



Дослідження прийнятності та здійсненості Доксі-ПЕП в Україні: посилення профілактики ІПСШ та її інтеграції у догляд за ВІЛ

Вивчення потенціалу доксицикліну для профілактики ВІЛ в Україні

Протокол дослідження

Версія 1.0: 08 грудня, 2025

Київ, Україна

Дослідження "Дослідження прийнятності та здійсненості Доксі-ПЕП в Україні: посилення профілактики ІПСШ та її інтеграції у догляд за ВІЛ. Вивчення потенціалу доксицикліну для профілактики ВІЛ в Україні" реалізується за підтримки WEEPI Foundation (Grant Agreement 346-2025)

ЗМІСТ

_Тос214034439

РЕЗЮМЕ	3
ДОСЛІДНИЦЬКА КОМАНДА	4
ПЕРЕДУМОВИ ТА ОБГРУНТУВАННЯ	5
МЕТА ТА ЗАВДАННЯ	12
КОНЦЕПТУАЛЬНА РАМКА	14
МЕТОДОЛОГІЯ	16
Цільові групи та вибірка	16
Рекрутинг	18
Проведення інтерв'ю	19
ОБРОБКА ТА АНАЛІЗ ДАНИХ	20
УПРАВЛІННЯ ДАНИМИ ТА МОНІТОРИНГ	21
ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	22
ВИКОРИСТАННЯ І РОЗПОВСЮДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	24
ГРАФІК ДОСЛІДЖЕННЯ	27
ПОСИЛАННЯ	28
ДОДАТОК 1. ФОРМА СКРИНІНГУ УЧАСНИКІВ	34
ЧСЧ, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП	34
Транс*жінки, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП	37
Фахівці неурядових організацій, які надають послуги ЧСЧ та транс*жінкам у профілактиці ВІЛ/ІПСШ	40
Медичні працівники, які надають послуги з лікування та профілактики ВІЛ та/або ІПСШ	42
Активісти та представники організацій на базі спільнот ЧСЧ і транс*жінок	44
Представники установ і організацій, залучених до національної або регіональної відповіді на ВІЛ/ІПСШ	46
ДОДАТОК 2. ФОРМА УСНОЇ ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ	48
ДОДАТОК 3. ГАЙД ІНТЕРВ'Ю	50
ЧСЧ та транс*жінки, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП	50
Фахівці неурядових організацій, які надають послуги ЧСЧ та транс*жінкам у профілактиці ВІЛ/ІПСШ	54
Медичні працівники, які надають послуги з лікування та профілактики ВІЛ та/або ІПСШ	58
Активісти та представники організацій на базі спільнот ЧСЧ і транс*жінок	62
Представники установ і організацій, залучених до національної або регіональної відповіді на ВІЛ/ІПСШ	65
ДОДАТОК 4. УГОДА ПРО ВИКОРИСТАННЯ ДАНИХ І КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ	69

РЕЗЮМЕ

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), залишаються серйозною проблемою громадського здоров'я в Україні, особливо серед чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), та трансгендерних жінок (транс*жінки). Попри широке впровадження доконтактної профілактики ВІЛ (ПрЕП), профілактика бактеріальних ІПСШ потребує посилення, оскільки їхній рівень серед ключових груп населення залишається високим.

Постконтактна профілактика доксицикліном (Доксі-ПЕП) продемонструвала високу ефективність у зниженні рівнів захворюваності на сифіліс, хламідіоз і, меншою мірою, гонорею серед ЧСЧ та транс*жінок у дослідженнях, проведених у країнах з високим рівнем доходу. Водночас, попри виражений потенціал цього підходу, нові дані свідчать, що використання Доксі-ПЕП може сприяти розвитку антимікробної резистентності як у цільових збудників, так і в побічних (бічних) організмів, що порушує важливі питання щодо довгострокових наслідків на рівні популяції. Прийнятність і здійсненність застосування Доксі-ПЕП в Україні досі не вивчалися, і цей підхід не включений до національних клінічних протоколів.

Метою дослідження є оцінка прийнятності та здійсненності впровадження Доксі-ПЕП у межах наявної системи профілактики ВІЛ та пов'язаних послуг сексуального здоров'я в Україні. Дослідження спрямоване на аналіз індивідуальних, міжособистісних і системних факторів, що впливають на потенційне впровадження Доксі-ПЕП, включно зі сприйняттям і готовністю користувачів, ставленням медичних працівників, нормативними бар'єрами, програмними можливостями та політичним контекстом.

Методологія дослідження ґрунтується на якісному дизайні та включає проведення близько 130 глибинних інтерв'ю з ЧСЧ, транс*жінками, медичними працівниками, фахівцями НУО, представниками організацій на базі спільнот та стейкхолдерами на регіональному (Київ, Львів, Одеса) та національному рівнях. Аналіз здійснюється на основі тематичного аналізу є поєднанням дедуктивного та індуктивного кодування, із використанням теоретичних рамок прийнятності (*Theoretical Framework of Acceptability* та *Product Acceptability Framework*) та здійсненності (*WHO Framework on Health Systems*).

Результати дослідження забезпечать науково обґрунтовану основу для підготовки пілотного впровадження Доксі-ПЕП в Україні, сприятимуть удосконаленню політик у сфері профілактики ІПСШ та посиленню інтеграції підходів профілактики ВІЛ і сексуального здоров'я у національну систему охорони здоров'я.

ДОСЛІДНИЦЬКА КОМАНДА

Оксана Ковтун, спів-головна дослідниця, координаторка дослідження. Старша програмна менеджерка: дослідження та оцінка, розвиток проєктів, МБФ «Альянс громадського здоров'я», Київ, Україна (kovtun@aph.org.ua). Відповідає за загальну координацію дослідження, управління робочим планом і дотримання протоколу, забезпечує методологічну узгодженість дослідження, розробку інструментів збору даних, підготовку польової команди, супервізію збору та аналізу даних, а також інтеграцію результатів у наукові та програмні продукти.

Павло Смирнов, спів-головний дослідник. Заступник виконавчого директора з програмної діяльності, МБФ «Альянс громадського здоров'я», Київ, Україна (smyrnov@aph.org.ua). Здійснює стратегічне керівництво дослідженням, забезпечує наукову валідність, нагляд за дотримання етичних стандартів і загальне управління впровадженням проєкту.

Оксана Пашук, координаторка зі взаємодії зі стейкхолдерами. Керівниця відділу стратегічної інформації, моніторингу і оцінки, МБФ «Альянс громадського здоров'я», Київ, Україна (pashchuk@aph.org.ua). Відповідає за залучення національних і міжнародних партнерів, інтеграцію результатів дослідження у політичні та програмні процеси, а також за узгодження висновків дослідження з національними пріоритетами у сфері ВІЛ/ІПСШ.

Євгенія Судакова, асистентка дослідження. Старша асистентка програми: МіО, МБФ «Альянс громадського здоров'я», Київ, Україна (sudakova@aph.org.ua). Забезпечує організаційну підтримку дослідження, включно з логістикою, веденням документації, координацією комунікацій з підрядниками, підтримкою в обробці даних і підготовці звітності.

Дослідження здійснюється у тісній співпраці з міжнародними радниками, які надають методологічну та технічну підтримку:

- **Jens Lundgren**, директор CHIP – Centre of Excellence for Health, Immunity and Infections (jens.lundgren@regionh.dk) – наукове консультування, експертиза з питань антимікробної профілактики та клінічних підходів.
- **Otilia Mårdh**, медична епідеміологиня, European Centre for Disease Prevention and Control (Otilia.Mardh@ecdc.europa.eu) – методологічна підтримка та узгодження з міжнародними підходами до оцінки ІПСШ.
- **Kristina Wallengren**, представниця Секретаріату Фонду WEEPI (sigrid.kristina.elisabet.wallengren@regionh.dk) – координація партнерських взаємодій і забезпечення інтеграції результатів у портфель WEEPI.

ПЕРЕДУМОВИ ТА ОБГРУНТУВАННЯ

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), залишаються суттєвим викликом громадського здоров'я в Україні [1], особливо серед дорослого населення репродуктивного віку та представників ключових груп. За 1999-2024 роки офіційна статистика [2] фіксує суттєве зменшення зареєстрованих випадків сифілісу (з 56,700 до 2,319), гонореї (з 26,137 до 713) і хламідіозу (25,813 до 2,857) (Рисунки 1-3). Водночас, із 2022 року спостерігається поступове зростання кількості випадків сифілісу, насамперед ранньої форми, який частіше діагностують у чоловіків (62%) порівняно з жінками (51%). Аналогічно, гостру гонорею частіше реєструють у чоловіків (64% проти 34% у жінок). Частка зареєстрованих випадків хламідіозу у жінок перевищує аналогічний показник у чоловіків, що характерно для більшості країн Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я, що не входять до Європейського Союзу (non-European Union countries of the World Health Organization European Region) [3]. У 2024 році розрахункові грубі показники захворюваності [4] становили близько 7,5 на 100 тис. для сифілісу, 2,3 – для гонореї та 9,2 – для хламідіозу. Захворюваність серед чоловіків стабільна вища для сифілісу (10,7 проти 4,4 на 100 тис.) і гонореї (2,7 проти 1,9), тоді як хламідіоз частіше реєструється серед жінок (11,7 проти 6,5 на 100 тис.).

Попри видиме довготривале зниження зареєстрованих випадків, низка факторів свідчить про те, що дані епіднагляду можуть суттєво недооцінювати реальний тягар ІПСШ в Україні. Так, 30-40% випадків залишаються невиявленими [5], а приватний сектор, що охоплює майже половину закладів охорони здоров'я [6], не інтегрований у державну звітність. Крім того, використання неоптимальної діагностики може впливати на офіційні результати – раніше проведене в Україні дослідження виявило неоптимальну чутливість звичайних діагностичних тестів на хламідіоз та гонорею, і необхідність широкого впровадження валідованих та якісних молекулярно-діагностичних тестів [7]. Виходячи з рівнів поширеності в європейських країнах [8], реальна кількість чоловіків із гонореєю та хламідіозом в Україні може сягати орієнтовно 14900 та 393360 осіб відповідно, хоча оцінки для сифілісу залишаються невизначеними.

Рисунок 1. Нові випадки сифілісу та частка вперше діагностованого раннього сифілісу за статтю, Україна, 1999-2024

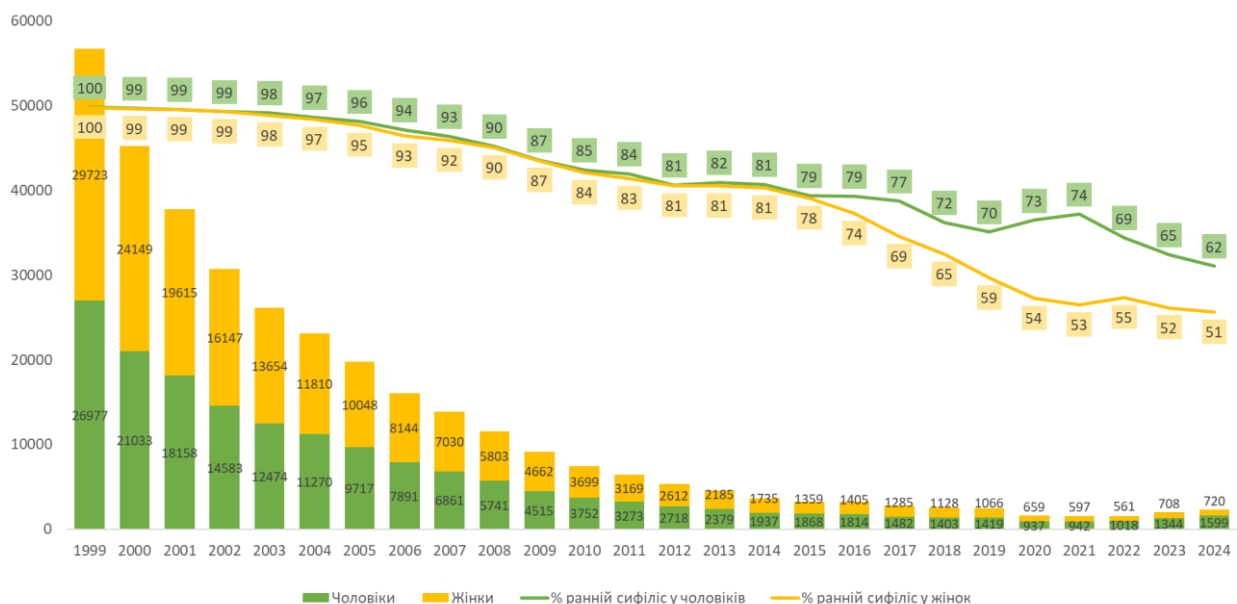


Рисунок 2. Нові випадки гонореї та частка гострої гонореї за статтю, Україна, 1999-2024

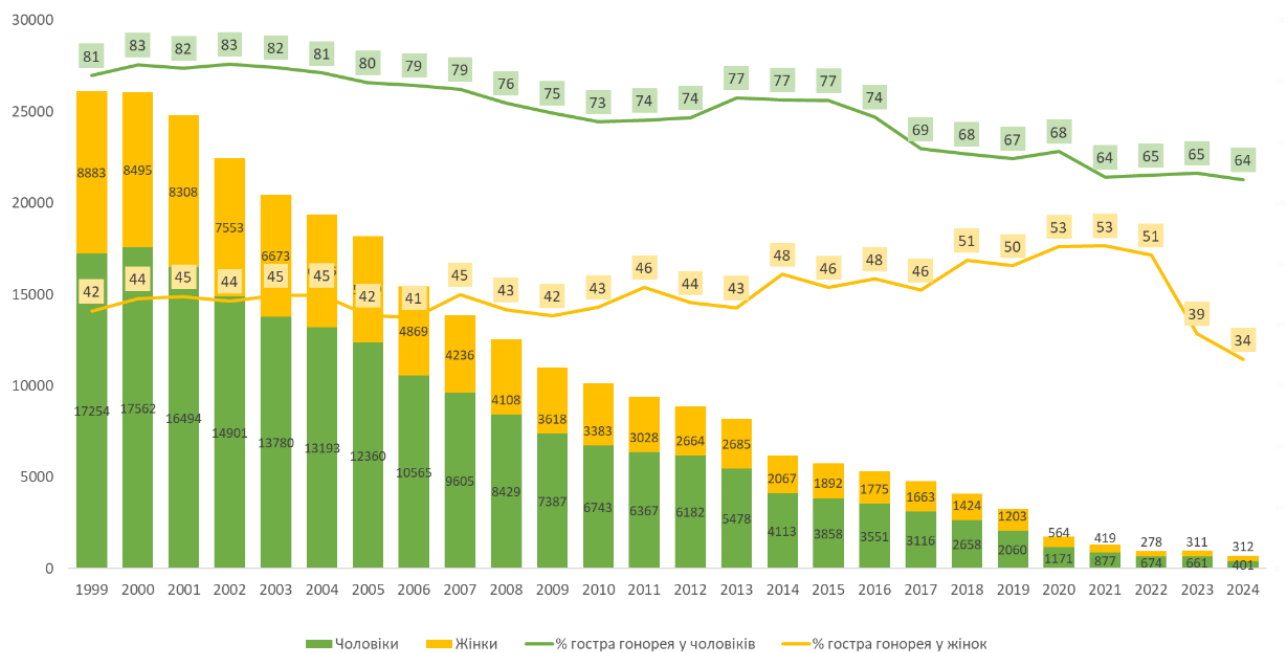
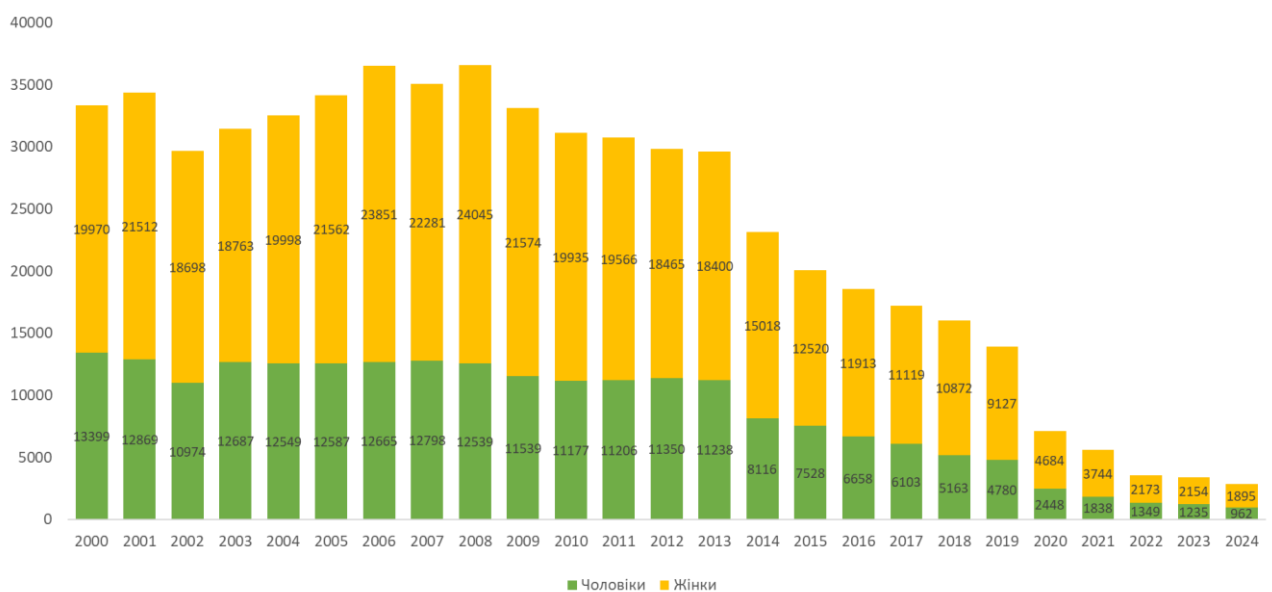


Рисунок 3. Нові випадки хламідіозу за статтю, Україна, 1999-2024



Чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), та трансгендерні жінки (транс*жінки) зазнають подвійного тягаря ВІЛ та бактеріальних ІПСШ [9-12], зумовленого комбінацією поведінкових і структурних чинників (стигма, дискримінація, бар'єри доступу до послуг) [13-15]. Перенесений сифіліс та гонорея у ВІЛ-негативних чоловіків є сильним предиктором подальшого інфікування ВІЛ [16, 17]. В Україні, за результатами біоповедінкового дослідження 2021 року (N = 6501), самозвітна поширеність становила 5% для сифілісу та по 7% для хламідіозу і гонореї [18]. Лише 57% учасників із позитивним тестом на сифіліс знали про свій статус. З огляду на оцінку чисельності ЧСЧ у 2020 році [19] від 5,5 до 9,7 тисяч можуть жити з сифілісом і від 7,7 до 13,6 тисяч – із хламідіозом або гонореєю. Серед транс*жінок самозвітні показники становили 1,1% для кожної інфекції, тоді як тестування виявило сифіліс у 2,6% [20], що підтверджує заниження поширеності у випадку самодекларації і потребу в систематичному скринінгу та профілактиці.

Впровадження доконтактної профілактики ВІЛ (ПрЕП) в Україні у 2017 році [21] суттєво розширило охоплення профілактикою ВІЛ у групах підвищеного ризику [22]. Водночас, міжнародні дані демонструють зростання частоти бактеріальних ІПСШ у перший рік використання ПрЕП [23, 24]: від 43% [25] до 57% [26] користувачів мають принаймні одну діагностовану ІПСШ, що пов'язують із зниженням або непослідовністю використання презервативів [27] і змінами сексуальної поведінки (збільшенням кількості партнерів, практиках групового сексу), частково через зниження страху перед ВІЛ [28]. Така динаміка підкреслює потребу в додаткових профілактичних підходах, комплементарних існуючій програмі ПрЕП. Поточні національні стандарти передбачають тестування на ІПСШ кожні три місяці користувачів ПрЕП [29], що узгоджується з міжнародними рекомендаціями [30, 31], однак цілеспрямованих, доказових стратегій саме профілактики бактеріальних ІПСШ наразі бракує.

Doxycycline post-exposure prophylaxis (Doxy-PEP) або постконтактна профілактика доксицикліном (Доксі-ПЕП) – це одноразовий прийом 200 мг доксицикліну (2×100 мг) протягом 24, але не пізніше 72 годин після незахищеного сексуального контакту. Рандомізовані контрольовані дослідження продемонстрували істотне зниження ризику бактеріальних ІПСШ серед ЧСЧ та транс*жінок, незалежно від ВІЛ-статусу: на 73-87% для сифілісу, 70-89% для хламідіозу та 17-57% для гонореї [32]. У різних груп населення Доксі-ПЕП знижував ризик виникнення будь-якої бактеріальної ІПСШ на 46%, ризик хламідіозу – на 65%, а сифілісу – на 77%, проте не мав значущого впливу на ризик гонореї [33]. Моделювання свідчить, що широке застосування Доксі-ПЕП може запобігти значній частці бактеріальних ІПСШ: призначення препарату всім відповідним ЧСЧ, транс та небінарним людям дозволило б уникнути близько 71% випадків, тоді як призначення лише користувачам ПрЕП або людям, які живуть з ВІЛ, – приблизно 60% [34].

Одночасне застосування Доксі-ПЕП і ПрЕП визнано безпечним [35]; ефективність щодо хламідіозу становить 88% у ЧСЧ і транс*жінок на ПрЕП, та 74% серед людей, які живуть з ВІЛ [36]. Відомих клінічно значущих взаємодій доксицикліну та гормональною терапією для транс*людей немає [32]. Сам препарат широко застосовується як засіб профілактики малярії [37] та для лікування неінфекційних станів (розацеа [38], акне [39]), а побічні ефекти, як правило, є легкими і помірними [40], зокрема при тривалому прийомі у більш ніж 8 тижнів [41] – переважно шлунково-кишкові симптоми чи фоточутливість; серйозні реакції (такі як езофагіт або доброякісна внутрішньочерепна гіпертензія), трапляються рідко [42]. Для підвищення переносимості рекомендовано приймати препарат під час або після їжі, запиваючи достатньою кількістю рідини та залишаючись у вертикальному положенні не менше 30 хвилин після прийому. Важливо уникати одночасного прийому з препаратами, що містять кальцій або залізо – доксициклін слід приймати щонайменше за 1 годину до або через 2 години після таких засобів. Пацієнтам, які часто застосовують Доксі-ПЕП, слід також користуватися сонцезахисними засобами або носити одяг із довгими рукавами та головний убір для зменшення ризику фоточутливості [43].

Попри високу коротко-/середньострокову ефективність, довгострокова користь Доксі-ПЕП обмежується ризиками резистентності [44], насамперед щодо *Neisseria gonorrhoeae*, яка вже набула стійкості до всіх основних класів антибіотиків [30]. Математичні моделі показують, що Доксі-ПЕП може суттєво знизити рівень поширеності (на 40,3-77,4%) та захворюваності на гонорею (на 38,6-77,6%) протягом 20 років залежно від рівня охоплення, водночас посилюючи відбір резистентних штамів і тим самим поступово знижуючи профілактичну ефективність [45]. Рівень резистентності може відрізнятися залежно від штамів *Neisseria gonorrhoeae* [46, 47] та популяцій: дані з США вказують на суттєво вищу резистентність до тетрацикліну серед ЧСЧ порівняно з чоловіками, які мають секс із жінками (38.0% проти 18.2%) [48]. В Україні дані про масштаби поширення резистентних штамів гонококів залишаються невідомими серед ЧСЧ і транс*жінок, і загалом обмежені щодо загального населення, як і для більшості Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я, що не входять до Європейського Союзу [3]. Доступна інформація за 2013-2018 роки вказує на поступове зростання споживання антибіотиків групи тетрациклінів (насамперед доксицикліну) в країні за рівнів, що втричі нижчі від середніх у Європі [49]. Це може відображати відмінності в клінічній практиці та доступності препаратів, так і нижчий тиск антибіотикорезистентності; натомість інтенсивніше використання у низці країн Європи потенційно

прискорює виникнення стійкості. Українські дані свідчать про частку резистентних до тетрацикліну штамів *Neisseria gonorrhoeae* у 6.0% [95% CI: 2,8-11,1] протягом 2013-2018 років [50].

