви підтримували стосунки водночас з декількома людьми? Що допомагає, а що заважає стабільності пари?

Пригадайте свій найбільш довгий зв'язок з чоловіком, розкажіть про нього. Скільки він тривав? Чому, на Вашу думку, ці стосунки тривали найдовше?

Де Ви знайомитесь? Вас знайомлять інші? Зараз популярно знайомитись через інтернет. Яким сайтам, мобільним додаткам Ви віддаєте перевагу, де Ви зустрічаєтесь?

Чи було таке, що Вам треба було їхати в інше місто, щоби познайомитись чи можливо зайнятись сексом? Як давно і як часто така потреба їхати виникає? Чому? Як часто і при яких обставинах відбуваються нові знайомства?

Стосунки з іншими чоловіками різних орієнтацій (10 хв)

Інтерв'юєре! Цей блок за наявності часу

Розкажіть, будь ласка, про Ваших друзів/приятелів-чоловіків, з якими у Вас немає сексуальних стосунків. Хто вони? Що вас об'єднує, що у Вас з ними спільного? Як Ви проводите час разом? Що їм відомо про Вашу сексуальну орієнтацію, як це впливає на Ваші стосунки?

Депресія та досвід стигми (15 хв)

Скажіть, чи бувало таке, що...

- на Вас востаннє витріщалися чи лякалися через те, що хтось знав чи припускав, що Вас приваблюють чоловіки?
 - ображали словами через те, що хтось знав чи припускав, що Вас приваблюють чоловіки?
 - били через те, що хтось знав чи припускав, що Вас приваблюють чоловіки?
- Як Ви собі давали раду в таких ситуаціях? Що робили потім?*

Інтерв'юєре! Ваша задача зараз – поговорити про перелічені нижче ознаки:

Скажіть, чи бувало за останній місяць таке, що...

- Вам складно зосередитись та закінчити якусь справу?
- Вам здавалось, що нема сил, що все проти Вас?
- Ви думали, що в усіх своїх проблемах винуваті тільки Ви?
- Ваше майбутнє здавалось Вам тільки похмурим, сірим, безнадійним?
- Вам складно було засинати та не було апетиту?

Як довго тривав такий стан – день-два чи тиждень-два?

Що Ви звичайно робили в такому стані? Наприклад, деякі люди просять допомоги у друзів, їдуть кудись «розвіятись» (в інше місто, в іншу країну, в нічний клуб тощо), а деякі звертаються до лікаря. Як саме Ви волієте робити?

ВІЛ (15 хв)

Як Ви вважаєте, наскільки високим є ризик зараження ВІЛ для людей, які мають схожу з Вашою сексуальну орієнтацію? Чому Ви так вважаєте?

Яку загрозу для себе та для близьких може нести Ваша сексуальна поведінка? Чому?

Чи намагаєтесь Ви зменшити цей ризик? Як? В яких випадках і як часто Ви використовуєте презерватив та інші засоби захисту? Коли Ви не використовуєте?

Хто звичайно є ініціатором використання презервативу (Ви, Ваш чоловік, жінка тощо)?

Чи проходить Ви тестування на ВІЛ? Наскільки регулярно? Для чого?

Ви коли-небудь відмовлялись від тестування на ВІЛ? Якщо так, то розкажіть про такий випадок. Поясніть чому Ви відмовилися?

Профілактичні програми (15 хв)

Чи знаєте Ви про існування профілактичних програм зі зниження ризику ВІЛ? про існування профілактичних програм зі зниження ризику ВІЛ? Чи користуєтесь Ви цими програмами? Чому?

Інтерв'юєре! Поясніть респондентові, що ці програми реалізуються в Україні силами громадських організацій та благодійних фондів, послуги є безкоштовними. Програми зроблено таким чином, щоби відповідати основним запитам окремих уразливих щодо ВІЛ груп (чоловіків, які мають секс з чоловіками, жінок комерційного сексу та споживачів ін'єкційних наркотиків). Перелік послуг у кожній з організацій може бути різним, але основним фокусом є надання інформації про ВІЛ, формування здорового способу життя, функціонування місць, де люди можуть спілкуватись у безпечному середовищі, тестування на ВІЛ, гепатити та інфекції, які передаються статевим шляхом,

консультації лікаря, психолога та інших фахівців тощо

Що Вас задовольняє в цих програмах, а що потребує змін?