Додатково важливо враховувати можливу резистентність у потенційно патогенній флорі (наприклад, *Staphylococcus aureus* і респіраторні збудники), для лікування яких доксициклін є препаратом першої лінії [51]. Хоча доксициклін рідко спричиняє антибіотик-асоційовану діарею [52] і окремі дослідження відзначають його потенційний захисний ефект [53], навіть короткі курси можуть змінювати мікробіом (зменшення різноманіття кишкових бактерій та приблизно стократне зниження рівня біфідобактерій протягом 10 днів прийому [54]), при цьому у людей, які живуть з ВІЛ, ці зміни можуть бути виразнішими [55]. Отже, впровадження Доксі-ПЕП має супроводжуватися інформуванням потенційних користувачів про існуючі переваги та ризики [56, 57], системним моніторингом антимікробної резистентності та обмежуватися чітко визначеними показаннями у поєднанні з комплексними профілактичними стратегіями [44, 58].

У відповідь на існуючі виклики, міжнародні настанови окреслюють чіткі критерії для таргетованого застосування Доксі-ПЕП у груп із найвищим ризиком (Таблиця 1), насамперед для профілактики сифілісу та у контрольованих умовах [59], тоді як широке використання доксицикліну для пост-контактної профілактики ІПСШ або щоденний його прийом у якості доконтактної профілактики («Доксі-ПрЕП»), інтерес до якої активізувався останнім часом [60, 61], не рекомендується [40, 62, 63].

Таблиця 1. Рекомендації щодо призначення та моніторингу прийому Доксі-ПЕП

Організація/автор	Рік	Цільова група	Критерії призначення	Видача препарату	Моніторинг лікування
German STI Society [40]	20 грудня, 2023	ЧСЧ і транс*жінки, які мають секс з чоловіками	Прийом/показання до прийому ПрЕП або діагностована ВІЛ-інфекція та ≥ 1 додатковий фактор: повторне інфікування сифілісом; повторні (симптоматичні) бактеріальні ІПСШ за останні 6 місяців; ≥ 10 партнерів-чоловіків за останні 6 місяців; вживання стимуляторів під час сексу («хімсекс»); груповий секс	Не зазначено	Не зазначено
Australian Society for HIV, Viral Hepatitis, and Sexual Health Medicine [62]	13 березня, 2024	Геї, бісексуальні та інші ЧСЧ з підвищеним ризиком сифілісу	Діагностований сифіліс за останні 6-12 місяців або ≥ 2 бактеріальних ІПСШ (не сифіліс) за останні 6-12 місяців або очікуваний високий ризик інфікування ІПСШ (секс-вечірки, секс з кількома випадковими сексуальними партнерами)	Видача на 3-6 місяців з подальшим переглядом необхідності	Кожні 3 місяці: тестування на сифіліс, гонорею, хламідіоз з додатковим скринінгом при появі симптомів
Centers for Disease Control and Prevention [64]	6 червня, 2024	Геї, бісексуальні та інші ЧСЧ, транс*жінки	≥ 1 бактеріальна ІПСШ (сифіліс, хламідіоз, гонорея) за останні 12 місяців	Кількість доз визначається за очікуваною сексуальною активністю до наступного візиту, перегляд проводиться кожні 3-6 місяців	На початку та кожні 3-6 місяців: бактеріальне тестування на ІПСШ в анатомічних місцях контакту. Скринінг на ВІЛ для ВІЛ-негативних осіб.
Oregon Board of Pharmacy [65]	Червень, 2024	Геї, бісексуальні та інші ЧСЧ, транс*жінки	≥ 1 бактеріальна ІПСШ (сифіліс, хламідіоз, гонорея) за останні 12 місяців та незахищений анальний/оральний/вагінальний секс з ≥ 1 партнером з числа цисгендерних чоловіків або транс*жінок за останні 12 місяців Розглянути: ≥ 1 бактеріальна ІПСШ (сифіліс, хламідіоз, гонорея) за останні 12 місяців та відсутність незахищеного сексу з ≥ 1 партнером з числа цисгендерних чоловіків або транс*жінок за останні 12 місяців, але очікування такого сексу у майбутньому АБО Відсутність ≥ 1 бактеріальної ІПСШ (сифіліс, хламідіоз, гонорея) за останні 12 місяців та відсутність/наявність незахищеного сексу з ≥ 1 партнером з числа цисгендерних чоловіків або транс*жінок за останні 12 місяців, але очікування	Рекомендована максимальна початкова доза: 14x200 мг, з корегуванням з урахуванням частоти сексуальних контактів. Подальше продовження кожні 3 місяці (максимум 6) після негативних результатів тестування на ІПСШ	Кожні 3 місяці: тестування ампліфікації нуклеїнових кислот на гонорею, тестування на хламідіоз в анатомічних місцях контакту, серологічне тестування на сифіліс, скринінг на ВІЛ (якщо не діагностовано раніше).

			сексу з кількома партнерами, групового сексу, хімсексу або участі у ризикованих сексуальних активностях (наприклад, секс-вечірки)		
San Francisco Department of Health [66]	12 вересня, 2024	Цисгендерні чоловіки, транс*жінки та інші особи чоловічої статі при народженні	≥1 бактеріальна ІПСШ за останні 12 місяців та незахищений анальний/оральний секс з ≥1 партнером чоловічої статі при народженні Розглянути: цисгендерним чоловікам, транс*жінкам та усім особам, незалежно від статі при народженні, які мали анальний або оральний секс без презервативу з ≥2 партнерами чоловічої статі при народженні за останні 12 місяців, незалежно від історії ІПСШ	Не зазначено	Кожні 3 місяці: скринінг на гонорею та хламідіоз в анатомічних місцях контакту, сифіліс та ВІЛ (якщо не діагностовано раніше).
New York State Department of Health AIDS Institute [32]	15 жовтня, 2024	Цисгендерні чоловіки та транс*жінки, які мають секс з чоловіками	Незахищений секс із партнером(ами) чоловічої статі при народженні та бактеріальна ІПСШ протягом останніх 12 місяців або постійний ризик зараження ІПСШ	Запас на 30-90 днів: до 90 доз (по 200 мг з уповільненим вивільненням) або до 180 доз (по 100 мг із негайним вивільненням) протягом 3 місяців	Кожні 3 місяці: тестування на ВІЛ (якщо не діагностовано раніше), сифіліс, гонорею, хламідіоз (у місцях експозиції) і повторна видача Доксі-ПЕП. На початку та щорічно: скринінг на вірус гепатиту В. При тривалому прийомі – контроль функцій печінки, нирок, загальний аналіз крові
Public Health – Seattle & King County [43]	Січень, 2025	Цисгендерні чоловіки, транс*жінки, небінарні особи чоловічої статі при народженні, які мають секс з чоловіками	≥1 бактеріальна ІПСШ (сифіліс, хламідіоз, гонорея) за останні 12 місяців та незахищений секс з кількома партнерами. Пріоритет надається особам з > 1 бактеріальною ІПСШ за останні 12 місяців та/або з історією раннього сифілісу. Розглянути: очікувана підвищена сексуальна активність (секс-вечірки, подорожі), секс з новими або невідомими партнерами, зокрема залучення до секс-послуг	Кількість доз визначається індивідуально за очікуваним споживанням	Кожні 3-6 місяців: тестування на бактеріальні ІПСШ. Скринінг на ВІЛ (якщо не діагностовано раніше) на початку та під час кожного візиту після. Лабораторний моніторинг не потрібен.
British Association for Sexual Health and HIV [51]	12 червня, 2025	Цисгендерні геї, бісексуальні та інші ЧСЧ, транс*жінки з підвищеним ризиком сифілісу	≥1 бактеріальна ІПСШ (сифіліс, хламідіоз, гонорея) за останні 12 місяців та кілька нових, випадкових або разових сексуальних партнерів (зокрема груповий секс або хімсекс) за останні 3 місяці	Кількість доз визначається індивідуально за очікуваним споживанням	Рутинне тестування на ІПСШ відповідно до рекомендацій; додатковий моніторинг функцій печінки/нирок не рекомендується

В Україні доксициклін, як і всі інші антибіотики, відпускається за рецептом відповідно до нормативів Міністерства охорони здоров'я України, запроваджених у 2022 році [67]. Препарат зареєстрований і доступний за широким спектром показань, і на ринку представлені українські та імпортовані препаратами за ціною від 27 до 210 гривень за упаковку (10×100 мг). Його застосовують для лікування хламідіозу [68] і як альтернативу при сифілісі [69], однак профілактичне використання у якості Доксі-ПЕП не передбачене національними протоколами.

Поза регулюванням відпуску антибіотиків, ширший нормативний контекст профілактики та контролю за ІПСШ в Україні залишається застарілим і фрагментованим. Єдині політичні документи загальнодержавного рівня, що регламентують сферу ІПСШ, - постанова Кабінету Міністрів України 1998 року щодо запобігання поширенню ІПСШ [70] та відповідний наказ Міністерства охорони здоров'я України про невідкладні заходи реагування [71] – не оновлювалися понад два десятиліття та більше не відповідають сучасній епідеміології, моделям надання послуг чи діагностичним стандартам. Вимоги до епіднагляду визначені через обов'язкові правила повідомлення [72] та уніфіковані форми звітності [73], однак ці механізми функціонують без цілісної стратегії щодо ІПСШ, а їхня реалізація залишається нерівномірною. Сучасне нормативне регулювання обмежується переважно клінічними документами, зокрема доказовими стандартними медичною допомогою щодо сифілісу, затвердженими у 2023 році [69], а також адаптованими клінічними настановами щодо гонококової та хламідійної інфекції [68, 74]. Ці документи визначають рекомендовані методи діагностики та схеми лікування, однак не встановлюють системних підходів до профілактики, скринінгу, широкого епіднагляду чи моніторингу антимікробної резистентності. У державному секторі послуги з діагностики ІПСШ часто мають обмежені лабораторні можливості та спираються на застрілі методи [75], а регулярний моніторинг резистентності *Neisseria gonorrhoeae* не інтегрований у національні системи нагляду [72].

У новій редакції національного стандарту «ВІЛ-інфекція» (2025) вперше згадано можливість консультування ЧСЧ із повторними ІПСШ щодо постконтактного прийому доксицикліну як елемента консультування при ПрЕП [76]. Хоча це створює частковий нормативний «вхід» для обговорення Доксі-ПЕП, підхід суттєво відрізняється від рекомендацій European AIDS Clinical Society, де Доксі-ПЕП описаний із чітко визначеним дозуванням, показаннями та важливим застереженнями щодо впливу на антимікробну резистентність [77]. На відміну від нього, український стандарт містить коротку згадку про консультування без визначення критеріїв відбору, протипоказань чи вимог до моніторингу безпеки, а сам Доксі-ПЕП не включений до жодних офіційних документів, пов'язаних з ІПСШ. У результаті медичні працівники можуть інформувати користувачів ПрЕП про існування такого підходу, однак відсутня нормативна база, яка б визначала, як саме має здійснюватися таке консультування або відповідне клінічне прийняття рішень на практиці.

Наявні свідчення вказують на існування неформальної практики використання доксицикліну для профілактики ІПСШ в Україні, як і в низці інших європейських країн [78-80]. Дані з Великої Британії [81], Бельгії [56], Нідерландів [82], Австралії [83] свідчать про те, що 9-15% ЧСЧ використовували антибіотики, зокрема доксициклін, для профілактики ІПСШ за останній місяць або півроку, попри відсутність офіційних рекомендацій, і намір використовувати препарат зростає. За даними українського Фонду menZDRAV [84], окремі лікарі вже рекомендують доксициклін пацієнтам із повторними епізодами сифілісу за останні 6-12 місяців і готові використовувати Доксі-ПЕП для осіб із високим рівнем ризику за умови наявності офіційних настанов і надійної доказової бази, що узгоджується з даними в інших країнах [85]. Водночас частина представників спільноти самостійно приймає препарат без клінічного супроводу, часто не повідомляючи лікаря через страх осуду або небажання обговорювати сексуальну поведінку [84]. Такі випадки одночасно свідчать про попит на ефективні профілактичні засоби та підкреслює ризики самолікування й потребу у впровадженні чітких національних настанов щодо безпечного застосування Доксі-ПЕП.

У сукупності ці дані підкреслюють потребу в оцінці прийнятності та можливості/здійсненості впровадження Доксі-ПЕП в Україні як інноваційного підходу до профілактики ІПСШ серед ключових груп. Попри позитивні результати досліджень щодо готовності і зацікавленості потенційних користувачів

у Доксі-ПЕП у країнах із високим рівнем доходу ІПСШ [61, 85-87], їх неможливо безпосередньо переносити на український контекст, оскільки успішність впровадження Доксі-ПЕП залежить від взаємодії кількох рівнів факторів:

- індивідуальних (сприйняття ефективності, рівень довіри до антибіотикопрофілактики, наявність стигми та занепокоєння щодо безпеки),
- міжособистісних (ставлення сексуальних партнерів, норми спільноти, підтримка з боку друзів і медичних працівників),
- системних (готовність і спроможність закладів охорони здоров'я, доступність антибіотиків, наявність нормативної бази та політична воля рамки).

Наприклад, досвід В'єтнаму – країни з високим рівнем стигми щодо ЧСЧ та ІПСШ – свідчить, що нижча готовність використовувати Доксі-ПЕП може бути зумовлена не лише побоюваннями щодо антимікробної резистентності, але й страхом осуду всередині спільноти [88], який, натомість, викликав найменшу стурбованість серед потенційних користувачів у США [85]. Крім того, успішне впровадження Доксі-ПЕП потребує врахування уподобань потенційних користувачів щодо способу доставки (наприклад, у лікаря, в аптеці без рецепта) [89], а також думки медичних фахівців як провайдерів послуги [85] та стейкхолдерів загалом. Наприклад, у Кенії інтеграція Доксі-ПЕП у програми ВІЛ ПрЕП була визнана можливою, однак занепокоєння щодо довготривалої сталості, антимікробної резистентності, спостереження та вартості, а також додаткового робочого навантаження на медичних працівників були визначені аспектами, які необхідно враховувати для сталої практики та інтеграції Доксі-ПЕП в національну програму ВІЛ [90]. Впровадження Доксі-ПЕП вимагає не тільки розуміння того, кому і ким пропонується послуга, а й можливих патернів використання і довгострокових наслідків на індивідуальному та популяційному рівнях, шляхів навчання медичних працівників і підвищення обізнаності серед потенційних користувачів [91], а також системи моніторингу, що передбачатиме оцінку частки користувачів Доксі-ПЕП, відстеження побічних ефектів, рівня прихильності та розвитку антимікробної резистентності [92].

З огляду важливість врахування місцевих контекстуальних факторів у прийняття рішень щодо впровадження Доксі-ПЕП, дослідження покликане вивчити сприйняття, готовність і потенційні бар'єри щодо Доксі-ПЕП з боку потенційних користувачів, медичних працівників і стейкхолдерів, а також оцінити можливості інтеграції цього підходу до існуючих рамок профілактики ВІЛ та пов'язаних послуг сексуального здоров'я в Україні.

МЕТА ТА ЗАВДАННЯ

Метою дослідження є оцінка прийнятності (acceptability) та здійсненності (feasibility) впровадження постконтактної профілактики доксицикліном (Доксі-ПЕП) для підтримки ухвалення рішень щодо її потенційної інтеграції в національні рамки профілактики ВІЛ і пов'язані з ними послуги сексуального здоров'я. Дослідження має на меті сформувати доказову базу, яка допоможе державним і неурядовим програмам визначити, чи доцільно та яким саме чином Доксі-ПЕП може бути пілотований в рамках системи громадського здоров'я.

Для досягнення мети передбачено **такі завдання**:

- (1) Оцінити прийнятність Доксі-ПЕП серед потенційних користувачів з числа ЧСЧ та транс*жінок, визначивши рівень готовності, мотивацію, бар'єри та фактори, що впливають на їхнє сприйняття і намір використовувати Доксі-ПЕП,
- (2) Проаналізувати програмні, політичні та системні чинники, що можуть впливати на впровадження Доксі-ПЕП в Україні, включно зі ставленням медичних працівників, управлінців та стейкхолдерів, регуляторними рамками, ресурсними обмеженнями та потенціалом інтеграції у наявні сервіси профілактики ВІЛ/ІПСШ,

- (3) Розробити практичні рекомендації для дорожньої карти впровадження, які окреслять можливі моделі доставки, шляхи мінімізації ризиків та механізми забезпечення ефективності, безпеки та доступності Доксі-ПЕП у реальних умовах системи охорони здоров'я.

Дослідження зосереджується на **двох ключових аналітичних питаннях**:

- (1) Які фактори визначають прийнятність і готовність до використання Доксі-ПЕП серед ЧСЧ і транс*жінок в Україні?
- (2) Які системні, політичні та програмні умови впливають на здійсненість і інтеграцію Доксі-ПЕП у національні програми профілактики ВІЛ/ІПСШ?

Відповідь на ці питання дозволить оцінити потенційну роль Доксі-ПЕП у посиленні реагування України на бактеріальні ІПСШ шляхом адаптації міжнародних доказів до національного контексту. Дослідження не передбачає пілотного запуску програми, однак його результати сформулюють необхідну інформаційну базу для подальшого обговорення доцільності та потенційних напрямів проведення пілотного етапу в майбутньому. Очікувані результати включають визначення найбільш прийнятних та здійснених моделей надання послуги, оцінку готовності потенційних користувачів і надавачів, виявлення ключових ризиків і бар'єрів на різних рівнях, а також розробку доказових рекомендацій, які допоможуть національним стейкхолдерам оцінити доцільність і потенційну додану цінність впровадження Доксі-ПЕП в Україні.

КОНЦЕПТУАЛЬНА РАМКА

У цьому дослідженні **прийнятність (acceptability)** визначається як ступінь, до якого потенційні користувачі, надавачі послуг і зацікавлені сторони вважають Доксі-ПЕП доцільним, доречним і прийнятним у своєму контексті [93]. Оцінювання здійснюватиметься на основі Теоретичної рамки прийнятності (*Theoretical Framework of Acceptability*) [94, 95] у поєднанні з рамкою прийнятності продукту (*Product Acceptability Framework*) [96], адаптованої до профілактики ІПСШ антибіотиками. Рамка передбачає аналіз взаємопов'язаних рівнів – характеристик самого продукту, індивідуального сприйняття та зовнішніх соціальних чинників:

Таблиця 2. Концептуальна рамка прийнятності

Компонент	Підкомпонент	Елемент	Теоретична відповідність
1. Фактори Доксі-ПЕП	1.1. Характеристика препарату	1.1.1. Склад і форма (таблетка доксицикліну)	Intervention coherence, Perceived effectiveness, Ethicality (TFA) Product characteristics, Efficacy, Dosing regimen (PAF)
		1.1.2. Шлях і частота прийому (пероральний, однократне застосування)	
		1.1.3. Дозування (200 мг)	
		1.1.4. Час прийому (24-72 годин після контакту)	
		1.1.5. Побічні ефекти (ШКТ, фоточутливість)	
		1.1.6. Уявлення про ризики антимікробної резистентності	
	1.2. Характеристики доставки	1.2.1. Місце надання (клініки ПрЕП або сайти АРТ)	Burden, Opportunity cost (TFA) Delivery mechanism, Product-associated norms (PAF)
		1.2.2. Конфіденційність та приватність	
		1.2.3. Можливість поєднання з іншими препаратами (ПрЕП, АРТ, гормональна терапія)	
		1.2.4. Доступність за рецептом	
2. Внутрішні фактори	2.1. Сприйняття користі/переваг	2.1.1. Зрозумілість і знання про препарат	Perceived effectiveness, Intervention coherence, Ethicality (TFA) Effect of product use on sexual encounter, Use attributes (PAF)
		2.1.2. Сприйняття безпеки та ефективності	
		2.1.3. Усвідомлення профілактичних переваг (зменшення ризику ІПСШ)	
		2.1.4. Відчуття контролю над власним ризиком	
		2.1.5. Баланс користі та потенційної шкоди	
		2.1.6. Відносна користь порівняно з іншими засобами (презерватив, тестування)	
	2.2. Сприйняття труднощів при використанні Доксі-ПЕП	2.2.1. Когнітивне навантаження	Burden, Opportunity cost, Affective attitude (TFA) Use attributes, Economic burden (PAF)
		2.2.1.1. Складність дозування	
		2.2.1.2. Необхідність пам'ятати про прийом	
		2.2.2. Емоційне навантаження	
		2.2.2.1. Страх побічних ефектів	
		2.2.2.2. Тривога щодо антибіотиків	
		2.2.2.3. Непомітність застосування (discreteness)	
		2.2.3. Фізичне навантаження	
		2.2.3.1. Неприємні симптоми	
		2.2.3.3. Вплив на сексуальну активність	
		2.2.4. Фінансове навантаження	
		2.2.4.1. Вартість препарату	
		2.2.4.2. Транспортні витрати	
		2.2.4.3. Втрачені можливості / час	
	2.3. Самоефективність	2.3.1. Відчуття компетентності й контролю над прийомом	

Компонент	Підкомпонент	Елемент	Теоретична відповідність
3. Зовнішні фактори	3.1. Міжособистісні впливи	2.3.2. Довіра до власних знань і навичок	Self-efficacy, Intervention coherence (TFA)
		2.3.3. Впевненість у дотриманні режиму	
		3.1.1. Ставлення сексуальних партнерів (підтримка/неприйняття)	Ethicality, Opportunity cost (TFA)
		3.1.2. Норми всередині спільноти (досвід інших, рекомендації друзів)	Partner's attitude, Product-associated norms (PAF)
	3.2. Соціальні впливи	3.1.3. Позиція та ставлення медичних працівників	Ethicality, Opportunity cost (TFA)
		3.2.1. Стигма щодо ВІЛ/ІПСШ і використання антибіотиків для профілактики	
		3.2.2. Культурні уявлення про «моральність» сексуальної поведінки	Social and structural context, Organizational influences (PAF)
		Доступність ЛГБТ-дружніх сервісів	
		3.2.3. Вплив війни, переміщення, нестабільності	

У межах цього дослідження **здійсненність (можливість впровадження, *feasibility*)** визначається як ступінь, до якого Доксі-ПЕП може бути успішно впроваджений у наявні структури охорони здоров'я з урахуванням ресурсних, політичних і програмних обмежень [93]. Для її оцінки використано адаптовану [94] Рамку системи охорони здоров'я ВООЗ (*WHO Framework on Health Systems*) [97], з фокусом на контекстуальне узгодження, інтеграцію програм, кадрову спроможність і логістику постачання.

Таблиця 3. Концептуальна рамка здійсненності

Компонент	Ключові підкомпоненти	Пояснення
1. Контекстуальне узгодження (<i>Leadership/ Governance</i>)	1.1. Сприйняття потреби в Доксі-ПЕП серед ключових груп і провайдерів	Визначає готовність середовища до інновації, наявність політичної волі та суспільної підтримки
	1.2. Соціальна та культурна прийнятність	
	1.3. Розуміння ризиків антимікробної резистентності та «компенсації ризику»	
	1.4. Потенційне охоплення і канали доступу	
	1.5. Політична підтримка з боку урядових і донорських структур	
2. Програмна інтеграція (<i>Service Delivery та частково Financing</i>)	2.1. Можливі моделі доставки (місце – клініки, НУО, онлайн-платформи – та час надання послуги)	Визначає операційну здійсненність та можливість інтеграції Доксі-ПЕП у наявну систему профілактики ВІЛ/ІПСШ
	2.2. Узгодженість із наявними програмами (ПрЕП, АРТ, тестування на ІПСШ)	
	2.3. Додаткові витрати та потреби у фінансуванні	
	2.4. Відповідність чинним політикам і регуляціям	
3. Кадрові ресурси (<i>Health Workforce</i>)	3.1. Наявність підготовлених кадрів і розподіл навантаження	Відображає спроможність системи реалізовувати інтервенцію через кваліфіковані та мотивовані кадри
	3.2. Потреба в навчанні з питань ІПСШ, антимікробної профілактики, консультування ЛГБТ-клієнтів	
	3.3. Механізми підтримки, мотивації та нагляду за провайдерами	
4. Управління ланцюгом постачання (<i>Medical Products and Technologies</i>)	4.1. Закупівля, реєстрація, управління запасами доксицикліну	Визначає сталість і безпечність доступу до препарату та дотримання принципів використання антибіотиків
	4.2. Умови зберігання та дистрибуції	
	4.3. Моніторинг використання антибіотиків і контроль відпуску	
5. Моніторинг та оцінка (<i>Information and Research</i>)	5.1. Інтеграція індикаторів Доксі-ПЕП у національні системи звітності щодо АМР, ІПСШ та ВІЛ/ПрЕП	Забезпечує підзвітність, доказовість та можливість корекції впровадження на
	5.2. Відстеження побічних ефектів, охоплення та подій АМР, моніторинг резистентності <i>N. gonorrhoeae</i>	
	5.3. Використання даних для корекції політик і оновлення клінічних протоколів	

МЕТОДОЛОГІЯ

Цільові групи та вибірка

Дослідження передбачає проведення напівструктурованих глибинних інтерв'ю з шістьма цільовими групами, що охоплюють як потенційних користувачів інтервенції, так і осіб залучених до надання послуг, управління програмами, адвокації та політичного ухвалення рішень.

Дослідження реалізується у трьох містах – Києві, Львові та Одесі, які обрано через їх епідемічну значущість для ВІЛ та ІПСШ, наявність розвиненої мережі послуг для ЧСЧ та транс*жінок, а також через операційну можливість безпечного проведення польових робіт у воєнних умовах. Ці міста також виступають регіональними хабами для внутрішньо переміщених осіб (ВПО) із малопокритих регіонів, що дозволяє частково врахувати досвід ЧСЧ і транс*жінок із різних контекстів.

Загальний обсяг вибірки становитиме 130 осіб, розподілених між групами відповідно до Таблиці 3, та з урахуванням критеріїв включення та виключення з Таблиці 4.

Таблиця 4. Очікувана вибірка дослідження

№	Цільова група	Київ	Львів	Одеса	Нац.рівень	Усього
1	ЧСЧ, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП	10	10	10	-	30
2	Транс*жінки, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП	10	10	10	-	30
3	Фахівці неурядових організацій, які надають послуги ЧСЧ та транс*жінкам у профілактиці ВІЛ/ІПСШ	6	6	6	-	18
4	Медичні працівники, які надають послуги з лікування та профілактики ВІЛ та/або ІПСШ	6	6	6	-	18
5	Активісти та представники організацій на базі спільнот ЧСЧ і транс*жінок	2	2	2	6	12
6	Представники установ і організацій, залучених до національної або регіональної відповіді на ВІЛ/ІПСШ	4	4	4	10	22
Усього		38	38	38	16	130

Таблиця 5. Критерії включення та виключення

Критерії включення	Критерії виключення
(0) Для всіх груп - Вік 18 років або старше; - Тривалість проживання у Києві, Львові або Одесі мінімум 3 місяці на момент дослідження (для регіональних учасників); - Готовність надати усвідомлену добровільну усну інформовану згоду на участь; - Здатність брати участь в інтерв'ю українською або російською мовами; - Готовність до аудіозапису інтерв'ю (із гарантією конфіденційності).	- Вік менше 18 років; - Такий ступінь алкогольного або наркотичного сп'яніння, який не дозволяє розуміти та відповідати на запитання; - Поточна участь у дослідженнях, що створюють конфлікт інтересів або ризику повторного рекрутингу; - Співробітники дослідницької групи або особи, що мають підлегли стосунки з дослідниками
(1) ЧСЧ, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП - Чоловіча стать при народженні - Досвід незахищеного анального або орального сексу з одним або кількома партнерами чоловічої статі при народженні протягом останніх 12 місяців; - Раніше діагностована ВІЛ-інфекція (незалежно від статусу прийому антиретровірусної терапії та дати діагнозу) АБО негативний результат останнього тестування на ВІЛ протягом останніх трьох місяців та поточне використання або намір розпочати ПрЕП протягом 30 днів після інтерв'ю - Наявність принаймні одного додаткового фактору ризику:	Оскільки в межах дослідження не передбачено призначення препарату, наявність медичних протипоказань (наприклад, алергія на тетрациклін або прийом лікарських засобів, несумісних із доксицикліном – системні ретиноїди, барбітурати, карбамазепін і фенітоїн) не є підставою для виключення, однак може бути задокументовано для подальшого аналізу прийнятності.

Критерії включення

- Підтверджений або самозаявлений випадок бактеріальної ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз) протягом останніх 12 місяців
- Повторне інфікування бактеріальними ІПСШ протягом останніх 12 місяців;
- ≥10 партнерів-чоловіків протягом останніх 6 місяців;
- Участь у груповому сексі, хімсексі або високоризованих сексуальних практиках (зокрема надання сексуальних послуг за плату).

Стратифікація: 50% особи, які живуть з ВІЛ, 50% - користувачі ПрЕП; різноманітність за віковими групами, статусом ВПО, досвідом хімсексу або групового сексу.

Критерії виключення**(2) Транс*жінки, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП**

- Самоідентифікація як транс*жінка – особа, стать якої при народженні була визначена як чоловіча, але яка ідентифікує себе як жінку, незалежно від проходження гормональної терапії чи хірургічних втручань;
- Досвід незахищеного анального або орального сексу з одним або кількома партнерами чоловічої статі при народженні протягом останніх 12 місяців;
- Раніше діагностована ВІЛ-інфекція (незалежно від статусу прийому антиретровірусної терапії та дати діагнозу) АБО негативний результат останнього тестування на ВІЛ протягом останніх трьох місяців та поточне використання або намір розпочати ПрЕП протягом 30 днів після інтерв'ю
- Наявність принаймні одного додаткового фактору ризику:
 - Підтверджений або самозаявлений випадок бактеріальної ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз) протягом останніх 12 місяців
 - Повторне інфікування бактеріальними ІПСШ протягом останніх 12 місяців;
 - ≥10 партнерів-чоловіків протягом останніх 6 місяців;
 - Участь у груповому сексі, хімсексі або високоризованих сексуальних практиках (зокрема надання сексуальних послуг за плату).

Оскільки в межах дослідження не передбачено призначення препарату, наявність медичних протипоказань (наприклад, алергія на тетрациклін або прийом лікарських засобів, несумісних із доксицикліном – системні ретиноїди, барбітурати, карбамазепін і фенітоїн) не є підставою для виключення, однак може бути задокументовано для подальшого аналізу прийнятності.

Стратифікація: 50% учасниць, які живуть з ВІЛ, 50% - користувачки ПрЕП; різноманітність за віковими групами, статусом ВПО, досвідом гормональної терапії.

(3) Фахівці неурядових організацій, які надають послуги ЧСЧ та транс*жінкам у профілактиці ВІЛ/ІПСШ

- Співробітники або консультанти неурядових чи громадських організацій, як надають послуги ЧСЧ та транс*жінкам у сфері профілактики ВІЛ та ІПСШ (зокрема супровід ПрЕП, тестування, навігація, кейс-менеджмент, психосоціальна підтримка);
- Досвід роботи у відповідних програмах не менше одного року;
- Безпосереднє залучення до роботи з клієнтами або управління проектами, що охоплюють зазначені групи.

- Відсутність практичного досвіду роботи з ЧСЧ та транс*жінками;
- Виключно адміністративні або технічні ролі без залучення до реалізації програм.

*Стратифікація: цільова група надання послуг (ЧСЧ/транс*жінки)*

(4) Медичні працівники, які надають послуги з лікування та профілактики ВІЛ та/або ІПСШ

- Лікарі (інфекціоністи, дерматовенерологи, сімейні лікарі), які працюють в державних, комунальних або приватних закладах, що надають послуги з АРТ, ПрЕП, тестування або лікування ІПСШ;
- Досвід роботи з пацієнтами з числа ЧСЧ та транс*жінок щонайменше один рік;
- Безпосередня участь у профілактиці, лікуванні або консультуванні з питань ВІЛ/ІПСШ;
- Готовність обговорювати аспекти профілактики ІПСШ та практики консультування пацієнтів.

- Відсутність досвіду роботи у сфері ВІЛ/ІПСШ або з ЧСЧ/транс*жінками;
- Виключно адміністративні ролі без клінічної практики;
- Перерва в клінічній діяльності понад 12 місяців.

Стратифікація: рівень (первинна/вторинна/третинна ланка), тип закладу (державний/приватний), спеціалізація.

Критерії включення	Критерії виключення
(5) Активісти та представники організацій на базі спільнот ЧСЧ і транс*жінок	
- Лідери або представники організацій на базі спільнот, які працюють у сфері адвокації прав ЧСЧ та транс*жінок, доступу до медичних послуг, профілактики ВІЛ та ІПСШ; - Досвід участі в діяльності, пов'язаній з громадським здоров'ям, не менше одного року.	- Відсутність залученості до тематики ВІЛ/ІПСШ або ЛГБТ-здоров'я
<i>Стратифікація: цільова група (ЧСЧ/транс*жінки).</i>	
(6) Представники установ і організацій, залучених до національної або регіональної відповіді на ВІЛ/ІПСШ	
- Представники державних, донорських, міжнародних, академічних або професійних інституцій, що беруть участь у плануванні, реалізації або оцінюванні національної/регіональної відповіді на ВІЛ, ІПСШ чи антимікробну резистентність, зокрема: - o Міністерство охорони здоров'я України - o Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України - o Національна служба здоров'я України - o Представництва ВООЗ, ЮНЕЙДС - o Донорські організації (Глобальний фонд, PEPFAR, CDC) - o Науково-дослідні установи, асоціації дерматовенерологів, інфекціоністів, фахівців з громадського здоров'я - o Регіональні департаменти охорони здоров'я - o Громадські чи благодійні організації, які беруть участь у координаційних чи експертних платформах - Займана посада або професійна роль, що передбачає: - o Ухвалення рішень або участь у формуванні політики - o Експертну або консультативну функцію в галузі ВІЛ/ІПСШ/антимікробної резистентності - o Координацію проєктів чи програм охорони здоров'я - o Аналітичну чи дослідницьку діяльність, пов'язану з профілактикою ІПСШ - Досвід роботи у відповідній сфері не менше одного року; - Готовність обговорювати питання нормативного регулювання, фінансування, ризиків ризиків антибіотикорезистентності, а також бачення перспектив інтеграції Доксі-ПЕП у національні програми профілактики.	- Посади або ролі, не пов'язані з політикою або практикою у сфері ВІЛ/ІПСШ/ антимікробної резистентності; - Фахівці без управлінських чи аналітичних функцій у цій сфері; - Конфлікт інтересів, пов'язаний із фармацевтичними компаніями або постачальниками антибіотиків.
<i>Стратифікація: рівень (національний/регіональний), тип інституції (державна/міжнародна/донорська/академічна/громадська), профіль (клінічний/програмний/аналітичний).</i>	

Рекрутинг

Для набору учасників використовуватиметься цілеспрямована вибірка (*purposive sampling*) із принципом максимальної варіації (*maximal variation sampling*) для забезпечення різноманітності досвіду, поведінкових характеристик, регіонального та соціального контексту учасників. Рекрутинг здійснюватиметься у три етапи: (1) ідентифікація потенційних учасників через партнерські мережі, (2) перевірка відповідності критеріям включення шляхом заповнення скринінгової анкети, (3) підтвердження участі та отримання добровільної інформованої згоди. У випадках, якщо під час рекрутингу з'явиться потреба у залученні додаткових учасників, буде застосовано метод снігової кулі (*snowball sampling*) – за рекомендацією попередніх респондентів, з метою охоплення важкодоступних груп або підгруп із низькою видимістю. Рекрутинг учасників через снігову кулю буде обмежений однією додатковою хвилиною на учасника, щоб мінімізувати кластерну похибку або похибку соціальних мереж.

Набір триватиме до досягнення теоретичної насиченості даних (*theoretical saturation*) – моменту, коли нові інтерв'ю не генеруватимуть нових змістовних категорій або тем. Орієнтовно очікується проведення 130 інтерв'ю, із допустимим відхиленням $\pm 10\%$ залежно від насиченості та логістичних умов.

Рекрутинг ЧСЧ та транс*жінок здійснюватиметься через партнерські громадські організації, що реалізують програми з профілактики ВІЛ/ІПСШ, через дружні до ЛГБТ медичні установи, які надають послуги з ПрЕП, АРТ або тестування на ІПСШ, а також організації на базі спільнот в містах дослідження. У межах основної діяльності з надання послуг ЧСЧ та транс*людям, фахівці будуть проводити пре-скринінг згідно критеріїв включення та квот для стратифікації, який буде здійснюватися за само-звітом, без заповнення будь-яких додаткових документів. У разі відповідності критеріям включення та надання попередньої згоди на інтерв'ю фахівці отримають контактну інформацію від потенційного учасника з подальшою передачею її дослідницькій команді для встановлення контакту та домовленості про дату та час інтерв'ю. Контактна інформація зберігатиметься окремо від будь-яких інших документів дослідження і буде використовуватися тільки інтерв'юерами для встановлення контакту з учасниками.

Рекрутинг представників інших цільових груп здійснюватиметься шляхом надсилання офіційних запрошень на участь в дослідженні на керівництво релевантних організацій/установ з проханням делегувати до участі в інтерв'ю потенційних учасників. Після попереднього погодження з керівництвом організацій, інтерв'юери будуть контактувати з рекомендованими особами електронною поштою або телефоном для детальнішого висвітлення мети та процедур дослідження, проведення скринінгу на відповідність критеріям включення та отримання попередньої згоди на участь з домовленістю про зручний день та час інтерв'ю. Учасникам з числа фахівців організацій буде забезпечено анонімність та наголошено, що інтерв'ю не є формою оцінювання чи моніторингу їхньої роботи, і висловлені під час інтерв'ю думки та погляди будуть анонімізовані та не будуть передані керівництву або третім особам.

Інтерв'юери будуть контактувати з потенційними учасниками, пояснюватимуть їм загальний принцип участі в дослідженні, його тематику та процедури, щоб пересвідчитись, що потенційні учасники розуміють мету дослідження та свою роль в ньому. Інтерв'юер проведе скринінг з кожним потенційним учасником для перевірки відповідності критеріям включення (Додаток 1) та отримає усну інформовану згоду на участь у дослідженні (Додаток 2), після чого – погодить з ним дату, час та зручний спосіб проведення інтерв'ю.

Проведення інтерв'ю

Інтерв'ю проводитимуться індивідуально, у безпечних і комфортних умовах – очно або дистанційно (наприклад, через Zoom або Skype), залежно від контексту, безпекової ситуації та побажань учасника. Формат, тривалість, мова інтерв'ю (українська або російська) та бажаний для потенційного учасника гендер інтерв'юера визначаються під час рекрутингу.

Інтерв'ю будуть проводитися досвідченими фахівцями у сфері громадського здоров'я та соціальних досліджень, які пройшли брифінг щодо етичних стандартів, використання гайдів, ведення розмов із представниками ключових спільнот, а також базові техніки кризової комунікації. Для забезпечення узгодженості підходів усі члени команди працюватимуть за стандартизованими гайдами, розробленими окремо для кожної цільової групи (Додаток 3). Гайди побудові навколо ключових тематичних блоків, визначених теоретичними рамками прийнятності та здійсненості. Орієнтовна тривалість одного інтерв'ю становитиме 90 хвилин. Перші 2-3 інтерв'ю в кожній цільовій групі можуть займати довше часу (до 120 годин), оскільки після їх проведення можливе внесення коректив в гайд для скорочення обсягу.

Кожне інтерв'ю проходитиме за уніфікованою структурою: вступна частина (встановлення довіри, пояснення мети дослідження, нагадування про добровільність участі та отримання дозволу на аудіозапис), основна частина (обговорення ключових тем дослідження з використанням відкритих і уточнювальних запитань), та заключна частина (узагальнення почутого, можливість для респондента додати коментарі чи уточнення, подяка за участь і надання компенсації згідно умовами проєкту). В основній частині інтерв'юер буде дотримуватися гнучкої логіки послідовності, щоб дозволити учаснику вільно описати власний досвід і контекст.

Перед початком інтерв'ю інтерв'юер пояснить учаснику, що відео- або аудіо-запис здійснюється виключено з аналітичною метою (за бажанням респондентів можливе тільки проведення аудіозапису), учаснику гарантована конфіденційність і їхні імена не будуть фігурувати у фінальному звіті, участь є

добровільною, а після завершення розмови він отримає компенсацію за приділений час. Запис інтерв'ю буде здійснюватися на диктофон або через функціонал платформи для подальшого транскрибування, кодування та аналізу отриманих даних.

ОБРОБКА ТА АНАЛІЗ ДАНИХ

Аналіз якісних даних у межах дослідження буде здійснено з застосуванням тематичного аналізу (thematic analysis), що дозволить ідентифікувати ключові патерни у відповідях учасників, розкрити їхній досвід, сприйняття, бар'єри, мотивації та контекстні фактори, що впливають на прийнятність і здійсненність Доксі-ПЕП. Аналітична стратегія поєднує дедуктивний (theory-driven) і індуктивний (data-driven) підходи. На початковому етапі аналіз ґрунтуватиметься на двох концептуальних основах, представлених у розділі «Концептуальна рамка». Використання цих фреймворків забезпечує аналітичну узгодженість, а індуктивний компонент дозволяє виявляти нові категорії, що відображають локальні реалії, контекст війни, соціальні бар'єри, досвід стигми та програмні обмеження.

Підготовка даних і первинна обробка. Після кожного інтерв'ю інтерв'юер робитиме детальні польові примітки, що включатимуть опис ходу інтерв'ю, невербальні реакції, динаміку спілкування, потенційні тригери та емоційний стан респондента. Ці записи допоможуть під час подальшої інтерпретації висловлювань і контексту ситуацій, у яких вони прозвучали.

Усі інтерв'ю будуть дослівно транскрибовані мовою інтерв'ю у Microsoft Word із зазначенням невербальних елементів (наприклад, пауз, сміху, емоційних реакцій, жестів, якщо інтерв'ю очне). Транскрипти проходитимуть подвійну перевірку: (1) на відповідність аудіозапису та (2) на відсутність персональних ідентифікаторів.

Розробка кодової книги та концептуальна побудова аналізу. Дослідницька команда проведе попереднє «занурення в дані» - повторне читання 5-7 транскриптів з кожної цільової групи для формування первинних аналітичних спостережень. На основ цього етапу буде створено початкову кодову книгу (codebook), що включатиме: дедуктивні коди, визначені наперед із концептуальної рамки, та індуктивні коди, що виникатимуть під час аналізу нових патернів (наприклад, «страх засудження від медиків», «різне ставлення до антибіотиків», «пошук неформальних порад в інтернеті», «нестача клінічних протоколів», «недовіра до державних сервісів» тощо). Кодова книга проходитиме кілька ітерацій оновлення у процесі аналізу.

Процедура кодування та забезпечення надійності. Кодування здійснюватиметься у Microsoft Word та Microsoft Excel з побудовою матриць для аналізу тематичних патернів. На етапі перевірки якості 10% транскриптів будуть закодовані двома дослідниками, після чого результати порівнюватимуться для оцінки ступеня узгодженості (inter-coder reliability). Розбіжності у присвоєнні кодів обговорюватимуться у команді за принципом постійного порівняння (constant comparison method), доки не буде досягнуто консенсусу. Після цього кодування продовжуватиметься на повному масиві даних, з регулярними робочими сесіями для обговорення проміжних результатів і появи нових тем.

Побудова категорій, тем і міжгрупових порівнянь. Після кодування відбуватиметься аналітичне групування кодів у категорії за змістовною подібністю. Категорії формуватимуть основні теми, що відображатимуть ключові аспекти прийнятності і здійсненності Доксі-ПЕП. Для кожної теми буде створення аналітичну матрицю, що включатиме: перелік релевантних цитат, узагальнення значення теми, посилання на відповідні компоненти фреймворків, відмінності між цільовими групами.

Аналіз проводитиметься на двох рівнях: внутрішньогруповому (within-group analysis) та міжгруповому (cross-case comparative analysis). На внутрішньогруповому рівні будуть ідентифіковані ключові патерни і бар'єри у межах кожної цільової групи, на міжгруповому – дані будуть порівнюватися з метою виявлення відмінностей у мотиваціях, рівні знань, ставленні до профілактики, сприйнятті ризику, готовності до використання Доксі-ПЕП і бачення програмних бар'єрів. Цей порівняльний рівень аналізу дозволить зрозуміти як особистісні уявлення і поведінкові наміри (individual-level factors) співвідносяться з системними обмеженнями і політичним контекстом (structural-level factors).

Інтеграція результатів у теоретичні рамки. Після побудови тематичної структури дані будуть інтерпретовані в контексті теоретичних моделей, що використовуються в дослідження – результати будуть зіставлені і структуровані за компонентами концептуальних рамок. Інтеграція результатів у ці рамки дозволить оцінити взаємозв'язок між індивідуальним (мотивації, ставлення, досвід, знання та поведінкові наміри потенційних користувачів), міжособистісним (соціальні норми спільнот, ставлення медичних працівників і надавачів послуг) і системним (політика, фінансування, доступність препаратів, організаційна готовність системи охорони здоров'я) рівнями.

УПРАВЛІННЯ ДАНИМИ ТА МОНІТОРИНГ

Інструменти та управління даними. У дослідженні використовуються низка форм, а саме:

- Форма скринінгу учасника для перевірки відповідності критеріям включення та подальшого заповнення Журналу рекрутингу та обліку учасників,
- Форма інформованої згоди для ознайомлення учасника з метою та процедурами дослідження,
- Гайд інтерв'ю для збору даних.

Усі форми створюються і поширюються в електронному форматі з контрольованим доступом. Перед кожним інтерв'ю інтерв'юер забезпечує наявність роздрукованого екземпляру гайду для ручних нотаток у випадку відмови респондента від аудіозаписи на тому чи іншому етапі інтерв'ю, нестабільного інтернет-з'єднання або необхідності фіксації критично важливих уточнень або контексту.

Кодування та унікальні ідентифікатори. Для збереження анонімності всі учасники отримають унікальний код, який не міститиме персональних даних, і буде формуватися за принципом «Цільова група_місто_порядковий номер». Приклади унікальних кодів для учасників наведено у Таблиці 6.