Інтерв'юєре! Якщо респондент НЕ користується цими програмами:

Які соціальні, медичні послуги послуги потрібні для таких людей, як Ви? Наприклад, консультації психолога, консультації лікарів щодо ІПСШ, безпечних сексуальних практик, регулярне конфіденційне тестування на гепатит С, сифіліс, ВІЛ, доступ до «Дружніх лікарів» (проктологів, дерматовенерологів), інформація щодо лікування, профілактики ІПСШ, гепатитів, ВІЛ, тощо. Яким чином Ви хотіли б отримувати ці послуги?

Що Вас задовольняє в цих програмах, а що потребує змін? Які послуги потрібні для таких людей, як Ви?

Уявімо ідеальну програму профілактики ВІЛ, тобто таку яка задовольнила б Вас на всі 100%. Розкажіть про неї.

Чи потрібні окремі програми для пар?

Яким чином Ви хотіли б отримувати послуги? Від кого (напр., смс-розсилка, інтернет-консультування, буклети, консультації в громадських організаціях — яких фахівців, консультації в лікарнях тощо)? Який час, на Вашу думку, є найкращим для цього (напр., вихідний, вечір тощо)?

Ви коли-небудь бачили оголошення про проведення тестування на ВІЛ на...?

- телебаченні
- радію
- інтернет-сайтах
- соціальних мережах (Facebook, Twitter, Instagram, т.і.)
- білбордах, банерах

Що робить таку рекламу привабливою?

Як Ви вважаєте, яка реклама може мотивувати людей прийти і зробити тест на ВІЛ, як зробили це Ви? Чому?

Яким джерелам інформації щодо здоров'я або ВІЛ-інфекції Ви довіряєте? Чому?

Що Ви можете запропонувати самі такій організації (напр., допомогу, ідеї)?

Завершення (5 хв)

Наша бесіда добігає кінця. Перед завершенням, хочу спитати:

1) що, на Вашу думку, важливе я не запитав у Вас, або Ви не сказали і ми не обговорили сьогодні?

2) які почуття виникали у Вас під час бесіди?

Інтерв'юєре! Ваша задача — вивести людину із ситуації інтерв'ю. Доцільно нагадати респондентові про те, що його слова не будуть пов'язані з його іменем.

Дякую за участь! До побачення!

Інструкція інтерв'юєрові

Шановний колего!

Рекрутинг респондентів відбувається методом «снігової кулі». Практично це означає таку послідовність дій:

1. Ви обираєте спочатку «зерно», себто першого респондента (його Вам може порадити місцева громадська організація, яка працює з ЧСЧ), опитуєте його;
2. після інтерв'ю Ви пропонуєте респондентові подумати, чи є серед його друзів або знайомих такі, які відповідають критеріям включення в дослідження (*старше 35 років, в останні півроку мав секс як з чоловіками, так і з жінками*) і не є клієнтами цієї організації;
3. якщо такі є, то Ви чомо просите респондента зателефонувати їм (бажано при Вас) та запросити в дослідження [як варіант: респондент може спитати в своїх знайомих дозвіл дати Вам їхній телефон, а вже перемовини ведете Ви] — нагадайте респондентові, що за рекрутинг він отримає винагороду, якщо той хто прийшов від нього, відповідає критеріям і був Вами опитаний;
4. після отримання згоди потенційного учасника на зустріч з Вами домовтесь з респондентом, коли він зможе прийти до Вас за рекрутинговою винагородою (пам'ятайте, що віддати її Ви маєте тільки після інтерв'ю з тим, кого Вам порекомендували);
5. зустрінетесь з рекомендованою Вам людиною (Ви можете вільно обирати місце і час зустрічі, зважайте тільки на те, щоби це місце було зручним для бесіди віч-на-віч і безпечним для Вас), опитайте його чи її — тепер це Ваше нове «зерно», з яким виконайте цей алгоритм від пункту 2;
6. видайте винагороду за рекрутинг.

Рекрутуючи учасників, майте на увазі, що Вам потрібні чоловіки, котрі мають відповідати критеріям включення (*наявність сексуальних контактів з чоловіками протягом 6 місяців до участі у дослідженні, вік від 16 років, дав інформовану згоду на участь у інтерв'ю*).

Також просимо пам'ятати про сувору конфіденційність всієї інформації, яка може стати Вам відомою.