Таблиця 6. Перелік унікальних кодів учасників дослідження

№	Цільова група	Київ	Львів	Одеса	Нац. рівень
1	ЧСЧ, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП	MSM_Kyiv_1 – MSM_Kyiv_10	MSM_Lviv_1 – MSM_Lviv_10	MSM_Odesa_1 – MSM_Odesa_10	-
2	Транс*жінки, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП	TGW_Kyiv_1 – TGW_Kyiv_10	TGW_Lviv_1 – TGW_Lviv_10	TGW_Odesa_1 – TGW_Odesa_10	-
3	Фахівці неурядових організацій, які надають послуги ЧСЧ та транс*жінкам у профілактиці ВІЛ/ІПСШ	NGO_Kyiv_1 – NGO_Kyiv_6	NGO_Lviv_1 – NGO_Lviv_6	NGO_Odesa_1 – NGO_Odesa_6	-
4	Медичні працівники, які надають послуги з лікування та профілактики ВІЛ та/або ІПСШ	HCF_Kyiv_1 – HCF_Kyiv_6	HCF_Lviv_1 – HCF_Lviv_6	HCF_Odesa_1 – HCF_Odesa_6	-
5	Активісти та представники організацій на базі спільнот ЧСЧ і транс*жінок	CBO_Kyiv_1 – CBO_Kyiv_2	CBO_Lviv_1 – CBO_Lviv_2	CBO_Odesa_1 – CBO_Odesa_2	CBO_Ukraine_1 – CBO_Ukraine_6
6	Представники установ і організацій, залучених до національної або регіональної відповіді на ВІЛ/ІПСШ	STKH_Kyiv_1 – STKH_Kyiv_4	STKH_Lviv_1 – STKH_Lviv_4	STKH_Odesa_1 – STKH_Odesa_4	STKH_Ukraine_1 – STKH_Ukraine_10

Ключ до відповідності кодів і контактної інформації зберігатиметься окремо на захищеному сервері під контролем менеджера польового етапу. Доступ до ключа матиме лише координатор дослідження та менеджер польових робіт.

Безпека та зберігання даних. Аудіозаписи інтерв'ю зберігатимуться на захищеному сервері з шифруванням, у теках із паролем і контрольованим доступом, відповідно до політик МБФ «Альянс громадського здоров'я». Транскрипти створюватимуться у текстовому форматі, без персональних

ідентифікаторів або чутливих деталей, які можуть розкрити особу. Після завершення транскрибування усі аудіофайли будуть перевірені на якість і видалені протягом одного року без можливості відновлення. Транскрипти зберігатимуться щонайменше два роки після завершення дослідження, після чого всі файли будуть архівовані відповідно до внутрішніх політик. Дані не передаватимуться третім особам без офіційного рішення Головного дослідника та дозволу Комісії з питань етики.

Контроль якості та моніторинг польових робіт. Перед початком польового етапу усі інтерв'юери пройдуть тренінг, що охоплюватиме методологію дослідження, техніку проведення чутливих інтерв'ю, дотримання етичних норм, правила документування, збереження даних та реагування на непередбачувані ситуації.

Перші два інтерв'ю у кожній цільовій групі проводитимуться у тестовому режимі. Записи цих інтерв'ю будуть прослухані Головним дослідником та координатором з боку МБФ «Альянс громадського здоров'я». У разі виявлення розбіжностей із протоколом або гайдом інтерв'юер проходитиме додатковий інструктаж, а інструментарій може бути скоригований.

Під час збору даних менеджер польового етапу здійснюватиме поточний моніторинг, контролюючи дотримання квот, критеріїв включення, географічного покриття, якості записів та своєчасності передачі матеріалів. Крім того, 10% усіх транскриптів проходитимуть перевірку координатором дослідження для оцінки точності розшифровування та узгодженості з аудіозаписом.

Безпека під час воєнного стану. З огляду на безпекову ситуацію в Україні, перед початком польових робіт команда пройде інструктаж щодо дій під час повітряних тривог, обстрілів чи інших надзвичайних ситуацій. Якщо під час інтерв'ю оголошується тривога, воно негайно припиняється, а обидві сторони переходять до укриття. За можливості інтерв'ю може бути продовжене після стабілізації ситуації або перенесене на інший час. Усі подібні випадки фіксуються у Журналі рекрутингу та обліку учасників із позначкою «перерване з міркувань безпеки».

ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження буде проведено відповідно до Кодексу професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України, Гельсінської декларації етичних принципів. Протокол та інструментарій дослідження будуть подані на розгляд Комісії з питань етики МБФ «Альянс громадського здоров'я» (Київ, Україна, IRB#00012333, FWA#00027488). Збір даних розпочнеться лише після отримання офіційного схвального рішення комісії.

Підготовка команди та дотримання етичних стандартів. Усі члени дослідницької команди (включно з інтерв'юерами, координаторами, аналітиками) підпишуть Угоду про використання даних і конфіденційність (Додаток 4), чим зобов'язуються дотримуватися правил рекрутинг та проведення інтерв'ю, а також нерозголошення отриманої інформації.

Усі члени команди матимуть сертифікати про проходження навчання з етичних аспектів досліджень за участю людини та дотримання принципів дослідницької етики, включно з темами: добровільна участь та інформована згода, принципи «не нашкодь» та мінімізація ризиків, комунікація з представниками вразливих груп, реагування на психологічний дистрес під час інтерв'ю, та безпечне зберігання та обробка конфіденційних даних. Для інтерв'юерів буде проведено окремий брифінг із тематики дослідження, недискримінаційної поведінки та ведення чутливих інтерв'ю.

Інформована згода. Під час рекрутингу та до початку інтерв'ю кожен потенційний учасник отримає форму усної інформованої згоди з повним переліком умов участі у дослідженні та процедур, зокрема щодо мети та завдань дослідження, тривалості інтерв'ю та формату, опису потенційних ризиків і переваг, принципів добровільності, анонімності та конфіденційності, пояснення щодо аудіозапису інтерв'ю та контактної інформації дослідницької команди та етичної комісії. Перед початком інтерв'ю інтерв'юер усно пояснить ці положення, відповідь на запитання учасника і отримає усну інформовану згоду. Запис згоди фіксуватиметься у скринінговій формі (із зазначенням дати, часу, коду респондента, але без персональних даних).

Учасникам буде повідомлено, що їхня участь є абсолютно добровільною і що вони мають право відмовитися від своєї згоди та припинити участь у будь-який час без пояснення причин. Відмова від участі у дослідженні не вплине на доступ до будь-яких послуг або програм МБФ «Альянс громадського здоров'я» чи партнерських організацій. Учасникам буде повідомлено, що будь-яка інформація, яку вони оприлюднять під час дослідження, буде вважатися конфіденційною і вона буде використана тільки в узагальненому вигляді. Усі висловлювання будуть анонімізовані, а аудіозаписи зберігатимуться лише для транскрипції. Жодні особисті ідентифікатори не будуть використані, а форми дослідження не містимуть імена, точні адреси або інші контакти дані респондентів. За бажанням респонденти можуть обрати псевдонім для використання під час інтерв'ю.

Конфіденційність і безпечне поводження з даними. Захист конфіденційності учасником є ключовим принципом цього дослідження. Аудіозаписи зберігатимуться на захищених носіях із двофакторним доступом і шифруванням, а транскрипти будуть містити лише код респондента. Доступ до сирих даних матимуть лише Головний дослідник та координатор дослідження. Усі документи, що містять потенційно чутливу інформацію (наприклад, електронна комунікація з учасниками), зберігатимуться із застосуванням паролів і шифрування. Дані не передаватимуться третім сторонам без попереднього дозволу Головного дослідника та Комісії з питань етики. Усі публікації, презентації та звіти відображатимуть лише узагальнену інформацію, яка унеможливує ідентифікацію окремих осіб чи закладів.

Потенційні ризики та заходи мінімізації. Дослідження не передбачає медичних втручань або призначення препаратів. Основні потенційні ризики включають: (1) емоційний дискомфорт через обговорення сексуальної поведінки, захворювань тощо, (2) порушення конфіденційності у разі ненавмисного розкриття інформації третім особам, (3) контакт із знайомим людьми серед інтерв'юєрів.

Для мінімізації ризиків інтерв'ю будуть проходити у приватному середовищі (у безпечному приміщенні або в захищеному онлайн-форматі без сторонніх осіб). Інтерв'юєри зобов'язані негайно припинити інтерв'ю, якщо учасник демонструє ознаки стресу, тривоги чи дискомфорту, а учасникам у разі необхідності буде надано контакти організацій, що надають психологічну підтримку. Для унеможливлення впізнавання інтерв'юєри, які особисто знають потенційного учасника, не проводитимуть з ним інтерв'ю і для цього буде призначений інший фахівець, незнайомий з учасником до цього. Ризик втрати персональних даних оцінюється як мінімальний і не перевищує звичайного рівня, з яким стикаються учасники у повсякденному житті та/або трудовій діяльності.

Додатково, через воєнний стан, передбачено механізм безпеки під час повітряних тривог. Якщо повітряна тривога сталася під час інтерв'ю, інтерв'юєр просить респондента піти в укриття та продовжити там інтерв'ю (якщо це можливо зробити). Якщо респондент відмовляється йти до укриття, інтерв'юєр йде туди сам і запитує респондента, коли можна повернутися та продовжити спілкування.

Потенційні переваги. Дослідження не передбачає безпосередніх матеріальних або медичних переваг для учасників. Водночас, участь дозволить зробити власний внесок у розробку більш чутливих, ефективних і безпечних підходів до профілактики ІПСШ в Україні, висловити думки щодо прийнятності та здійсненності Доксі-ПЕП у локальному контексті, та вплинути на формування національних політик і програм охорони здоров'я, орієнтованих на потреби спільнот. Інформація про потенційні переваги буде наведена у формі інформованої згоди.

Компенсація учасникам. Учасники отримають грошову компенсацію за витрачений час на участь в інтерв'ю. Компенсація буде нараховуватися шляхом банківського переказу або поповнення мобільного рахунку (за вибором учасника) після завершення інтерв'ю, у розмірі 20 CHF (940 UAH). Якщо інтерв'ю припиняється за ініціативою учасника до його завершення, компенсація не надається. Якщо дослідник зупиняє інтерв'ю з власної ініціативи (з технічних, етичних або безпекових причин), учасник отримує повну суму.

Моніторинг етичних питань і реагування на інциденти. Для забезпечення постійного контролю за дотриманням етичних стандартів буде створено механізм внутрішнього етичного моніторингу, який включає:

- Ведення Журналу етичних інцидентів або порушень протоколу, який передбачає запис будь-яких ситуацій, що можуть вплинути на добробут учасників або порушити протокол,
- Щотижневі наради команди з аналізом складних ситуацій та прийняттям коригувальних рішень,
- Обов'язкове інформування Головного дослідника про будь-які серйозні випадки,
- У разі потреби – повідомлення Комісії з питань етики МБФ «Альянс громадського здоров'я» про інциденти або скарги.

Усі відхилення від протоколу будуть документовані, а заходи реагування – узгоджені між менеджером проєкту зі сторони дослідницької агенції та координатором дослідження зі сторони МБФ «Альянс громадського здоров'я».

Кожен учасник отримає контакту інформацію координатора дослідження від МБФ «Альянс громадського здоров'я», менеджера польових робіт, Комісії з питань етики МБФ «Альянс громадського здоров'я». Учасники зможуть звернутися телефоном або електронною поштою, якщо потребують додаткової інформації, мають запитання щодо свого статусу учасника або хочуть повідомити про скаргу або занепокоєння стосовно проведення інтерв'ю. Усі звернення будуть розглянуті протягом 5 робочих днів, а за потреби – передані на розгляд Комісії з питань етики.

ВИКОРИСТАННЯ І РОЗПОВСЮДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Дослідницька команда підготує два аналітичних звіти – українською мовою для національних стейкхолерів і англійською мовою для міжнародного поширення. Обидві версії звітів, разом з протоколом та інструментарієм дослідження, буде знаходитися у відкритому доступі на онлайн-ресурсах МБФ «Альянс громадського здоров'я», зокрема платформі «Аналіз ситуації з ВІЛ в Україні - Результати досліджень МБФ «Альянс громадського здоров'я» (<https://hivdata.org.ua/>).

Крім звітів, за результатами дослідження протягом двох місяців після його завершення буде підготовлена наукова стаття для публікації у міжнародному журналі, що сприятиме розширенню глобальної доказової бази щодо прийнятності та здійсненості впровадження Доксі-ПЕП в країнах Східної Європи та Центральної Азії. Основні висновки будуть представлені під час підсумкового воркшопу за участю представників спільноти, стейкхолдерів, медичних працівників, неурядових організацій та організацій на базі спільнот.

Будь-яке поширення результатів дослідження буде здійснено з дотриманням встановлених процедур обміну та оприлюднення даних. Усі офіційні презентації на конференціях чи в публікації в наукових виданнях будуть зроблені відповідно до процедур WEEPI по відношенню до публікацій та презентацій.

Копії масивів даних можуть бути надані для зовнішніх дослідників і персоналу МБФ «Альянс громадського здоров'я» на запит з описом гіпотез, цілей аналізу та процедури обробки даних. Головний дослідник реєструє зовнішніх фахівців та персонал дослідження, які отримують копію масиву даних дослідження. На поширення даних розповсюджується модель керованого доступу через запит даних, представлений у таблиці 7.

Таблиця 7. Запит на отримання даних дослідження

1. GENERAL INFORMATION		
1.1	Requester's name and last name	
1.2	Requesting's position:	
1.3	Type of requester's organization:	
1.4	Name of the requester's organization:	
1.5	Requesting's mailing address:	
1.6	Requesting's email address:	
1.7	Requesting's contact phone:	

1.8	Proposed members of the project team (<i>name, title, organization, contact information</i>):	
1.9	Names of organizations involved in the project (<i>contact information</i>):	
2. PROJECT INFORMATION		
2.1.	Working title of the project:	
2.2	Relevance (~100 words):	
2.3	Project goal:	
2.4	Project research questions/hypothesis/ objectives:	
2.5	Project type (<i>study, publication, poster, abstract etc</i>):	
2.6	Anticipated conference/journal/other:	
2.7	Request justification:	
2.8	Source of financing:	
3. REQUESTED DATA		
3.1	Name:	
3.2	Location:	
3.3	Year:	
3.4	Description of the requested variables:	
3.5	Inclusion and exclusion criteria:	
3.6	Data analysis plan (<i>describe the plan of analysis, in particular indicate one-dimensional, two-dimensional and multidimensional approaches, statistical models, software to be used</i>):	
3.7.	Potential significance:	
4. TIMETABLE		
4.1	Project start date:	
4.2	Draft completion date:	
4.3	Submission to Ethical Review Board date:	
4.4	Submission to the conference, journal, etc. date:	
4.5	Publication or presentation of results date:	

- ☐ I confirm that I have read and understood the request form.
☐ I certify that the information I have provided in the request is true and correct in all respects.
☐ I confirm that the data obtained will be used only for the purposes specified in the request.
☐ I confirm that only the persons specified in the request will have access to the data.
☐ I undertake not to disclose or publish the data in any form and format without the prior authorization of the ICF "Alliance for Public Health". I understand that a breach of this obligation may result in the rejection of future requests for information from me or the organization I represent.

Date:	Signature:
-------	------------

For ICF "Alliance for Public Health" use only

Request number:	
Request status (<i>Approved, Needs Revision, Not approved</i>)	
Request comment:	
Responsible person, title:	
Signature:	
Date:	

Рішення про передачу даних приймає Головний дослідник відповідно до отриманого запиту. Метою розгляду запиту є забезпечення того, щоб заплановане використання даних мало наукову цінність, а саме: мета проєкту описана чітко, запитувані дані будуть використанні для розвитку та поповнення наукових знань, запитувані дані відповідають запланованому проєкту та є доцільними, запитувач володіє достатнім рівнем компетенції для використання даних і реалізації запланованого проєкту, результат проєкту з використанням даних дослідження має суспільну користь та переваги.

Надання доступу до даних здійснюється тільки з дослідницькою метою та відповідно до умов, за якими дані були початково зібрані. Запити для ненаукового використання (наприклад, у маркетингових цілях) не приймаються до розгляду. Передача даних здійснюється на безоплатній основі. Головний дослідник відповідальний за супровід використання даних та погодження результатів використання масивів даних. Головний дослідник веде облік зовнішніх експертів і дослідників, яким надано доступ до даних. Після

завершення проекту, для якого запитувались дані дослідження, усі матеріали та дані, зокрема паперові та електронні копії, повинні бути знищені / видалені до дати, погодженої з МБФ «Альянс громадського здоров'я».

ГРАФІК ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний термін реалізації дослідження – з жовтня 2025 року до вересня 2026 року.

[illegible]

ПОСИЛАННЯ

1. Krotik OI. Epidemiology of sexually transmitted infections in Ukraine. REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY. 2020;0(56):8-12. 10.18370/2309-4117.2020.56.8-12.
2. Summary data from medical reports of municipal healthcare facilities and healthcare institutions under the Ministry of Health of Ukraine. Form No. 9 – Report on sexually transmitted infections: Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine; 2025. Available from: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata-1>.
3. Barbaric J, Kuchukhidze G, Seguy N, Vovc E, Babovic MJT, Wi TE, et al. Surveillance and epidemiology of syphilis, gonorrhoea and chlamydia in the non-European Union countries of the World Health Organization European Region, 2015 to 2020. Eurosurveillance. 2022;27(8):2100197. doi:<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.8.2100197>.
4. On the Approval of the Strategy for Demographic Development of Ukraine until 2040. CMU. 922-p. (2024).
5. Annual Report on the Health Status of the Population of Ukraine and the Epidemic Situation for 2023. Ministry of Health of Ukraine; 2024. Available from: <https://moz.gov.ua/storage/uploads/386da5b2-66ed-4e85-932c-d9828ba76a7a/%D0%A9%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9-%D0%B7%D0%B2%D1%96%D1%82-%D0%B7%D0%B0-2023-%D1%80%D1%96%D0%BA.pdf>.
6. Nakonechna T, Hapii M. Marketing research of the needs of clients of private medical institutions. Transformation of economics, finance and management in the context of world globalization: Scientific monograph. Riga, Latvia: Baltija Publishing; 2023.
7. Boiko I, Golparian D, Krynytska I, Unemo M. High prevalence of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and particularly Trichomonas vaginalis diagnosed using US FDA-approved Aptima molecular tests and evaluation of conventional routine diagnostic tests in Ternopil, Ukraine. APMIS. 2019;127(9):627-34. <https://doi.org/10.1111/apm.12975>.
8. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis in Europe. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2024. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Syst-review-prevalence-stis.pdf>.
9. Gonorrhoea: Annual Epidemiological Report for 2021. ECDC; 2023. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2021_0.pdf.
10. Syphilis: Annual Epidemiological Report for 2021. ECDC; 2023. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/SYPH_AER_2022_Report_0.pdf.
11. Chlamydia: Annual Epidemiological Report for 2021. ECDC; 2023. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER%20Chlamydia%202021.pdf>.
12. Castillo R, Konda KA, Leon SR, Silva-Santisteban A, Salazar X, Klausner JD, et al. HIV and Sexually Transmitted Infection Incidence and Associated Risk Factors Among High-Risk MSM and Male-to-Female Transgender Women in Lima, Peru. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2015;69(5).
13. Wiginton JM, Ortiz JC, Murray SM, Sanchez TH, Baral SD. Sexual behavior stigma and HIV/STI biospecimen self-collection among cisgender gay, bisexual, and other sexually minoritized men in the United States. BMC Infectious Diseases. 2024;24(1):1035. 10.1186/s12879-024-09801-3.
14. Cocchetti C, Romani A, Mazzoli F, Ristori J, Lagi F, Meriggiola MC, et al. Prevalence and Correlates of Sexually Transmitted Infections in Transgender People: An Italian Multicentric Cross-Sectional Study. Journal of Clinical Medicine [Internet]. 2022; 11(10).
15. Jain JP, Gyamerah AO, Bagus GN, Dawson-Rose C, Ikeda J, Santos G-M. Social and Behavioral Correlates of Sexually Transmitted Infections among Men who Have Sex with Men who Use Alcohol in the San Francisco Bay Area. American Journal of Men's Health. 2021;15(3):15579883211026830. 10.1177/15579883211026830.
16. Wu MY, Gong HZ, Hu KR, Zheng H-y, Wan X, Li J. Effect of syphilis infection on HIV acquisition: a systematic review and meta-analysis. Sexually Transmitted Infections. 2021;97(7):525. 10.1136/sextrans-2020-054706.
17. Katz DA, Dombrowski JC, Bell TR, Kerani RP, Golden MR. HIV Incidence Among Men Who Have Sex With Men After Diagnosis With Sexually Transmitted Infections. Sexually Transmitted Diseases. 2016;43(4).

18. Kasianchuk M, Titar I, Salnikov S, Ohorodnik S, Kulchynska R, Sazonova Y, et al. Report on the Biological and Behavioral Survey Among Men Who Have Sex With Men 2021. Kyiv: Public Health Center of the MoH of Ukraine; 2023. Available from: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/BBS%20MSM%202021%20Report%20ENG.pdf>.
19. Kovtun O, Paniotto V, Sakhno Y, Dumchev K. Size estimation of key populations and 'bridge populations' based on the network scale-up method in Ukraine. BMC Public Health. 2024;24(1):979. doi: 10.1186/s12889-024-18501-1.
20. Trofymenko O, Sazonova Y, Kasyanchuk M, Lysenko T, Andrianova I. Bio-behavioral Survey among Transgender People in Ukraine. Kyiv: Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine; 2021. Available from: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/trans-IBBS-Ukraine_2020_all.pdf.
21. Vitruk O, Ihnatiuk AP, Kazanzhy AP, Shvab M, Sharma M, Manhart LE, et al. Uptake and Persistent Use of HIV Preexposure Prophylaxis Among Key Populations: Results From Ukraine's Scaled National Preexposure Prophylaxis Program. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2024;96(3).
22. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень (56). Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України; 2025. Available from: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user161/Site_Buleten_56_fin.pdf.
23. Traeger MW, Cornelisse VJ, Asselin J, Price B, Roth NJ, Willcox J, et al. Association of HIV Preexposure Prophylaxis With Incidence of Sexually Transmitted Infections Among Individuals at High Risk of HIV Infection. JAMA. 2019;321(14):1380-90. 10.1001/jama.2019.2947.
24. Nguyen V-K, Greenwald ZR, Trottier H, Cadieux M, Goyette A, Beauchemin M, et al. Incidence of sexually transmitted infections before and after preexposure prophylaxis for HIV. AIDS. 2018;32(4).
25. Molina J-M, Charreau I, Spire B, Cotte L, Chas J, Capitant C, et al. Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. The Lancet HIV. 2017;4(9):e402-e10. 10.1016/S2352-3018(17)30089-9.
26. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. The Lancet. 2016;387(10013):53-60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00056-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00056-2).
27. Chow EPF, Cornelisse VJ, Williamson DA, Priest D, Hocking JS, Bradshaw CS, et al. Kissing may be an important and neglected risk factor for oropharyngeal gonorrhoea: a cross-sectional study in men who have sex with men. Sexually Transmitted Infections. 2019;95(7):516. 10.1136/sextrans-2018-053896.
28. Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, de Vries HJC, Francis SC, Mabey D, et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. The Lancet Infectious Diseases. 2017;17(8):e235-e79. 10.1016/S1473-3099(17)30310-9.
29. Approval of the Health Care Standards for Pre-Exposure and Post-Exposure Prophylaxis of HIV Infection. MoH. 189. (2021).
30. Scott HM, Klausner JD. Sexually transmitted infections and pre-exposure prophylaxis: challenges and opportunities among men who have sex with men in the US. AIDS Research and Therapy. 2016;13(1):5. 10.1186/s12981-016-0089-8.
31. EACS Guidelines - Pre-exposure Prophylaxis (PrEP): European AIDS Clinical Society; 2025. Available from: <https://eacs.sanfordguide.com/en/eacs-hiv/art/eacs-pre-exposure-prophylaxis>.
32. DiMarco DE, Urban MA. Doxycycline Post-Exposure Prophylaxis to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections. New York State Department of Health AIDS Institute (NYSDOH AI); 2023. Available from: https://www.hivguidelines.org/guideline/sti-doxy-pep/?mycollection=sexual-health#CDC_2023.
33. Sokoll PR, Migliavaca CB, Döring S, Traub U, Stark K, Sardeli AV. Efficacy of postexposure prophylaxis with doxycycline (Doxy-PEP) in reducing sexually transmitted infections: a systematic review and meta-analysis. Sexually Transmitted Infections. 2025;101(1):59. 10.1136/sextrans-2024-056208.
34. Traeger MW, Mayer KH, Krakower DS, Gitin S, Jenness SM, Marcus JL. Potential Impact of Doxycycline Post-exposure Prophylaxis Prescribing Strategies on Incidence of Bacterial Sexually Transmitted Infections. Clinical Infectious Diseases. 2023:ciad488. 10.1093/cid/ciad488.
35. Molina J-M, Charreau I, Chidiac C, Pialoux G, Cua E, Delaugerre C, et al. Post-exposure prophylaxis with doxycycline to prevent sexually transmitted infections in men who have sex with men: an open-label randomised substudy of the ANRS IPERGAY trial. The Lancet Infectious Diseases. 2018;18(3):308-17. 10.1016/S1473-3099(17)30725-9.

36. Luetkemeyer Anne F, Donnell D, Dombrowski Julia C, Cohen S, Grabow C, Brown Clare E, et al. Postexposure Doxycycline to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections. *New England Journal of Medicine*. 2023;388(14):1296-306. 10.1056/NEJMoa2211934.
37. Gaillard T, Madamet M, Pradines B. Tetracyclines in malaria. *Malaria Journal*. 2015;14(1):445. 10.1186/s12936-015-0980-0.
38. van Zuuren EJ, Fedorowicz Z. Interventions for rosacea: abridged updated Cochrane systematic review including GRADE assessments. *British Journal of Dermatology*. 2015;173(3):651-62. 10.1111/bjd.13956.
39. Bienenfeld A, Nagler AR, Orlow SJ. Oral Antibacterial Therapy for Acne Vulgaris: An Evidence-Based Review. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2017;18(4):469-90. 10.1007/s40257-017-0267-z.
40. Werner RN, Schmidt AJ, Potthoff A, Spornraft-Ragaller P, Brockmeyer NH, for the German STIS. Position statement of the German STI Society on the prophylactic use of doxycycline to prevent STIs (Doxypep, Doxy-PrEP). *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2024;22(3):466-78. <https://doi.org/10.1111/ddg.15282>.
41. Chan PA, Le Brazidec DL, Becasen JS, Martin H, Kapadia J, Reno H, et al. Safety of Longer-Term Doxycycline Use: A Systematic Review and Meta-Analysis With Implications for Bacterial Sexually Transmitted Infection Chemoprophylaxis. *Sexually Transmitted Diseases*. 2023;50(11).
42. Sloan B, Scheinfeld N. The use and safety of doxycycline hyclate and other second-generation tetracyclines. *Expert Opinion on Drug Safety*. 2008;7(5):571-7. 10.1517/14740338.7.5.571.
43. Updated Guidance, January 2025. Doxycycline Post-Exposure Prophylaxis (Doxypep) to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections (STIs). *Public Health – Seattle & King County*; 2025. Available from: <https://cdn.kingcounty.gov/-/media/king-county/depts/dph/documents/health-safety/disease-illness/hiv-sti/doxypep-guidelines.pdf?rev=48be24073a2e4921b489dbdf882e9304>.
44. Kong FYS, Kenyon C, Unemo M. Important considerations regarding the widespread use of doxycycline chemoprophylaxis against sexually transmitted infections. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2023;78(7):1561-8. 10.1093/jac/dkad129.
45. Reichert E, Grad YH. Effects of doxycycline post-exposure prophylaxis for prevention of sexually transmitted infections on gonorrhoea prevalence and antimicrobial resistance among men who have sex with men in the USA: a modelling study. *The Lancet Microbe*. 2024;5(11). 10.1016/S2666-5247(24)00168-X.
46. Peyriere H, Makinson A, Marchandin H, Reynes J. Doxycycline in the management of sexually transmitted infections. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2018;73(3):553-63. 10.1093/jac/dkx420.
47. Unemo M, Cole MJ, Kodmon C, Day M, Jacobsson S, Balla E, et al. High tetracycline resistance percentages in *Neisseria gonorrhoeae* in Europe: is doxycycline post-exposure prophylaxis unlikely to reduce the incident gonorrhoea cases? *The Lancet Regional Health - Europe*. 2024;38:100871. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100871>.
48. Kirkcaldy RD, Harvey A Fau - Papp JR, Papp Jr Fau - Del Rio C, Del Rio C Fau - Soge OO, Soge Oo Fau - Holmes KK, Holmes Kk Fau - Hook EW, 3rd, et al. *Neisseria gonorrhoeae* Antimicrobial Susceptibility Surveillance - The Gonococcal Isolate Surveillance Project, 27 Sites, United States, 2014. (1545-8636 (Electronic)).
49. Яковлева Л, Баглай Т. Тетрацикліни: аналіз фармацевтичного ринку України та споживання у порівнянні з країнами Європи. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2020;6(1). <https://doi.org/10.24959/sphhcj.20.174>.
50. Boiko I, Golparian D, Jacobsson S, Krynytska I, Frankenberg A, Shevchenko T, et al. Genomic epidemiology and antimicrobial resistance determinants of *Neisseria gonorrhoeae* isolates from Ukraine, 2013–2018. *APMIS*. 2020;128(7):465-75. <https://doi.org/10.1111/apm.13060>.
51. Saunders J, Deering J, Dewsnap C, Drayton R, Gilmore J, Grant A, et al. British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) UK national guideline for the use of doxycycline post-exposure prophylaxis (Doxypep) for the prevention of syphilis, 2025. *International Journal of STD & AIDS*. 2025;36(10):756-64. 10.1177/09564624251352053.
52. Tariq R, Cho J, Kapoor S, Orenstein R, Singh S, Pardi DS, et al. Low Risk of Primary *Clostridium difficile* Infection With Tetracyclines: A Systematic Review and Metaanalysis. *Clinical Infectious Diseases*. 2018;66(4):514-22. 10.1093/cid/cix833.
53. Doernberg SB, Winston LG, Deck DH, Chambers HF. Does Doxycycline Protect Against Development of *Clostridium difficile* Infection? *Clinical Infectious Diseases*. 2012;55(5):615-20. 10.1093/cid/cis457.

54. Saarela M, Maukonen J, von Wright A, Vilpponen-Salmela T, Patterson AJ, Scott KP, et al. Tetracycline susceptibility of the ingested *Lactobacillus acidophilus* LaCH-5 and *Bifidobacterium animalis* subsp. *lactis* Bb-12 strains during antibiotic/probiotic intervention. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2007;29(3):271-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2006.09.020>.
55. Tuddenham SA, Koay WLA, Zhao N, White JR, Ghanem KG, Sears CL, et al. The Impact of Human Immunodeficiency Virus Infection on Gut Microbiota α -Diversity: An Individual-level Meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*. 2020;70(4):615-27. 10.1093/cid/ciz258.
56. Vanbaelen T, Rotsaert A, De Baetselier I, Platteau T, Hensen B, Reyniers T, et al. Doxycycline post-exposure prophylaxis among men who have sex with men and transgender women in Belgium: awareness, use and antimicrobial resistance concerns in a cross-sectional online survey. *Sexually Transmitted Infections*. 2025;101(1):34. 10.1136/sextrans-2024-056261.
57. Vanbaelen T, Kong F, Kanesaka I, Manoharan-Basil SS, Kenyon C. Where we stand on doxyPEP depends on where we sit: a viewpoint. *Frontiers in Microbiology*. 2025;Volume 16 - 2025.
58. Advocates' Guide to Doxycycline to Prevent Bacterial STIs (DoxyPEP). AVAC; 2024. Available from: <https://avac.org/resource/advocates-guide-doxycycline/>.
59. Mårdh O, Plachouras D. Using doxycycline for prophylaxis of bacterial sexually transmitted infections: considerations for the European Union and European Economic Area. *Eurosurveillance*. 2023;28(46):2300621. doi:<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.46.2300621>.
60. Arapali T, Grulich AE, Heywood AE, Chan C, Fraser D, Zablotska IB, et al. Factors Associated With Willingness to Use Daily Antibiotics as Sexually Transmitted Infection Prophylaxis Among HIV Preexposure Prophylaxis–Experienced Gay and Bisexual Men in Australia. *Sexually Transmitted Diseases*. 2023;50(3).
61. Carroll J-A, Mullens AB, Warzywoda S, Baker PRA, Stafford M, McMillan F, et al. Acceptability and feasibility of pre-exposure prophylaxis for bacterial STIs: a systematic review. *PLOS ONE*. 2025;20(2):e0317669. 10.1371/journal.pone.0317669.
62. Cornelisse VJ, Riley B, Medland NA. Australian consensus statement on doxycycline post-exposure prophylaxis (doxy-PEP) for the prevention of syphilis, chlamydia and gonorrhoea among gay, bisexual and other men who have sex with men. *Medical Journal of Australia*. 2024;220(7):381-6. <https://doi.org/10.5694/mja2.52258>.
63. Doxy post-exposure prophylaxis for STI not endorsed by BREACH. Belgian Research HIV consortium; 2024. Available from: <https://breach-hiv.be/uncategorized/doxy-post-exposure-prophylaxis-for-sti-not-endorsed-by-breach/>.
64. Laura H. Bachmann, Lindley A. Barbee, Philip Chan, Hilary Reno, Kimberly A. Workowski, Karen Hoover, et al. CDC Clinical Guidelines on the Use of Doxycycline Postexposure Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infection Prevention. 2024;73(2):1-8.
65. Preventative Care: Post-Exposure Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infections (STI PEP). Oregon Board of Pharmacy; 2024. Available from: https://www.oregon.gov/pharmacy/Documents/PrevCare_STI_PEP_v.06.2024.pdf.
66. Doxy-PEP prescribing guide for San Francisco providers. San Francisco Department of Health; 2024. Available from: https://media.api.sf.gov/documents/Doxy-PEP_Provider_rev9.10.24.pdf.
67. On Amendments to Order No. 360 of the Ministry of Health of Ukraine dated July 19, 2005. МоН. 1971. (2021).
68. Настанова 00253. Хламідійний уретрит і цервіцит. Міністерство охорони здоров'я України; 2017. Available from: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3139>.
69. Стандарт медичної допомоги: Сифіліс. Міністерство охорони здоров'я України; 2023. Available from: https://moz.gov.ua/uploads/9/45843-dn_743_18042023_dod.pdf.
70. Про комплексні заходи для запобігання розповсюдженню хвороб, що передаються статевим шляхом. КМУ. 357. (1998).
71. Про невідкладні заходи протидії в Україні розповсюдженню хвороб, що передаються статевим шляхом. МОЗ. 92. (1998).
72. Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації. МОЗ. 905. (2015).
73. Про затвердження форм звітності та інструкцій щодо їх заповнення (Форма звітності № 9 (річна) "Звіт про захворювання, які передаються переважно статевим шляхом, грибові шкірні хвороби та коросту за 20__ рік". МОЗ. 2111. (2025).

74. Гонококова інфекція: адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України; 2017. Available from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/01/akn_honor.pdf.
75. Boiko I, Krynytska I, Kohut I, Bezkorovaina H, Stepanenko V. Diagnostics of gonococcal infection in ukraine: current challenges in resource-constrained settings. *Eurasian J Med*. 2021;53(3):180-4. 10.5152/eurasianjmed.2021.20043.
76. Стандарт медичної допомоги "ВІЛ-інфекція". Міністерство охорони здоров'я України; 2025. Available from: https://moz.gov.ua/storage/uploads/a19235a4-564f-4f33-b2ce-f879edde9f59/dn_916_03062025_dod.pdf.
77. EACS Guidelines - Prophylaxis for Bacterial STIs - DoxyPEP: European AIDS Clinical Society; 2025. Available from: <https://eacs.sanfordguide.com/en/eacs-hiv/eacs-section4/sexual-reproductive-health/sexual-transmission-hiv>.
78. Hornuss D, Mathé P, Usadel S, Zimmermann S, Müller M, Rieg S. Already current practice? A snapshot survey on doxycycline use for prevention of sexually transmitted infections in parts of the German MSM community. *Infection*. 2023;51(6):1831-4. 10.1007/s15010-023-02086-9.
79. Evers YJ, van Liere GAFS, Dukers-Muijters NHTM, Hoebe CIPA. Use of doxycycline and other antibiotics to prevent STIs among men who have sex with men visiting sexual health clinics in the Netherlands. *Sexually Transmitted Infections*. 2020;96(7):550. 10.1136/sextrans-2019-054325.
80. Villanueva Baselga S, Ruben M, Luis V. A practice already in use: a snapshot survey on the use of doxycycline as a preventive strategy (Doxy-PEP and Doxy-PrEP) in the GBMSM population in Spain. *Infection*. 2025;53(1):437-41. 10.1007/s15010-024-02320-y.
81. Carveth-Johnson T, Stingone C, Nwokolo N, Whitlock G. Doxycycline use in MSM taking PrEP. *The Lancet HIV*. 2018;5(9):e482. 10.1016/S2352-3018(18)30210-8.
82. Teker B, Hoornenborg E, Schim van der Loeff MF, Boyd A, Heijne JC, Prins M, et al. Emergent informal use of doxycycline post- and pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men and transgender and gender diverse people, the Netherlands, 2024. *Eurosurveillance*. 2025;30(26):2400707. doi:<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.26.2400707>.
83. Chow EPF, Fairley CK. Use of doxycycline prophylaxis among gay and bisexual men in Melbourne. *The Lancet HIV*. 2019;6(9):e568-e9. 10.1016/S2352-3018(19)30186-9.
84. Докси-профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом: Фонд menZDRAV. Available from: <https://menzdrav.org/doksi-profilaktika-infektsij-shho-peredayutsya-statevim-shlyahom>.
85. Park JJ, Stafylis C, Pearce DD, Taylor J, Little SJ, Kojima N, et al. Interest, Concerns, and Attitudes Among Men Who Have Sex With Men and Health Care Providers Toward Prophylactic Use of Doxycycline Against Chlamydia trachomatis Infections and Syphilis. *Sexually Transmitted Diseases*. 2021;48(9).
86. Spinelli MA, Scott HM, Vittinghoff E, Liu AY, Coleman K, Buchbinder SP. High Interest in Doxycycline for Sexually Transmitted Infection Postexposure Prophylaxis in a Multicity Survey of Men Who Have Sex With Men Using a Social Networking Application. *Sexually Transmitted Diseases*. 2019;46(4).
87. Zhang X, Qi S-Z, Du F-Z, Zheng Z-J, Cao N-X, Zheng X-L, et al. Awareness and willingness to accept syphilis chemoprophylaxis among men who have sex with men from three cities in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1926. 10.1186/s12889-022-14323-1.
88. Bui HTM, Adamson PC, Klausner JD, Le GM, Gorbach PM. Doxycycline prophylaxis for sexually transmitted infection prevention in Vietnam: Awareness, attitudes, and willingness to use among men who have sex with men using HIV-PrEP. *medRxiv*. 2024:2024.12.02.24318296. 10.1101/2024.12.02.24318296.
89. Yonko EA, Biello KB, Cormack Orellana C, Richards O, Wright C, Aminzadeh K, et al. DoxyPEP Implementation Preferences for Bacterial STD Prevention Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men Living With and Without HIV in Los Angeles: A Mixed-Methods Approach. *AIDS Patient Care and STDs*. 2025;39(3):84-93. 10.1089/apc.2024.0252.
90. Mogaka FOe, Kwach B, Odira A, O'Malley G, Hearst M, Bukusi EA, et al. Stakeholder perspectives on integrating doxycycline postexposure prophylaxis into Kenyan HIV PrEP programmes. *Sexually Transmitted Infections*. 2025:sextrans-2025-056535. 10.1136/sextrans-2025-056535.
91. Hazra A, McNulty MC, Pyra M, Pagkas-Bather J, Gutierrez JI, Pickett J, et al. Filling in the Gaps: Updates on Doxycycline Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infections. *Clinical Infectious Diseases*. 2024:ciae062. 10.1093/cid/ciae062.

92. IUSTI Europe Position Statement on use of DoxyPEP: June 2024. IUSTI Europe; 2024. Available from: https://iusti.org/wp-content/uploads/2024/06/DOXYPEP-Position-Statement-26_6_24-FINAL.pdf.
93. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2011;38(2):65-76. 10.1007/s10488-010-0319-7.
94. Mukherjee J, Rawat S, ul Hadi S, Aggarwal P, Chakrapani V, Rath P, et al. Understanding the Acceptability of Broadly Neutralizing Antibodies for HIV Prevention Among At-Risk Populations and Feasibility Considerations for Product Introduction in India: Protocol for a Qualitative Study. *JMIR Res Protoc*. 2024;13:e47700. 10.2196/47700.
95. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):88. 10.1186/s12913-017-2031-8.
96. Mensch BS, van der Straten A, Katzen LL. Acceptability in microbicide and PrEP trials: current status and a reconceptualization. *Current Opinion in HIV and AIDS*. 2012;7(6).
97. Manyazewal T. Using the World Health Organization health system building blocks through survey of healthcare professionals to determine the performance of public healthcare facilities. *Archives of Public Health*. 2017;75(1):50. 10.1186/s13690-017-0221-9.

ДОДАТОК 1. ФОРМА СКРИНІНГУ УЧАСНИКІВ

ЧСЧ, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП

Дата: ____/____/____	Місто: ☐ Київ ☐ Львів ☐ Одеса	Унікальний код: _____ (формат: Цільова група_Місто_номер)
----------------------	--	--

1. Ваша стать при народженні:	☐ Чоловік ☐ Інше (вказіть): _____ → Не підлягає включенню
2. Вік (кількість повних років):	____ років → Якщо < 18 → Не підлягає включенню
3. Чи проживаєте ви у цьому місті не менше останніх 3 місяців?	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
4. Як довго Ви проживаєте у цьому місті?	____ місяців
5. Чи змінювали Ви місце проживання після 24 лютого 2022 року через війну? <u>Перевірте квоту (ВПО/не-ВПО)</u>	☐ Так ☐ Ні
→ Якщо Так: а. Населений пункт та область попереднього місця проживання: _____ б. Чи переїхали Ви до цього міста з іншого населеного пункту через війну після лютого 2022? с. Чи тимчасово залишали це місто та повернулися після лютого 2022 року? д. Чи маєте офіційний статус внутрішньо переміщеної особи (ВПО)?	☐ Так, ☐ Ні ☐ Так, ☐ Ні ☐ Так, ☐ Ні
6. Чи мали Ви анальний або оральний секс з одним або кількома партнерами чоловічої статі при народженні протягом останніх 12 місяців?	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
7. Вкажіть кількість таких унікальних партнерів чоловічої статі за останні 12 місяців	_____
8. Чи мали Ви НЕЗАХИЩЕНИЙ анальний або оральний секс з одним або кількома партнерами чоловічої статі при народженні протягом останніх 12 місяців?	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
9. Чи робили Ви коли-небудь тестування на ВІЛ?	☐ Так, ☐ Ні → Не підлягає включенню
10. Яка з цих характеристик найкращим чином описує Ваш досвід лікування або профілактики ВІЛ? <u>Перевірте квоту (Особи, які живуть з ВІЛ/користувачі ПрЕП)</u>	☐ Я живу з ВІЛ (маю діагностовану ВІЛ-інфекцію) ☐ Я робив тест на ВІЛ протягом останніх трьох місяців і приймаю ПрЕП зараз ☐ Я робив тест на ВІЛ протягом останніх трьох місяців і планую почати прийом ПрЕП у найближчі 30 днів
→ Якщо Я живу з ВІЛ (маю діагностовану ВІЛ-інфекцію): а. Коли вперше Вам була діагностовано ВІЛ-інфекцію? б. Чи приймаєте Ви зараз антиретровірусну терапію? → Якщо Так б1. Коли Ви розпочали прийом антиретровірусної терапії? → Якщо Ні б2. Чи приймали Ви раніше антиретровірусну терапію? → Якщо Так б21. Коли Ви в останній раз приймали антиретровірусну терапію?	____ місяць, ____ рік ☐ Так, ☐ Ні ____ місяць, ____ рік ☐ Так, ☐ Ні ____ місяць, ____ рік
→ Якщо Я робив тест на ВІЛ протягом останніх трьох місяців і приймаю ПрЕП зараз: а. Коли Ви почали приймати ПрЕП?	____ місяць, ____ рік
11. Чи було Вам коли-небудь в житті діагностовано бактеріальну ІПСШ?	☐ Так, сифіліс ☐ Так, гонорею ☐ Так, хламідіоз

	☐ Ні, жодної з цих ІПСШ не було діагностовано ☐ Я мав випадок бактеріальної ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз) протягом останніх 12 місяців ☐ Я мав повторний випадок бактеріальної ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз) протягом останніх 12 місяців ☐ Я мав більше 10 партнерів-чоловіків протягом останніх 6 місяців ☐ Я мав досвід групового сексу з чоловіками протягом останніх 12 місяців ☐ Я мав досвід хімсексу протягом останніх 12 місяців ☐ Я надавав сексуальні послуги за плату протягом останніх 12 місяців ☐ Я брав участь у секс-вечірках з чоловіками протягом останніх 12 місяців ☐ Жодне з цих тверджень → <i>Не підлягає включенню</i>
12. Які з цих тверджень описують Ваш попередній досвід з інфекціями, що передаються статевим шляхом, або сексуальну поведінку? → Якщо Я мав випадок бактеріальної ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз) протягом останніх 12 місяців: а. Яку бактеріальну ІПСШ Ви мали за цей час? → Якщо Сифіліс а1. Коли в останній раз Ви мали випадок сифілісу? а2. Чи робили Ви тестування на сифіліс? а3. Чи проходили Ви лікування у зв'язку з сифілісом протягом цього часу? → Якщо Гонорея б1. Коли в останній раз Ви мали випадок гонореї? б2. Чи робили Ви тестування на гонорею? б3. Чи проходили Ви лікування у зв'язку з гонореєю протягом цього часу? → Якщо Хламідіоз с1. Коли в останній раз Ви мали випадок хламідіозу? с2. Чи робили Ви тестування на хламідіоз? с3. Чи проходили Ви лікування у зв'язку з хламідіозом протягом цього часу?	☐ Сифіліс, ☐ Гонорея, ☐ Хламідіоз ___ місяць, ___ рік ☐ Так, ☐ Ні ☐ Так, ☐ Ні ___ місяць, ___ рік ☐ Так, ☐ Ні ☐ Так, ☐ Ні ___ місяць, ___ рік ☐ Так, ☐ Ні ☐ Так, ☐ Ні
→ Якщо Я мав повторний випадок бактеріальної ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз) протягом останніх 12 місяців: а. Яку повторну бактеріальну ІПСШ Ви мали за цей час? → Якщо Сифіліс а1. Скільки разів за останні 12 місяців Ви мали повторні випадки? → Якщо Гонорея б1. Скільки разів за останні 12 місяців Ви мали повторні випадки? → Якщо Хламідіоз с1. Скільки разів за останні 12 місяців Ви мали повторні випадки?	☐ Сифіліс, ☐ Гонорея, ☐ Хламідіоз ___ кількість разів ___ кількість разів ___ кількість разів
→ Якщо Я мав більше 10 партнерів-чоловіків протягом останніх 6 місяців:	☐ Варіант відповіді узгоджується з відповіддю на питання 7 ☐ Варіант відповіді не узгоджується з відповіддю на питання 7 → <i>Перевірити коректність відповідей</i>
→ Якщо Я мав досвід групового сексу з чоловіками протягом останніх 12 місяців: а. Скільки разів за останні 12 місяців це робили? б. Коли в останній раз Ви це робили?	___ кількість разів ___ місяць, ___ рік
→ Якщо Я мав досвід хімсексу протягом останніх 12 місяців: а. Скільки разів за останні 12 місяців це робили? б. Коли в останній раз Ви це робили?	___ кількість разів ___ місяць, ___ рік
→ Якщо Я надавав сексуальні послуги за плату протягом останніх 12 місяців: а. Скільки разів за останні 12 місяців це робили?	___ кількість разів