Просимо, в разі виникнення будь-яких питань щодо реалізації польового етапу дослідження, телефонувати:

місцевому координаторові _____, тел. _____,

керівникові польового етапу _____, тел. _____.

Додаток Х. Угода про конфіденційність

Ім'я:		Організація:	
Назва проекту:	Виявлення випадків ВІЛ-інфекції: програмне картування та вивчення основних груп для посилення ефективності тестування ВІЛ		
Роль в проекті:			

Інформація, отримана в ході дослідження, носить надзвичайно конфіденційний характер і була надана учасниками дослідження з розумінням того, що конфіденційність буде строго дотримуватися. Будь ласка, позначте кожен рядок галочкою і підпишіть форму внизу, щоб підтвердити, що Ви будете дотримуватися цих правил:

1) Я не буду намагатися ідентифікувати учасників дослідження.	<input type="checkbox"/>
2) Я зрозумів всі питання щодо безпеки та конфіденційності даних і буду їх дотримуватимуся.	<input type="checkbox"/>
3) Я не буду передавати даних іншим спеціалістам та дослідникам, окрім тих, хто працює в дослідницькому проекті та також підписали копію цієї форми.	<input type="checkbox"/>
4) Я не буду використовувати або розголошувати дані та інформацію для будь-яких цілей, окрім тих, що передбачені дослідницьким проектом, або згідно вимог чинного законодавства.	<input type="checkbox"/>
5) Я не буду намагатися визначити джерела щодо будь-якої інформації, яка була повідомлена під час збору даних.	<input type="checkbox"/>
6) Я розумію, що я маю забезпечити захист даних, що доступні мені (аудіозаписів та інших паперових форм), які доступні мені.	<input type="checkbox"/>

(ПІБ)

(Підпис)

(Дата)

Додаток У.

Форма повідомлення про непередбачувані проблеми (НП)

(Заповнюється регіональним координатором. Надсилається у електронній формі)

ФОРМА ЗАПОВНЮЄТЬСЯ, ЯКЩО ВИНИКАЮТЬ ПЕВНІ НЕПЕДБАЧУВАНІ ПРОБЛЕМИ, ЯКІ УСКЛАДНЮЮТЬ, УНЕМОЖЛИВЛЮЮТЬ ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Місто

Номер протоколу	Ім'я дослідника:	Код учасника (заповнюється)
-----------------	------------------	-----------------------------

(заповнює Альянс):	(заповнює Альянс):	у регіоні):

Просимо надсилати цю форму до Альянсу громадського здоров'я (e-mail: sazonova@aph.org.ua).

Дата виявлення НП

1. НП була непередбачуваною з точки зору характеру, серйозності, частоти: Так Ні
2. Чи може НП бути пов'язана з участю в дослідженні: Так Ні
3. Чи можна вважати, що НП піддає місце або учасника дослідження більшому ризику зазнати шкоди, ніж раніше було відомо чи визнавалося: Так Ні

Якщо відповіді на питання 2-4 ВСІ "Так", повідомте про подію як про НП до Комісії з етики.

4. Коротко опишіть НП (прикріпіть додаткові сторінки чи супровідну інформацію, за необхідності. Вкажіть дату події, дату виявлення, опишіть шкоду чи потенційну шкоду, завдану учаснику(ам), чи вирішено проблему, чи продовжує суб'єкт брати участь в дослідженні):

5. Яких заходів було вжито щодо дослідження в результаті НП (відмітьте все відповідне):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Немає заходів | <input type="checkbox"/> Припинення процедур дослідження для зареєстрованих суб'єктів |
| <input type="checkbox"/> Перегляд протоколу для усунення очевидної безпосередньої загрози для суб'єкта | <input type="checkbox"/> Внесення змін до документів щодо згоди таким чином, щоб вони відображали нововиявлений ризик на рівні місця чи дослідження) |
| <input type="checkbox"/> Зміна критеріїв включення чи виключення для пом'якшення нововиявлених ризиків | <input type="checkbox"/> Надання додаткової інформації про нововиявлені ризики для суб'єктів, що вже зареєструвалися для участі |
| <input type="checkbox"/> Впровадження додаткових процедур моніторингу суб'єктів | <input type="checkbox"/> Інше: |
| <input type="checkbox"/> Повідомлення зареєстрованих суб'єктів | |

6. Чи є НП серйозним небажаним явищем,
Так Ні

8. Хто заповнив форму:

ПІБ:		Дата заповнення:	
-------------	--	-------------------------	--