б. Коли в останній раз Ви це робили?	___ місяць, ___ рік
→ Якщо брав участь у секс-вечірках з чоловіками протягом останніх 12 місяців:	
а. Скільки разів за останні 12 місяців це робили?	___ кількість разів
б. Коли в останній раз Ви це робили?	___ місяць, ___ рік
13. Чи використовуєте Ви зараз доксициклін для профілактики, непов'язаної з ІПСШ (наприклад, лікування акне)?	☐ Так, для _____ ☐ Ні
14. Чи плануєте Ви використовувати доксициклін у найближчі 30 днів для профілактики, непов'язаної з ІПСШ (наприклад, лікування акне)?	☐ Так, для _____ ☐ Ні
15. Чи маєте Ви алергію на тетрациклін або приймаєте ліки, несумісні з доксицикліном (наприклад, системні ретиноїди, барбітурати, карбамазепін, фенітоїн)?	☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю
→ Якщо Так: а. Коротко опишіть	_____
16. Поточна участь у дослідженнях, що створюють конфлікт інтересів або ризики повторного рекрутингу	☐ Так → Не підлягає включенню ☐ Ні
17. Такий ступінь алкогольного або наркотичного сп'яніння, який не дозволяє розуміти та відповідати на запитання	☐ Так → Не підлягає включенню ☐ Ні
18. Співробітник дослідницької групи або особа, що має підлегли стосунки з дослідниками	☐ Так → Не підлягає включенню ☐ Ні
19. Здатність брати участь в інтерв'ю українською або російською мовами	☐ Так, українською ☐ Так, російською ☐ Ні → Не підлягає включенню
20. Готовність до аудіозапису інтерв'ю (із гарантією конфіденційності)	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
21. Усна інформована згода отримана	☐ Так, ☐ Ні → Не підлягає включенню
22. Бажаний формат інтерв'ю	☐ Онлайн (Zoom/Teams), ☐ Очно (офіс НУО, безпечна локація)
23. Запланована дата інтерв'ю	___/___/___
24. Ім'я рекрутера / організація	_____
25. Бажаний гендер інтерв'юера	☐ Чоловік, ☐ Жінка, ☐ Байдуже
26. Призначений інтерв'юер	_____
27. Бажаний спосіб надання компенсації	☐ Переказ на картку, ☐ Мобільний рахунок
28. Усі критерії включення виконано	☐ Так, ☐ Ні
29. Квоти (живуть з ВІЛ / приймають ПрЕП, ВПО/не-ВПО, досвід хімсексу або групового сексу) дотримані	☐ Так, ☐ Ні
30. Учасника внесено до Журналу рекрутингу та обліку учасників:	☐ Так

Транс*жінки, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП

Дата: ____/____/____	Місто: ☐ Київ ☐ Львів ☐ Одеса	Унікальний код: _____ <i>(формат: Цільова група_Місто_номер)</i>
-----------------------------	---	--

1. Ваша стать при народженні:	☐ Чоловік ☐ Інше (вказіть): _____ → <i>Не підлягає включенню</i>
2. Ким Ви себе відчуваєте?	☐ Чоловіком → <i>Не підлягає включенню</i> ☐ Жінкою ☐ Ні чоловіком, ні жінкою → <i>Не підлягає включенню</i>
3. Вік (кількість повних років):	____ років → <i>Якщо < 18 → Не підлягає включенню</i>
4. Чи проживаєте ви у цьому місті не менше останніх 3 місяців?	☐ Так ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
5. Як довго Ви проживаєте у цьому місті?	____ місяців
6. Чи змінювали Ви місце проживання після 24 лютого 2022 року через війну? <u>Перевірте квоту (ВПО/не-ВПО)</u> → <i>Якщо Так:</i>	☐ Так ☐ Ні
a. Населений пункт та область попереднього місця проживання: b. Чи переїхали Ви до цього міста з іншого населеного пункту через війну після лютого 2022? c. Чи тимчасово залишали це місто та повернулися після лютого 2022 року? d. Чи маєте офіційний статус внутрішньо переміщеної особи (ВПО)?	_____ ☐ Так, ☐ Ні ☐ Так, ☐ Ні ☐ Так, ☐ Ні
7. Чи вживали Ви коли-небудь гормональні препарати для корекції приналежності тіла/статті? <u>Перевірте квоту (гормональна терапія/без гормональної терапії)</u>	☐ Так ☐ Ні
8. Чи проходили Ви коли-небудь інші медичні процедури з метою корекції тіла? → <i>Якщо Так:</i>	☐ Так ☐ Ні
a. Вкажіть які саме (наприклад, ін'єкції колагену, силікону, генітальна пластика, операції на молочних залозах тощо)	_____
9. Чи мали Ви анальний або оральний секс з одним або кількома партнерами чоловічої статті при народженні протягом останніх 12 місяців?	☐ Так ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
10. Вкажіть кількість таких унікальних партнерів чоловічої статті за останні 12 місяців	_____
11. Чи мали Ви НЕЗАХИЩЕНИЙ анальний або оральний секс з одним або кількома партнерами чоловічої статті при народженні протягом останніх 12 місяців?	☐ Так ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
12. Чи робили Ви коли-небудь тестування на ВІЛ?	☐ Так ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
13. Яка з цих характеристик найкращим чином описує Ваш досвід лікування або профілактики ВІЛ? <u>Перевірте квоту (Особи, які живуть з ВІЛ/користувачі ПрЕП)</u>	☐ Я живу з ВІЛ (маю діагностовану ВІЛ-інфекцію) ☐ Я робила тест на ВІЛ протягом останніх трьох місяців і приймаю ПрЕП зараз ☐ Я робила тест на ВІЛ протягом останніх трьох місяців і планую почати прийом ПрЕП у найближчі 30 днів
→ <i>Якщо Я живу з ВІЛ (маю діагностовану ВІЛ-інфекцію):</i> a. Коли вперше Вам була діагностовано ВІЛ-інфекцію? b. Чи приймаєте Ви зараз антиретровірусну терапію? → <i>Якщо Так</i> b1. Коли Ви розпочали прийом антиретровірусної терапії?	____ місяць, ____ рік ☐ Так, ☐ Ні ____ місяць, ____ рік

→ Якщо Ні b2. Чи приймали Ви раніше антиретровірусну терапію? → Якщо Так b21. Коли Ви в останній раз приймали антиретровірусну терапію?	☐ Так, ☐ Ні ____ місяць, ____ рік
→ Якщо Я робила тест на ВІЛ протягом останніх трьох місяців і приймаю ПрЕП зараз: а. Коли Ви почали приймати ПрЕП?	____ місяць, ____ рік
14. Чи було Вам коли-небудь в житті діагностовано бактеріальну ІПСШ?	☐ Так, сифіліс ☐ Так, гонорею ☐ Так, хламідіоз ☐ Ні, жодної з цих ІПСШ не було діагностовано
15. Які з цих тверджень описують Ваш попередній досвід з інфекціями, що передаються статевим шляхом, або сексуальну поведінку?	☐ Я мала випадок бактеріальної ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз) протягом останніх 12 місяців ☐ Я мала повторний випадок бактеріальної ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз) протягом останніх 12 місяців ☐ Я мала більше 10 партнерів-чоловіків протягом останніх 6 місяців ☐ Я мала досвід групового сексу з чоловіками протягом останніх 12 місяців ☐ Я мала досвід хімсексу протягом останніх 12 місяців ☐ Я надавала сексуальні послуги за плату протягом останніх 12 місяців ☐ Я брала участь у секс-вечірках з чоловіками протягом останніх 12 місяців ☐ Жодне з цих тверджень → Не підлягає включенню
→ Якщо Я мала випадок бактеріальної ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз) протягом останніх 12 місяців: а. Яку бактеріальну ІПСШ Ви мали за цей час? → Якщо Сифіліс a1. Коли в останній раз Ви мали випадок сифілісу? a2. Чи робили Ви тестування на сифіліс? a3. Чи проходили Ви лікування у зв'язку з сифілісом протягом цього часу? → Якщо Гонорея b1. Коли в останній раз Ви мали випадок гонореї? b2. Чи робили Ви тестування на гонорею? b3. Чи проходили Ви лікування у зв'язку з гонореєю протягом цього часу? → Якщо Хламідіоз c1. Коли в останній раз Ви мали випадок хламідіозу? c2. Чи робили Ви тестування на хламідіоз? c3. Чи проходили Ви лікування у зв'язку з хламідіозом протягом цього часу?	☐ Сифіліс, ☐ Гонорея, ☐ Хламідіоз ____ місяць, ____ рік ☐ Так, ☐ Ні ☐ Так, ☐ Ні ____ місяць, ____ рік ☐ Так, ☐ Ні ☐ Так, ☐ Ні ____ місяць, ____ рік ☐ Так, ☐ Ні ☐ Так, ☐ Ні
→ Якщо Я мала повторний випадок бактеріальної ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз) протягом останніх 12 місяців: а. Яку повторну бактеріальну ІПСШ Ви мали за цей час? → Якщо Сифіліс a1. Скільки разів за останні 12 місяців Ви мали повторні випадки? → Якщо Гонорея b1. Скільки разів за останні 12 місяців Ви мали повторні випадки? → Якщо Хламідіоз c1. Скільки разів за останні 12 місяців Ви мали повторні випадки?	☐ Сифіліс, ☐ Гонорея, ☐ Хламідіоз ____ кількість разів ____ кількість разів ____ кількість разів
→ Якщо Я мала більше 10 партнерів-чоловіків протягом останніх 6 місяців:	☐ Варіант відповіді узгоджується з відповіддю на питання 10

	☐ Варіант відповіді не узгоджується з відповіддю на питання 10 → Перевірити коректність відповідей
→ Якщо Я мала досвід групового сексу з чоловіками протягом останніх 12 місяців: a. Скільки разів за останні 12 місяців це робили? b. Коли в останній раз Ви це робили?	___ кількість разів ___ місяць, ___ рік
→ Якщо Я мала досвід хімсексу протягом останніх 12 місяців: a. Скільки разів за останні 12 місяців це робили? b. Коли в останній раз Ви це робили?	___ кількість разів ___ місяць, ___ рік
→ Якщо Я надавала сексуальні послуги за плату протягом останніх 12 місяців: a. Скільки разів за останні 12 місяців це робили? b. Коли в останній раз Ви це робили?	___ кількість разів ___ місяць, ___ рік
→ Якщо брала участь у секс-вечірках з чоловіками протягом останніх 12 місяців: a. Скільки разів за останні 12 місяців це робили? b. Коли в останній раз Ви це робили?	___ кількість разів ___ місяць, ___ рік
16. Чи використовуєте Ви зараз доксициклін для профілактики, непов'язаної з ІПСШ (наприклад, лікування акне)?	☐ Так, для _____ ☐ Ні
17. Чи плануєте Ви використовувати доксициклін у найближчі 30 днів для профілактики, непов'язаної з ІПСШ (наприклад, лікування акне)?	☐ Так, для _____ ☐ Ні
18. Чи маєте Ви алергію на тетрациклін або приймаєте ліки, несумісні з доксицикліном (наприклад, системні ретиноїди, барбітурати, карбамазепін, фенітоїн)?	☐ Так ☐ Ні ☐ Не знаю
→ Якщо Так: a. Коротко опишіть	_____
19. Поточна участь у дослідженнях, що створюють конфлікт інтересів або ризики повторного рекрутингу	☐ Так → Не підлягає включенню ☐ Ні
20. Такий ступінь алкогольного або наркотичного сп'яніння, який не дозволяє розуміти та відповідати на запитання	☐ Так → Не підлягає включенню ☐ Ні
21. Співробітник дослідницької групи або особа, що має підлегли стосунки з дослідниками	☐ Так → Не підлягає включенню ☐ Ні
22. Здатність брати участь в інтерв'ю українською або російською мовами	☐ Так, українською ☐ Так, російською ☐ Ні → Не підлягає включенню
23. Готовність до аудіозапису інтерв'ю (із гарантією конфіденційності)	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
24. Усна інформована згода отримана	☐ Так, ☐ Ні → Не підлягає включенню
25. Бажаний формат інтерв'ю	☐ Онлайн (Zoom/Teams), ☐ Очно (офіс НУО, безпечна локація)
26. Запланована дата інтерв'ю	_____/_____/_____
27. Ім'я рекрутера / організація	_____
28. Бажаний гендер інтерв'юера	☐ Чоловік, ☐ Жінка, ☐ Байдуже
29. Призначений інтерв'юер	_____
30. Бажаний спосіб надання компенсації	☐ Переказ на картку, ☐ Мобільний рахунок
31. Усі критерії включення виконано	☐ Так, ☐ Ні
32. Квоти (живуть з ВІЛ / приймають ПрЕП, ВПО/не-ВПО, досвід гормональної терапії) дотримані	☐ Так, ☐ Ні
33. Учасника внесено до Журналу рекрутингу та обліку учасників:	☐ Так

Фахівці неурядових організацій, які надають послуги ЧСЧ та транс*жінкам у профілактиці ВІЛ/ІПСШ

Дата: ____/____/____	Місто: ☐ Київ ☐ Львів ☐ Одеса	Унікальний код: _____ (формат: Цільова група_Місто_номер)
----------------------	--	--

1. Ваш гендер:	☐ Чоловік ☐ Жінка ☐ Інше (вказіть) _____
2. Вік (кількість повних років):	____ років → Якщо < 18 → Не підлягає включенню
3. Чи проживаєте ви у цьому місті не менше останніх 3 місяців?	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
4. Чи працюєте Ви в неурядовій організації, яка надає послуги ЧСЧ та транс*жінкам у профілактиці ВІЛ/ІПСШ?	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
→ Якщо Так: а. Яка Ваша поточна організація? б. Ваша роль/посада с. Тип зайнятості с. Формат зайнятості	_____ _____ ☐ Постійна зайнятність, ☐ Часткова зайнятність ☐ Штатний працівник, ☐ Консультант
5. Скільки часу Ви працюєте у програмах профілактики ВІЛ/ІПСШ, що охоплюють ЧСЧ та/або транс*жінок?	____ років ____ місяців → Якщо < 1 рік → Не підлягає включенню
6. Скільки часу Ви працюєте у програмах профілактики ВІЛ/ІПСШ, що охоплюють ЧСЧ та/або транс*жінок, у поточній організації?	____ років ____ місяців → Якщо < 1 рік → Не підлягає включенню
7. Які з цих характеристик найкращим чином описують Вашу поточну роботу?	☐ Безпосередня робота з клієнтами (навігація, кейс-менеджмент, консультування, тестування, супровід на ПрЕП/АРТ, психосоціальна підтримка тощо) ☐ Управління або координація проєктів, які охоплюють ЧСЧ та/або транс*жінок ☐ Адміністративні або технічні функції без участі у реалізації програм → Якщо це єдиний обраний варіант → Не підлягає включенню
8. З ким Ви регулярно працюєте у межах програм профілактики ВІЛ/ІПСШ? <i>Перевірте квоту (ЧСЧ/транс*жінки)</i>	☐ Тільки з ЧСЧ ☐ Тільки з транс*жінками ☐ І з ЧСЧ, і з транс*жінками
9. До надання яких видів послуг Ви залучені?	☐ Супровід на ПрЕП (ініціація, прихильність, навігація) ☐ Супровід на АРТ (ініціація, прихильність, навігація) ☐ Тестування на ВІЛ (у т.ч. самотестування) ☐ Тестування/направлення/лікування ІПСШ ☐ Навігація / кейс-менеджмент ☐ Психосоціальна підтримка ☐ Профілактичні матеріали (презервативи, лубриканти тощо) ☐ Юридична / правозахисна підтримка ☐ Інше (вказіть) _____
10. Чи має Ваша організація чинні внутрішні протоколи або алгоритми, пов'язані з Доксі-ПЕП?	☐ Так, ☐ Ні, ☐ Не знаю
→ Якщо Так: а. Коротко опишіть	
11. Поточна участь у дослідженнях, що створюють конфлікт інтересів або ризики повторного рекрутингу	☐ Так → Не підлягає включенню ☐ Ні
12. Такий ступінь алкогольного або наркотичного сп'яніння, який не дозволяє розуміти та відповідати на запитання	☐ Так → Не підлягає включенню ☐ Ні

13. Співробітник дослідницької групи або особа, що має підлеглі стосунки з дослідниками	☐ Так → <i>Не підлягає включенню</i> ☐ Ні
14. Здатність брати участь в інтерв'ю українською або російською мовами	☐ Так, українською ☐ Так, російською ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
15. Готовність до аудіозапису інтерв'ю (із гарантією конфіденційності)	☐ Так ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
16. Усна інформована згода отримана	☐ Так, ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
17. Бажаний формат інтерв'ю	☐ Онлайн (Zoom/Teams), ☐ Очно (офіс НУО, безпечна локація)
18. Запланована дата інтерв'ю	____/____/____
19. Ім'я рекрутера / організація	_____
20. Бажаний гендер інтерв'юера	☐ Чоловік, ☐ Жінка, ☐ Байдуже
21. Призначений інтерв'юер	_____
22. Бажаний спосіб надання компенсації	☐ Переказ на картку, ☐ Мобільний рахунок
23. Усі критерії включення виконано	☐ Так, ☐ Ні
24. Квоти (ЧСЧ/транс*жінки) дотримані	☐ Так, ☐ Ні
25. Учасника внесено до Журналу рекрутингу та обліку учасників:	☐ Так

Медичні працівники, які надають послуги з лікування та профілактики ВІЛ та/або ІПСШ

Дата: ____/____/____	Місто: ☐ Київ ☐ Львів ☐ Одеса	Унікальний код: _____ (формат: Цільова група_Місто_номер)
-----------------------------	---	---

1. Ваш гендер:	☐ Чоловік ☐ Жінка ☐ Інше (вказіть) _____
2. Вік (кількість повних років):	____ років → Якщо < 18 → Не підлягає включенню
3. Чи проживаєте ви у цьому місті не менше останніх 3 місяців?	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
4. Чи працюєте Ви в закладі охорони здоров'я, що надає послуги з АРТ, ПрЕП, тестування або лікування ІПСШ?	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
→ Якщо Так: a. Який Ваш поточний заклад? b. Тип закладу c. Рівень закладу <u>Перевірте квоту (рівень/тип закладу)</u>	_____ ☐ Державний, ☐ Комунальний, ☐ Приватний ☐ Первинна, ☐ Вторинна, ☐ Третинна ланка,
5. Яка Ваша поточна посада?	_____
6. Яка Ваша медична спеціалізація?	☐ Інфекціоніст ☐ Дерматовенеролог ☐ Сімейний лікар ☐ Інше (вказіть) _____ → Якщо не має медичної спеціалізації або клінічної практики → Не підлягає включенню
7. Скільки часу Ви працюєте у сфері профілактики або лікування ВІЛ/ІПСШ?	____ років ____ місяців → Якщо < 1 рік → Не підлягає включенню
8. Чи маєте Ви досвід роботи з пацієнтами з числа ЧСЧ та/або транс*жінок?	☐ Так, тільки з ЧСЧ ☐ Так, тільки з транс*жінками ☐ Так, і з ЧСЧ, і з транс*жінками ☐ Ні → Не підлягає включенню
→ Якщо Так: a. Скільки приблизно пацієнтів з числа представників цих груп Ви приймаєте щомісяця?	☐ _____ ЧСЧ ☐ _____ транс*жінок
9. Які з цих характеристик найкращим чином описують Вашу поточну роботу?	☐ Надання АРТ / консультування пацієнтів, які живуть з ВІЛ ☐ Призначення / моніторинг ПрЕП ☐ Тестування на ВІЛ або ІПСШ ☐ Лікування ІПСШ ☐ Психосоціальне або поведінкове консультування ☐ Інше клінічне залучення (вказіть) _____ ☐ Адміністративні або технічні функції без участі у наданні послуг пацієнтам → Якщо це єдиний обраний варіант → Не підлягає включенню
10. Чи була у Вас перерва в клінічній роботі понад 12 місяців?	☐ Так → Не підлягає включенню ☐ Ні
11. Чи готові Ви обговорювати аспекти профілактики ІПСШ і практики консультування пацієнтів протягом інтерв'ю?	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
12. Чи має Ваша організація або Ви чинні внутрішні протоколи або алгоритми, пов'язані з Доксі-ПЕП?	☐ Так, ☐ Ні, ☐ Не знаю
→ Якщо Так: a. Коротко опишіть	_____
13. Поточна участь у дослідженнях, що створюють конфлікт інтересів або ризики повторного рекрутингу	☐ Так → Не підлягає включенню ☐ Ні

14. Такий ступінь алкогольного або наркотичного сп'яніння, який не дозволяє розуміти та відповідати на запитання	☐ Так → <i>Не підлягає включенню</i> ☐ Ні
15. Співробітник дослідницької групи або особа, що має підлегли стосунки з дослідниками	☐ Так → <i>Не підлягає включенню</i> ☐ Ні
16. Здатність брати участь в інтерв'ю українською або російською мовами	☐ Так, українською ☐ Так, російською ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
17. Готовність до аудіозапису інтерв'ю (із гарантією конфіденційності)	☐ Так ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
18. Усна інформована згода отримана	☐ Так, ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
19. Бажаний формат інтерв'ю	☐ Онлайн (Zoom/Teams), ☐ Очно (офіс НУО, безпечна локація)
20. Запланована дата інтерв'ю	____/____/____
21. Ім'я рекрутера / організація	_____
22. Бажаний гендер інтерв'юера	☐ Чоловік, ☐ Жінка, ☐ Байдуже
23. Призначений інтерв'юер	_____
24. Бажаний спосіб надання компенсації	☐ Переказ на картку, ☐ Мобільний рахунок
25. Усі критерії включення виконано	☐ Так, ☐ Ні
26. Квоти (ЧСЧ/транс*жінки) дотримані	☐ Так, ☐ Ні
27. Учасника внесено до Журналу рекрутингу та обліку учасників:	☐ Так

Активісти та представники організацій на базі спільнот ЧСЧ і транс*жінок

Дата: ____/____/____	Місто: ☐ Київ ☐ Львів ☐ Одеса ☐ Нац.рівень	Унікальний код: _____ <i>(формат: Цільова група_Місто_номер)</i>
-----------------------------	--	--

1. Ваш гендер:	☐ Цисгендерний чоловік ☐ Цисгендерна жінка ☐ Транс*чоловік ☐ Транс*жінка ☐ Небінарна персона ☐ Інше (вказіть) _____
2. Вік (кількість повних років):	____ років → Якщо < 18 → Не підлягає включенню
3. Чи проживаєте ви у цьому місті не менше останніх 3 місяців?	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
4. Чи працюєте Ви або є волонтером організацій на базі спільнот ЧСЧ та/або транс*жінок?	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
→ Якщо Так: a. Як називається організація або ініціативна група? b. Тип	_____ ☐ Офіційно зареєстрована організація ☐ Ініціативна група
5. Які Ваш статус/роль у ній?	☐ Лідер/засновник ☐ Координатор/менеджер ☐ Активіст/член команди ☐ Інше (вказіть) _____ → Якщо не є представником або учасником організації на базі спільноти → Не підлягає включенню
6. З якою цільовою групою працює Ваша організація? <u>Перевірте квоту (ЧСЧ/транс*жінки)</u>	☐ Тільки з ЧСЧ ☐ Тільки з транс*жінками ☐ І з ЧСЧ, і з транс*жінками ☐ З жодною → Не підлягає включенню
7. Якими напрямками діяльності організації Ви займаєтесь?	☐ Адвокація прав ЧСЧ / транс*жінок ☐ Доступ до медичних та профілактичних послуг ☐ Профілактика ВІЛ/ІПСШ ☐ Підтримка здоров'я ЛГБТ-спільнот ☐ Психосоціальна підтримка / групи взаємодопомоги ☐ Інформування, просвітництво, комунікаційні кампанії ☐ Інше (вказіть) _____ → Якщо жоден варіант не стосується ВІЛ/ІПСШ або ЛГБТ-здоров'я → Не підлягає включенню
8. Скільки часу Ви залучені до діяльності у сфері громадського здоров'я, профілактики ВІЛ/ІПСШ або захисту прав ЧСЧ/транс*жінок?	____ років ____ місяців → Якщо < 1 рік → Не підлягає включенню
9. Коротко опишіть, у чому полягає Ваша участь в діяльності організації або ініціативи:	_____
10. Чи має Ваша організація або Ви чинні внутрішні протоколи або алгоритми, пов'язані з Доксі-ПЕП?	☐ Так, ☐ Ні, ☐ Не знаю
→ Якщо Так: a. Коротко опишіть	_____
11. Поточна участь у дослідженнях, що створюють конфлікт інтересів або ризики повторного рекрутингу	☐ Так → Не підлягає включенню ☐ Ні
12. Такий ступінь алкогольного або наркотичного сп'яніння, який не дозволяє розуміти та відповідати на запитання	☐ Так → Не підлягає включенню ☐ Ні
13. Співробітник дослідницької групи або особа, що має підлеглі стосунки з дослідниками	☐ Так → Не підлягає включенню ☐ Ні

14. Здатність брати участь в інтерв'ю українською або російською мовами	☐ Так, українською ☐ Так, російською ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
15. Готовність до аудіозапису інтерв'ю (із гарантією конфіденційності)	☐ Так ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
16. Усна інформована згода отримана	☐ Так, ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
17. Бажаний формат інтерв'ю	☐ Онлайн (Zoom/Teams), ☐ Очно (офіс НУО, безпечна локація)
18. Запланована дата інтерв'ю	____/____/____
19. Ім'я рекрутера / організація	_____
20. Бажаний гендер інтерв'юера	☐ Чоловік, ☐ Жінка, ☐ Байдуже
21. Призначений інтерв'юер	_____
22. Бажаний спосіб надання компенсації	☐ Переказ на картку, ☐ Мобільний рахунок
23. Усі критерії включення виконано	☐ Так, ☐ Ні
24. Квоти (ЧСЧ/транс*жінки) дотримані	☐ Так, ☐ Ні
25. Учасника внесено до Журналу рекрутингу та обліку учасників:	☐ Так

Представники установ і організацій, залучених до національної або регіональної відповіді на ВІЛ/ІПСШ

Дата: ____/____/____	Місто: ☐ Київ ☐ Львів ☐ Одеса ☐ Нац.рівень	Унікальний код: _____ (формат: Цільова група_Місто_номер)
----------------------	---	--

1. Ваш гендер:	☐ Чоловік ☐ Жінка ☐ Інше (вказіть) _____
2. Вік (кількість повних років):	____ років → Якщо < 18 → Не підлягає включенню
3. Чи проживаєте ви у цьому місті не менше останніх 3 місяців?	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
4. Чи працюєте Ви в установі або організації, залученої до національної або регіональної відповіді на ВІЛ/ІПСШ/АМР?	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
→ Якщо Так: а. Як називається установа/організація? б. Тип інституції <u>Перевірте квоту (державна/ міжнародна/ донорська/ академічна/ громадська)</u>	☐ Державна (МОЗ, ЦГЗ, НСЗУ, регіональний департамент тощо) ☐ Міжнародна / міжурядова (ВООЗ, ЮНЕЙДС, CDC тощо) ☐ Донорська (Глобальний фонд, PEPFAR тощо) ☐ Академічна / професійна (університет, асоціація лікарів) ☐ Громадська / благодійна ☐ Інше (вказіть) _____
5. Який рівень діяльності Вашої інституції? <u>Перевірте квоту (національний/регіональний)</u>	☐ Національний рівень ☐ Регіональний рівень
6. Який професійний профіль найкраще описує Вашу діяльність?	☐ Клінічний (лікування, ІПСШ, ВІЛ) ☐ Програмний / управлінський (координація, політика, фінансування) ☐ Аналітичний / дослідницький (моніторинг, оцінювання, аналітика) ☐ Жоден з цих → Не підлягає включенню
7. Яку посаду Ви займаєте?	_____
8. Яким чином Ви могли б описати свої основні функції?	☐ Ухвалення рішень або участь у формуванні політики ☐ Експертна або консультативна діяльність у сфері ВІЛ / ІПСШ / антимікробної резистентності ☐ Координація або управління програмами / проектами ☐ Аналітична / дослідницька діяльність ☐ Інше (вказіть) _____ → Якщо посада / роль не пов'язана з політикою або практикою у сфері ВІЛ/ІПСШ/АМР → Не підлягає включенню
9. Скільки часу Ви залучені до діяльності у сфері ВІЛ / ІПСШ / антимікробної резистентності?	____ років ____ місяців → Якщо < 1 рік → Не підлягає включенню
10. Чи берете Ви участь у національних або регіональних платформах, робочих групах чи комітетах, пов'язаних із ВІЛ, ІПСШ чи АМР?	☐ Так ☐ Ні
→ Якщо Так: а. Вкажіть які саме	_____
11. Чи готові Ви обговорювати питання профілактики ІПСШ, антибіотикорезистентності та потенційну інтеграцію Доксі-ПЕП у програми?	☐ Так ☐ Ні → Не підлягає включенню
12. Чи має Ваша організація або Ви чинні внутрішні протоколи або алгоритми, пов'язані з Доксі-ПЕП?	☐ Так, ☐ Ні, ☐ Не знаю
→ Якщо Так: а. Коротко опишіть	_____

13. Чи маєте Ви будь-які поточні або минулі фінансові / професійні зв'язки з фармацевтичними компаніями або постачальниками антибіотиків?	☐ Так → <i>Не підлягає включенню</i> ☐ Ні
14. Поточна участь у дослідженнях, що створюють конфлікт інтересів або ризики повторного рекрутингу	☐ Так → <i>Не підлягає включенню</i> ☐ Ні
15. Такий ступінь алкогольного або наркотичного сп'яніння, який не дозволяє розуміти та відповідати на запитання	☐ Так → <i>Не підлягає включенню</i> ☐ Ні
16. Співробітник дослідницької групи або особа, що має підлегли стосунки з дослідниками	☐ Так → <i>Не підлягає включенню</i> ☐ Ні
17. Здатність брати участь в інтерв'ю українською або російською мовами	☐ Так, українською ☐ Так, російською ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
18. Готовність до аудіозапису інтерв'ю (із гарантією конфіденційності)	☐ Так ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
19. Усна інформована згода отримана	☐ Так, ☐ Ні → <i>Не підлягає включенню</i>
20. Бажаний формат інтерв'ю	☐ Онлайн (Zoom/Teams), ☐ Очно (офіс НУО, безпечна локація)
21. Запланована дата інтерв'ю	____/____/____
22. Ім'я рекрутера / організація	_____
23. Бажаний гендер інтерв'юера	☐ Чоловік, ☐ Жінка, ☐ Байдуже
24. Призначений інтерв'юер	_____
25. Бажаний спосіб надання компенсації	☐ Переказ на картку, ☐ Мобільний рахунок
26. Усі критерії включення виконано	☐ Так, ☐ Ні
27. Квоти (тип інституції/профіль) дотримані	☐ Так, ☐ Ні
28. Учасника внесено до Журналу рекрутингу та обліку учасників:	☐ Так

ДОДАТОК 2. ФОРМА УСНОЇ ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ

Добрий день! Мене звати _____, я працюю з Міжнародним благодійним фондом «Альянс громадського здоров'я». Ми зараз проводимо дослідження, щоб краще зрозуміти, як в Україні можна використовувати доксициклін як засіб для профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками, та транс*жінок. Цей підхід називається Доксі-ПЕП – тобто доксициклін, який приймають після статевого контакту, щоб зменшити ризик бактеріальних інфекцій, таких як сифіліс, гонорея та хламідіоз.

Це дослідження не має медичних процедур чи лікування – ми не призначаємо препарати, а тільки проводимо інтерв'ю. Ми спілкуємось з людьми, дотичними до теми, щоб зрозуміти, як вони ставляться до цієї ідеї, які бачать переваги чи ризики, а також що може допомогти або завадити впровадженню такого підходу в Україні.

Ми хотіли б запросити Вам до участі в дослідженні, але Ваша участь є повністю добровільною.

Мета. Дослідження проводиться у Києві, Львові та Одесі. Загалом ми плануємо опитати близько 130 учасників, серед яких – чоловіки, які практикують секс з чоловіками, транс*жінки, фахівці неурядових організацій, медичні працівники, активісти та представники організацій на базі спільнот, а також представники установ і організацій, які залучені до національної та регіональної відповіді на ВІЛ/ІПСШ. Метою є оцінити прийнятність та здійсненість впровадження Доксі-ПЕП в Україні, а також з'ясувати, як цей підхід може бути інтегрований у національні програми профілактики ВІЛ/ІПСШ. Ваші відповіді допоможуть нам краще зрозуміти існуючий контекст, можливі бар'єри або фактори, що сприяють впровадженню такого підходу.

Процедури. Якщо Ви погодитесь, ми проведемо інтерв'ю тривалістю приблизно від однієї години до півтори. Ми можемо поспілкуватися очно у безпечному місці або онлайн (наприклад, в Zoom) – як Вам зручніше. З Вашого дозволу я зроблю аудіозапис, щоб нічого не пропустити і ми могли зафіксувати відповіді. Запис буде зберігатися конфіденційно – його ніхто сторонній не почує, і буде видалений після розшифрування.

- [ЧСЧ та транс*жінки, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП]: Ми поговоримо про Ваш досвід профілактики ВІЛ/ІПСШ, доступ до послуг, взаємодію з медичними/НУО сервісами, ваше ставлення до Доксі-ПЕП, а також фактори, які можуть сприяти або перешкоджати його використанню в Україні. Ми також запитаємо, що робило б цей підхід корисним і прийнятним для таких людей як Ви.
- [Фахівці неурядових організацій, які надають послуги ЧСЧ та транс*жінкам у профілактиці ВІЛ/ІПСШ]: Ми попросимо поділитися досвідом роботи з ЧСЧ/транс*жінками, баченням потенційної ролі Доксі-ПЕП у програмі профілактики, питання навігації клієнтів, консультування, скерування до послуг, інтеграції з ПрЕП або АРТ та тестуванням на ІПСШ.
- [Медичні працівники, які надають послуги з лікування та профілактики ВІЛ та/або ІПСШ]: Ми обговоримо клінічний досвід, доступність тестування/лікування ІПСШ у Вашому закладі, надання ПрЕП та АРТ, Вашу думку щодо пропонування Доксі-ПЕП відповідним пацієнтами, а також можливі виклики впровадження, включаючи моніторинг антимікробної резистентності та етичні або організаційні аспекти консультування клієнтів із числа ЧСЧ/транс*жінок.
- [Активісти та представники організацій на базі спільнот ЧСЧ і транс*жінок]: Ми поговоримо про потреби спільнот, досвід адвокації та підтримки, ризики і безпеку, ставлення до Доксі-ПЕП і те, як ініціативи на рівні спільнот можуть підтримати або полегшити його впровадження.
- [Представники установ і організацій, залучених до національної або регіональної відповіді на ВІЛ/ІПСШ]: Ми обговоримо політики і стандарти, механізми фінансування та координації, аспекти антимікробної резистентності та можливі кроки щодо інтеграції Доксі-ПЕП у комплексний підхід до профілактики ІПСШ. Це включає потенційне включення до національних профілактичних програм, визначення пріоритетних бактеріальних ІПСШ, цільових груп, а також вимоги і спроможність для моніторингу впливу.

Ми можемо говорити українською або російською мовою – оберіть ту, якою Вам комфортніше спілкуватися.

Добровільна участь та право відкликати згоду. Ваша участь повністю добровільна. Ви можете відмовитися від участі, пропустити будь-яке запитання або зупинити інтерв'ю у будь-який момент без пояснення причин. Це жодним чином не вплине на Ваш доступ до будь-яких послуг.

Ризики та дискомфорт. Дослідження не передбачає жодних фізичних ризиків. Деякі питання можуть бути особистими, і якщо Ви не захочете відповідати, просто скажіть про це – ми пропустимо це питання. Ми гарантуємо повну приватність та конфіденційність. Ми не записуємо прізвищ та імен, адрес чи будь-які інших ідентифікаційних даних. Кожному учаснику надається унікальний код, який використовується для позначення аудіозапису та транскрипту розмови. Усі результати будуть подані у знеособленому вигляді, а чутлива інформація не буде наведена у звітах.

Переваги. Ви не отримаєте безпосередньої користі від участі, але Ваші відповіді допоможуть покращити систему профілактики ВІЛ/ІПСШ, зробити послуги більш доступними та ефективними.

Компенсація. Як подяку за Ваш час і внесок за дослідження, Ви отримаєте 940 грн, які можуть бути переказані на банківську картку або мобільний рахунок – на Ваш вибір. Це є не оплатою за відповіді, а компенсація за витрачений час.

Питання та сумніви. Якщо у Вас виникнуть запитання або сумніви щодо дослідження чи Ваших прав як учасника, Ви можете звернутися до координаторки дослідження зі сторони МБФ «Альянс громадського здоров'я» Оксани Ковтун (044-490-54-85 вн. 211, kovtun@aph.org.ua) або Комісії з питань етики МБФ «Альянс громадського здоров'я» (044-490-54-85).

Після того, як я Вам усе пояснив(ла), прошу підтвердити:

- Чи зрозуміла Вам інформація, яку я щойно озвучив(ла)?
- Чи маєте Ви запитання перед тим, як прийняти рішення?
- Чи погоджуєтесь Ви добровільно взяти участь у цьому інтерв'ю?
- Чи погоджуєтесь Ви на аудіозапис розмови?

☐ Так, я розумію умови та погоджуюсь взяти участь

☐ Так, я погоджуюсь на аудіозапис інтерв'ю / ☐ Ні, я не погоджуюсь на аудіозапис (інтерв'ю без запису).

ДОДАТОК 3. ГАЙД ІНТЕРВ'Ю

ЧСЧ та транс*жінки, які відповідають критеріям призначення Доксі-ПЕП

БЛОК 1. КОНТЕКСТ І ЗДОРОВ'Я (мета: зрозуміти життєву ситуацію, доступ до медичних і соціальних послуг, фонові фактори війни та мобільності)

1. Розкажіть, будь ласка, про себе. Де ви живете, як проходять ваші звичні будні?

- Як війна чи переміщення вплинули на ваше життя, роботу, здоров'я? Чи вдається зберегти стабільність? Як?
- Чи доводилося шукати нових лікарів або послуги (ПрЕП/АРТ, тестування; для транс*жінок – гормони)?
 - Якщо так: що допомогло знайти дружній сервіс? Локація, персонал, рекомендації, спільнота?
 - Якщо ні: чи довіряєте теперішнім лікарям? Чому? Реєстрація, ім'я, спілкування з персоналом?

БЛОК 2. ПОПЕРЕДНІЙ ДОСВІД ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІПСШ (мета: з'ясувати досвід з ПрЕП/АРТ і поведінку щодо ІПСШ)

2. Як ви зазвичай дбаєте про своє сексуальне здоров'я? Чи користуєтесь Ви зараз ПрЕП або АРТ?

- Як це почалося і які враження? Що для вас у цьому найзручніше, а що найскладніше (нагадування, режим, візити, стигма)?

3. Чи мали ви за останній рік випадки ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз)? Розкажіть про це детальніше.

- Як ви дізналися? Де тестувалися? Куди і як швидко зверталися? Хто допоміг?
 - Якщо самолікування: чому, що стало причиною? Недовіра лікарям, стигма, не було доступу, ціна?
- Що могло б допомогти звертатися більш вчасно?

4. Як часто ви проходите тестування на ІПСШ і ВІЛ?

- Що допомагає? Нагадування, дружні сервіси, безкоштовність, «свій» лікар?
- Що заважає? Час, страх результату, стигма, логістика, відсутність послуг?

5. Якщо ви отримуєте ПрЕП/АРТ, чи говорили з лікарем про ІПСШ і можливі профілактичні засоби? Хто зазвичай починає такі розмови – ви чи лікар?

6. Як ви оцінюєте свій ризик інфікування ІПСШ зараз?

- Якщо високий: чому? Які фактори основні? Кількість партнерів, відсутність презервативів, інші фактори?
- Якщо низький: як вам вдається підтримувати низький ризик?

БЛОК 3. СТАВЛЕННЯ ДО АНТИБІОТИКІВ (мета: виявити досвід, знання, ставлення до антибіотиків і рівень довіри до профілактичних підходів)

7. Як ви ставитесь до антибіотиків загалом?

- У яких випадках ви їх приймаєте? Лише за призначенням чи іноді самостійно?
 - Якщо самостійно: чому? Немає довіри до лікарів, зручніше, є свій досвід, поради друзів/інтернету?
- Чи був досвід побічних ефектів (нудота, біль у шлунку тощо)? Як це вплинуло на ставлення?
- Що ви думаєте про часте використання антибіотиків? Чи є ризик «звикання» бактерій?
 - Якщо так: як ви вирішуєте, коли антибіотик дійсно потрібен?
 - Якщо ні: чому вважаєте, що ризику нема / він неважливий?

8. Чи доводилося вам раніше приймати доксициклін? Чи чули про такий препарат?

- Для чого це було? Лікування ІПСШ, акне, «на всяк випадок», інше?
- Хто порадив? Лікар, фахівець НУО, друзі, інтернет?
- Чи пам'ятаєте дозування та тривалість? Чи було складно дотримуватись схеми?
- Чи були побічні ефекти (шлунок, нудота, реакція на сонце)? Як це вплинуло на ставлення до препарату?

9. Чи використовували ви або ваші знайомі коли-небудь антибіотик «після сексу», щоб запобігти ІПСШ?

- Як ви про це дізналися? Чи хтось радив? Друг, партнер, лікар, телеграм-канали, онлайн?
- Яку дозу приймали? Коли (одразу/наступного дня)?
- Яким був результат і самопочуття? Допомогло / не знаєте / було складно / погіршило стан?

10. Якщо ви ніколи не пробували такий підхід— чи чули про інших, хто пробував?

- Що ви про це думаєте — це ризиковано, логічно, дивно, нормально?
- Що могло б допомогти вам вирішити, чи це безпечно і правильно для вас?

БЛОК 4. ПЕРШЕ СПРИЙНЯТТЯ ІДЕЇ ДОКСІ-ПЕП (мета: оцінити інтуїтивну реакцію, емоції та початкове розуміння)

11. Є підхід Доксі-ПЕП – це прийом антибіотика доксицикліну (200 мг, дві таблетки або капсули по 100 мг) протягом 24-72 годин після незахищеного сексу, щоб зменшити ризики сифілісу, гонореї та хламідіозу.

Це не лікування, а профілактика, схожа на ПЕП для ВІЛ, і призначена для чоловіків, які практикують секс з чоловіками, та транс*жінок. Як Вам звучить така ідея?

- Що в цьому виглядає логічним або корисним? А що насторожує, лякає?
- Хочу уточнити: у дослідженнях найвища ефективність була при прийомі до 48 год після сексу, але допускається до 72 год. Доза – завжди 200 мг разово. Що ви думаєте зараз? Чи це змінює ваше ставлення?
 - Це звучить для вас реалістично? Які ситуації все ще можуть заважати вкласти в це «вікно»? Ніч, хімсекс, подорожі, відсутність препарату з собою?

12. Як ви порівняли б Doxy-PEP з використанням презервативів – що виглядає зручнішим чи безпечнішим? Чому?

- А в порівнянні з щоденним прийомом ПрЕП – що здається простішим, надійнішим, більш реалістичним?
- Чи було б для Вас комфортно користуватися Доксі-ПЕП самостійно після консультації з лікарем/НУО?
- У дослідженнях Doxy-PEP зменшував ризик сифілісу та хламідіозу на понад 70%, але для гонореї ефективність нижча. Як ця інформація впливає на ваше відчуття «довіри/недовіри» до підходу?
 - Чи достатньо такого рівня захисту, щоб ви могли розглядати використання? Чи очікували більшого?

13. А як ви думаєте, Доксі-ПЕП вплинув би на ваше сексуальне життя?

- Чи змінилася б кількість партнерів, використання презервативів, відчуття «можна розслабитися» чи навпаки, з'явилося б більше тривоги/контролю?

14. Як думаєте, чи було б це популярним серед Ваших знайомих з числа інших ЧСЧ/транс*жінок?

- Якщо так: Чому? Довіра до лікарів, прагматичність, підтримка спільноти, «звичка до таблеток»?
- Якщо ні: Що перешкоджатиме? Страх до антибіотиків, інший страх, стигма, висока ціна, недовіра до системи?

БЛОК 5. ЗНАННЯ ПРО ПРЕПАРАТ І СПОСІБ ВИКОРИСТАННЯ (мета: оцінити наскільки зрозумілий принцип дії, час прийому, ефективність і межі безпеки)

15. Як ви уявляєте, як саме працює Доксі-ПЕП і коли його потрібно приймати, щоб він спрацював?

- Після яких саме контактів ви б задумувалися його приймати (анальний секс без презервативу, новий партнер, груповий секс, випадковий секс, хімсекс, надання секс-послуг)?
- Чи реально, на вашу думку, вкласти в 24-72 години після сексу, якщо це нічні зустрічі, подорожі, стан сп'яніння?
 - Як би ви самі визначили «вікно», коли ще є сенс приймати?

16. Наскільки переконливо для вас звучить доза – 200 мг один раз після контакту?

- Якщо достатньо: що створює довіру – простота, приклади інших, інформація лікаря?
- Якщо сумнівно: що могло б переконати – консультація, результати досліджень, досвід знайомих? Яку саме інформацію ви хотіли б отримати, щоб упевнитися?

БЛОК 6. ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ, РИЗИКИ ТА СУМІНІСНІСТЬ (мета: оцінити ставлення до побічних ефектів, уявлення про ризики, прийняття компромісу «користь/шкода», сприйняття сумісності з іншими препаратами.)

17. Якщо сказати, що можливі легкі побічні ефекти (нудота, шлунковий дискомфорт, підвищена чутливість до сонця 1–2 дні), як це для вас?

- Це вплине на рішення використовувати препарат?
 - Що турбує найбільше? Який попередній досвід тут важливий?
 - Якщо не впливає: чому – бо ефект важливіший, звикли до препаратів, маєте досвід?

18. Як ви розумієте ризик антибіотикорезистентності (звикання бактерій до антибіотика)?

- Якщо це здається серйозним: чи могло б це стати причиною відмови від Доксі-ПЕП?
- Якщо неважливо: чому – бо разово, бо довіряєте системі, є інші пріоритети?

19. А тепер я хочу уточнити одну важливу річ. Зараз дані показують, що Доксі-ПЕП дуже ефективний для профілактики сифілісу та хламідіозу, але для гонореї ефективність нижча через антибіотикорезистентність (деякі штами нечутливі). Як ви ставитеся до цього?

- Це змінює Ваше загальне ставлення до Доксі-ПЕП?
- Чи все одно може бути корисним, навіть якщо не для всіх інфекцій? Що важливіше: широка дія чи хоча б захист від частини ризиків?

20. [ТІЛЬКИ ДЛЯ ТРАНС*ЖІНОК] Чи проходите ви зараз гормональну терапію?

- Хто супроводжує? Лікар, самостійно, онлайн-консультації?
 - Як ви контролюєте безпечність і дозування?
 - Що робить лікаря або сервіс дружнім і надійним для вас?

21. [ТІЛЬКИ ДЛЯ ТРАНС*ЖІНОК] Наскільки для вас важливо, щоб будь-які інші препарати не впливали на ефект гормонів?

- Якщо дуже важливо: кому ви довірите перевірку сумісності – лікарю, фармацевту, подругам, онлайн-групам?

- Якщо не дуже: чому – маєте досвід, не хвилюєтеся, довіряєте власному тілу?
- За наявними даними клінічно значущих взаємодій між доксицикліном і гормональною терапією для транс*людей не виявлено. Як це впливає на ваше ставлення?
 - Знімає частину занепокоєння чи ні?
 - Чи потрібно вам, щоб це ще підтвердив лікар?

22. Наскільки для вас важливо, щоб будь-які інші препарати не впливали на ефективність ПрЕП/АРТ?

- Якщо дуже важливо: кому ви довірите перевірку сумісності? Лікаря, фахівцю НУО, друзям, онлайн-групам?
- Якщо не дуже: чому – маєте досвід, не хвилюєтеся, довіряєте власному тілу?

23. Як ви думаєте, чи можна безпечно поєднувати Доху-РЕР із ПрЕП/АРТ?

- Що Ви про це думаєте «на перший погляд»?
 - Є побоювання щодо взаємодій, «забагато таблеток», навантаження на організм?
 - Чи здається логічним, що можна поєднувати, якщо це різні задачі (ВІЛ та ІПСШ)?
- Якщо користуєтесь ПрЕП/АРТ: чи хотіли б, щоб лікар підтвердив сумісність? Чи було б для вас ок, якби цю інформацію дав, наприклад, лікар ПрЕП/АРТ або НУО, а не «просто інтернет»?

24. Зараз наявні клінічні дані й рекомендації свідчать, що доксициклін не має клінічно значущих взаємодій з найпоширенішими схемами ПрЕП для ВІЛ і більшістю схем АРТ. Доксі-ПЕП не впливає на ефективність ПрЕП/АРТ і не замінює їх. Як ця інформація впливає на ваше ставлення до поєднання Доху-РЕР із ПрЕП/АРТ?

- Чи стало трохи спокійніше, чи все одно залишаються сумніви? Які саме?
- Чи достатньо такої інформації, щоб ви могли розглядати цей варіант, чи все ж хочете почути це від свого лікаря/НУО?

БЛОК 7. ДОСТУП, МІСЦЕ ОТРИМАННЯ ТА ВАРТІСТЬ (мета: визначити оптимальні канали доступу, очікування щодо рецептурності, конфіденційності, вартості, запасу препарату)

25. Де вам було б зручно отримувати Доксі-ПЕП?

- Наприклад, у клініці ПрЕП, у лікаря АРТ, через НУО, через онлайн-консультацію або в аптеці за рецептом?
 - Якщо в клініці: що створює комфорт? Фахівці, звичне місце, конфіденційність, ставлення?
 - Якщо в аптеці: чи не турбує, що доведеться пояснювати фармацевту призначення?
 - Якщо онлайн: як би ви хотіли, щоб це працювало? Замовлення з консультацією, електронний рецепт?

26. Наскільки важлива для вас приватність при отриманні чи зберіганні препарату?

- Які саме ситуації викликають напруження? Питання персоналу, ризик, що хтось побачить упаковку, записи у базі?
- Що б зробило процес комфортнішим (анонімний код, окремий прийом, онлайн-запис, нейтральна упаковка)?

27. Як вам ідея мати невеликий запас препарату на 30 днів наперед?

- Що в цьому для вас зручно (готовність, менше візитів, відчуття контролю)?
- А що ні? Чи турбує можливість, що хтось побачити упаковку, або страх «зловживати»? Що б зменшило ризик?

28. Яку ціну ви вважаєте прийнятною для однієї « дози » (одного прийому Доксі-ПЕП)?

- Що для Вас виглядає «нормальною» ціною? А яка сума вже була б занадто високою?
- Зараз упаковка доксицикліну (10 таблеток або капсул по 100 мг) коштує приблизно від 27 до 210 грн. Як це для вас – доступно, дорого чи не має значення?
 - Як ця інформація змінює вашу думку щодо того, чи реально вам це собі дозволити?
 - Що важливіше особисто для вас – безкоштовно за рецептом чи платно, але без рецепта?

29. Окрім вартості препарату, наскільки для вас важливі супутні витрати? Дорога до клініки/аптеки, час у черзі, пропущений робочий день, мобілізація, повітряні тривоги?

БЛОК 8. КОГНІТИВНЕ, ЕМОЦІЙНЕ Й ФІЗИЧНЕ НАВАНТАЖЕННЯ (мета: з'ясувати, наскільки легко чи складно інтегрувати Доксі-ПЕП у повсякденне життя, які емоції чи бар'єри може викликати прийом)

30. Уявімо, що ви отримали Доксі-ПЕП. Як би ви організували його використання у звичайному житті?

- Що допоможе не забути про 24–72 год? Нагадування, застосунок, звичка, календар, допомога партнера?
- Як би вплинули вечірки, подорожі, хімсекс, відрядження?
 - Якщо складно: що допомогло б? Запас таблетки з собою, чітка інструкція, онлайн-підказка, підтримка НУО?
- Чи комфортні для вас вимоги: запивати водою, не лягати одразу протягом 30 хвилин, уникати активного сонця 1-2 дні? Чому?

31. Як ви думаєте, наскільки легко було б правильно і вчасно користуватись Доху-РЕР у реальному житті?

- Що може заважати — забути, не мати води, відкласти прийом, почувати втому, емоційний стан?
 - Якщо складно: що допомогло б? Нагадування, (смс, застосунок), коротка зрозуміла інструкція, підтримка НУО/медика?

- Якщо оцінити по шкалі від 1 до 10, наскільки ви впевнені, що змогли б правильно і вчасно користуватися Доксі-ПЕП?
- Що потрібно, щоб ця оцінка стала вищою?

БЛОК 9. СОЦІАЛЬНІ ВПЛИВИ, СТИГМА І КОНТЕКСТ ВІЙНИ (мета: виявити, як ставлення партнерів, спільноти й лікарів, а також військовий контекст впливають на прийнятність)

32. Як, на вашу думку, відреагували б партнери та друзі, якби дізнались, що ви користуєтесь Доксі-ПЕП?

- Що б сказали ваші сексуальні партнери? Підтримували, засудили, пожартували, не відреагували? Чому?
- А спільнота ЧСЧ/транс*жінок, з якою ви спілкуєтесь? Які коментарі очікуєте?
- Що могло б змінити їхнє ставлення? Інформаційні кампанії, рекомендація лікарів, досвід інших?

33. Як ви ставитесь до спілкування з лікарями? Чи є довіра, чи буває страх осуду?

- Чи були випадки осуду чи некоректних питань (про орієнтацію, гендер, поведінку)? Можете розказати детальніше?
- Що допомагає відчувати безпеку? Тон спілкування, анонімність, підтримка НУО, рекомендації друзів?

34. Чи, на вашу думку, існує в суспільстві стигма щодо використання антибіотиків "після сексу"?

- Які думки чи фрази ви можете уявити від оточення/медіа?
- Як це впливає на ваше ставлення до Доксі-ПЕП і готовність ним користуватися?

БЛОК 10. ПІДСУМКОВА ОЦІНКА ПРИЙНЯТНОСТІ І ЗДІЙСНЕННОСТІ (мета: узагальнити ставлення, визначити ключові бар'єри, умови прийнятності, бачення інтеграції)

35. Після нашої розмови, як ви оцінюєте Доксі-ПЕП для себе?

- Що для вас є головною перевагою? Простота, ефективність, відчуття контролю на ризиком, щось інше?
- Які ризики чи бар'єри залишаються? Побічні ефекти, ціна, доступ, стигма, антибіотикорезистентність?

36. Якої інформації вам бракує, щоб почуватися впевнено – про ефективність, побічні ефекти, сумісність?

- Хто, на вашу думку, мав би це пояснити – лікар, фармацевт, НУО, друзі, онлайн-ресурси?
- Кому ви найбільше довіряєте в таких питаннях?
 - Якщо друзям: чи достатньо достовірна для вас така інформація, чи все одно хочеться підтвердження від фахівця?
 - Якщо медикам: чи був досвід, коли консультація була стигматизуючою чи некоректною?

37. За яких умов ви б погодилися користуватись Доксі-ПЕП?

- Безкоштовно? За рецептом? Через довірений сервіс (НУО, «свій» лікар)?
- Що має бути забезпечено, щоб вам було спокійно? Інформація, підтримка, конфіденційність, запас препарату?

38. На вашу думку, що потрібно зробити, щоб Доксі-ПЕП реально працював в Україні для таких людей, як ви?

- Які системні зміни потрібні? Сервіси, політики, навчання лікарів, інформаційні кампанії?
- Яка саме інформація була б корисною – короткі інструкції, онлайн-кампанії, офіційні рекомендації?

39. Чи порадили б ви Доксі-ПЕП іншим ЧСЧ/транс*жінкам?

- Кому саме? Друзям, партнерам, знайомим з певним рівнем ризику?
- Якщо ні: чому? Не довіряєте, боїтесь побічних ефектів, чи вважаєте непотрібним?

Фахівці неурядових організацій, які надають послуги ЧСЧ та транс*жінкам у профілактиці ВІЛ/ІПСШ

БЛОК 1. КОНТЕКСТ І РОБОТА НУО (мета: зрозуміти, як організація працює з ЧСЧ/транс*жінками, як війна й переміщення вплинули на послуги і потреби)

- 1. Розкажіть, будь ласка, про вашу організацію і вашу роль в ній.**
 - З якими саме групами ви працюєте: ЧСЧ, транс*жінки, інші ключові групи?
 - Які основні послуги надаєте у сфері профілактики та лікування ВІЛ/ІПСШ (ПрЕП, тестування, навігація, кейс-менеджмент, психосоціальна підтримка)?
 - Чи більше ваш фокус уваги на роботі «на передовій» з клієнтами, чи на управлінні програмою?
- 2. Як повномасштабна війна і переміщення вплинули на вашу роботу з ЧСЧ та транс*жінками?**
 - Що змінилося у запиті клієнтів, їхніх ризиках, доступі до послуг?
 - Як змінилася географія/маршрути клієнтів (переїзди, евакуація, повернення)?
 - Що стало складнішим, а де, навпаки, з'явилися нові можливості?
- 3. Як ви сьогодні оцінюєте загальну ситуацію з доступом ЧСЧ/транс*жінок до профілактики ВІЛ/ІПСШ у вашому місті/регіоні?**
 - Чи достатньо ЛГБТ-дружніх сервісів?
 - Де основні «вузькі місця»: лікарні, аптеки, відсутність інформації, стигма?

БЛОК 2. ПРОФІЛАКТИКА ІПСШ: ДОСВІД КЛІЄНТІВ І РОЛЬ НУО (мета: зрозуміти, як фахівці бачать профілактичну поведінку клієнтів і свою роль)

- 4. Як ваші клієнти загалом дбають про своє сексуальне здоров'я?**
 - Чи користуються вони презервативами? В яких ситуаціях частіше/рідше?
 - Як часто проходять тестування на ВІЛ/ІПСШ, що їх мотивує або відлякує?
 - Яку роль у цьому відіграє ваша організація?
- 5. Наскільки часто ви зустрічаєте серед клієнтів випадки бактеріальних ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз)?**
 - Чи звертаються вони за офіційною допомогою, чи практикують самолікування? Чому?
 - Які бар'єри вони називають: стигма, страх «бути поміченим», недовіра до лікарів, платні послуги?
 - Як ви, як НУО, допомагаєте їм орієнтуватися у цих варіантах?
- 6. На вашу думку, як клієнти самі оцінюють свій ризик ІПСШ?**
 - Чи є розрив між «реальним» ризиком і тим, як вони його відчують?
 - Що, з вашого досвіду, найбільше занижує/підвищує їхню суб'єктивну оцінку ризику?

БЛОК 3. АНТИБІОТИКИ І ДОКСИЦИКЛІН У ПРАКТИЦІ КЛІЄНТІВ (мета: виявити досвід клієнтів із антибіотиками та доксицикліном очима НУО)

- 7. Як ви описали б загальне ставлення ваших клієнтів до антибіотиків?**
 - Чи часто вони приймають їх «про всяк випадок» або за порадою друзів/інтернету, а не лікаря?
 - Чи говорять про страх «посадити шлунок», «вбити печінку», «звикання» бактерій?
 - Наскільки тема антибіотикорезистентності присутня в їхніх розмовах?
- 8. Чи доводилося вам стикатися з тим, що клієнти вже приймали доксициклін?**
 - Для чого саме: лікування ІПСШ, акне, інші стани? Хто порадив?
 - Як вони переносили препарат (нудота, шлунок, реакції на сонце)?
 - Чи вплинув цей досвід на їхню довіру/недовіру до доксицикліну загалом?
 - Чи траплялися ситуації, коли клієнти купували доксициклін або інші антибіотики «з руки», онлайн без рецепта в аптеці? Наскільки це, на вашу думку, безпечно/ризиковано?
- 9. Чи зустрічали ви клієнтів, які приймали антибіотик «після сексу», щоб запобігти інформації, ще до появи офіційної концепції Доксі-ПЕП?**
 - Звідки вони про це дізнавалися (друзі, Телеграм, порн-індустрія, лікаря)?
 - Які схеми використовували (коли приймали, яку дозу)?
 - Як описують результат? «Чувся спокійніше», «було погано», «не знаю, не спрацювало»?

БЛОК 4. ВЛАСНЕ ПЕРШЕ СПРИЙНЯТТЯ ІДЕЇ ДОКСІ-ПЕП (мета: зафіксувати інтуїтивну реакцію, емоції та етичні сумніви, очікування)

- 10. Коли ви вперше почули про Доксі-ПЕП, якою була ваша перша реакція як фахівця?**
 - Це здалося вам логічним, ризикованим, цікавим, «надто радикальним»?
 - Які емоції переважали – інтерес, скепсис, тривога, обережна підтримка?

- 11. Якщо коротко: Доксі-ПЕП – це прийом антибіотика доксицикліну (200 мг, дві таблетки або капсули по 100 мг) протягом 24-72 годин після незахищеного сексу, щоб зменшити ризики сифілісу і хламідіозу; ефективність для гонореї нижча через антимікробну резистентність. Це не лікування, а профілактика, схожа на ПЕП для ВІЛ, і призначена для чоловіків, які практикують секс з чоловіками, та транс*жінок. Як, з професійної точки зору, звучить для вас такий підхід?**
- Що в ньому вам здається сильним/переконливим?
 - А що викликає найбільші сумніви (антибіотики, антибіотикорезистентність, «зміна поведінки», контроль використання)?
- 12. Як ви вбудовуєте для себе Доксі-ПЕП у загальну картинку профілактики: презервативи, ПрЕП, тестування, лікування ІПСШ?**
- Ви більше бачите його як «додатковий рівень захисту», «запасний варіант» чи «конкурента» існуючим підходам?
 - Чи не вважаєте, що він може «підігрівати» ризиковану поведінку, чи, навпаки, це реалістична відповідь на вже існуючі практики?
- 13. Як ви думаєте, наскільки важливо для ваших клієнтів розуміти, чи можна безпечно поєднувати Доксі-ПЕП з ПрЕП, АРТ або гормональною терапією?**
- Чи очікуєте ви багато запитань саме про сумісність препаратів, «надто багато таблеток» тощо? Як би ви на них відповідали?

БЛОК 5. ПРОДУКТОВІ ФАКТОРИ: СХЕМА, ДОЗА, ВІКНО, ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ (мета: розкрити професійне сприйняття характеристик Доксі-ПЕП як продукту і їх потенційний вплив на клієнтів)

- 14. Наскільки, на вашу думку, для клієнтів буде зрозуміло й прийнятно, що це саме таблетка або капсула доксицикліну, а не «новий спеціальний препарат»?**
- Чи може знайомство з доксицикліном грати «за» (довіра) чи «проти» (негативний досвід, «старий дешевий антибіотик»)?
 - Як би ви пояснювали клієнту, чому саме доксициклін і чому в контексті ІПСШ?
- 15. Як ви оцінюєте саму схему застосування: 200 мг одноразово протягом 24-72 годин після ризикованого контакту?**
- У яких ситуаціях клієнтам буде легко її дотримуватися, а коли – складно (нічні зустрічі, хімсекс, подорожі, сп'яніння)?
 - Наскільки це «підйомна» когнітивно й організаційно інструкція для клієнтів, з якими ви працюєте?
- 16. Якими ви очікуєте побоювання клієнтів щодо побічних ефектів (шлунково-кишкових, фоточутливості тощо)? А ваші власні побоювання як фахівця?**
- Чи є групи, для яких, на вашу думку, ці побічні ефекти будуть особливо критичними (польові роботи, активний відпочинок, часті подорожі)?
 - Чи не боїтеся ви, що негативний досвід з побічними ефектами може «спалити» довіри до всієї ідеї Доксі-ПЕП?
- 17. Як ви ставитися до ризиків антимікробної резистентності в контексті широкого використання доксицикліну для профілактики ІПСШ?**
- Що для вас найтривожніше: локальна резистентність, глобальні наслідки, репутаційні ризики для програм?
 - Як ви балансували б між індивідуальною користю для конкретних клієнтів і потенційними системними ризиками?

БЛОК 6. ВНУТРІШНІ ФАКТОРИ НУО: КОРИСТЬ, ШКОДА, САМОЕФЕКТИВНІСТЬ (мета: зрозуміти, як фахівці НУО оцінюють користь/шкоду і власну спроможність впроваджувати Доксі-ПЕП)

- 18. Якщо говорити про потенційну користь Доксі-ПЕП, які ключові переваги ви бачите для ваших клієнтів?**
- Для яких саме груп: ЧСЧ із частими ІПСШ, клієнтів із хімсекс-практиками, транс*жінок із високим ризиком?
 - Чи може це дати їм відчуття більшого контролю над ризиком?
- 19. А які найбільші ризики або небезпеки Доксі-ПЕП ви бачите як фахівець?**
- Що для вас найчутливіше – побічні ефекти, ризик резистентності, можливе «розслаблення» щодо презервативів, репутаційні ризики для організації/програми?
 - Чи є групи клієнтів, для яких ви б не рекомендували Доксі-ПЕП навіть за наявності доступу? Чому саме?
- 20. Наскільки для вас особисто емоційно комфортно говорити з клієнтами про профілактику антибіотиками «після сексу»?**
- Чи є в цьому внутрішній конфлікт (наприклад, страх бути звинуваченим в «заохоченні ризику», суперечність із власними цінностями чи досвідом)?
- 21. Як ви для себе балансуєте користь і потенційну шкоду від такого підходу?**
- У яких випадках, на вашу думку, переваги однозначно переважають ризики?

- А де ризики можуть бути критичнішими за користь?
- Чи достатньо вам нинішніх даних (клінічних, програмних, рекомендацій), щоб приймати такі рішення, чи бракує доказів?

22. Наскільки ви відчуваєте свою компетентність і готовність працювати з Доксі-ПЕП як НУО?

- У чому ви вже відчуваєте достатньо впевнено (комунікація з клієнтами, мотиваційне консультування, пояснення схеми)?
- А де ви відчуваєте прогалини – знання про резистентність, медикаментозні взаємодії, юридичні рамки, алгоритми направлення до лікарів?
- Що допомогло б підвищити вашу впевненість – тренінги, супервізія, стандартні операційні процедури і чіткі протоколи, підтримка лікарів-консультантів?

БЛОК 7. ЗОВНІШНІ ФАКТОРИ: КЛІЄНТИ, ЛІКАРІ, СПІЛЬНОТА (мета: зрозуміти очікувані реакції клієнтів, спільноти ЧСЧ/транс*жінок, медиків і ширшого суспільства на Доксі-ПЕП)

23. Як ви думаєте, як ваші клієнти (ЧСЧ/транс*жінки) загалом відреагують на пропозицію Доксі-ПЕП?

- Для кого це може звучати «нарешті щось реалістичне», а хто може сказати «ніколи» і чому?
- Які типові аргументи «за» і «проти» ви очікуєте почути від клієнтів?

24. Як, на вашу думку, відреагують сексуальні партнери ваших клієнтів, якщо дізнаються, що той/та користується Доксі-ПЕП?

- Чи очікуєте ви підтримку, байдужість, жарти, осуд («розбещеність», «антибіотики після сексу – перебір»)?
- Як така реакція партнерів може вплинути на готовність клієнта реально користуватися підходом?

25. Як, на вашу думку, поставляться до Доксі-ПЕП лікарі та інші медичні провайдери у вашому регіоні?

- Чи є серед них потенційні «союзники», які можуть підтримати, і хто це?
- У кого ви очікуєте опору або скепсису – інфекціоністи, сімейні лікарі, керівництво закладів?
- Що, на вашу думку, потрібно, щоб змінити їхню позицію – офіційні клінічні протоколи, тренінги, підтримка МОЗ/ЦГЗ, позиція донорів?

26. Чи, на вашу думку, існує в суспільстві (медіа, соцмережі, політики) стигма або ризик стигматизації ідеї «антибіотик після сексу»?

- Які наративи ви можете уявити в медіа – «аморальність», «розбещення молоді», «шкідливі експерименти», «марнотратство коштів»?
- Чи не боїтеся ви, що програми Доксі-ПЕП можуть стати мішенню для політичних атак або «моральної паніки»?
- Чи не боїтеся ви, що на тлі існуючої стигми щодо ЛГБТ, Доксі-ПЕП можуть використати як аргумент проти ЛГБТ-дружніх сервісів («сприяють аморальній поведінці»)? Як це може вплинути на вашу роботу?
- Як, на вашу думку, можна цьому протидіяти – правильна комунікація, залучення лідерів думок, адвокація?

БЛОК 8. ЗДІЙСНЕННІСТЬ: ІНТЕГРАЦІЯ В ПРОГРАМИ, МОДЕЛІ ДОСТАВКИ, ПОЛІТИКА (мета: оцінити, наскільки Доксі-ПЕП можна інтегрувати у наявні програми, моделі сервісів і політико-правові рамки)

27. Як ви вважаєте, наскільки зараз існує реальна потреба в Доксі-ПЕП серед ваших клієнтів?

- Для яких саме підгруп (часті ІПСШ, хімсекс, груповий секс, секс-робота) це може бути особливо актуальним?
- Чи, на вашу думку, НУО й клієнти вже «готові» до такої інновації, чи це виглядає «занадто новим/ризикованим»?

28. Які моделі доставки Доксі-ПЕП ви вважаєте найбільш реалістичними в Україні?

- Видача через клініки ПрЕП/АРТ? Через НУО? Через онлайн-консультації з подальшим отриманням в аптеці за рецептом?
- Які плюси й мінуси кожної моделі з точки зору доступності, приватності, навантаження на персонал, контролю за використанням?
- Чи могли б НУО брати участь у «навігації» – від скринінгу на показання до супроводу й направлення до лікаря?

29. Наскільки, на вашу думку, Доксі-ПЕП сумісний із наявними програмами ПрЕП, АРТ і тестування на ІПСШ?

- У яких моментах він добре «лягає» на існуючі послуги (наприклад, інтеграція у візит щодо ПрЕП)?
- А де ви бачите ризик дублювання, конкуренції ресурсів або зміщення фокусу?
- Чи потребуватиме це створення окремих маршрутів пацієнта чи можна вбудувати у вже існуючі?

30. Які фінансові/ресурсні виклики ви бачите для впровадження Доксі-ПЕП?

- Вартість самого препарату, робота персоналу, логістика, навчання, моніторинг?
- Чи, на вашу думку, це має бути безкоштовний компонент програм (як ПрЕП), чи можлива часткова співоплата?
- Для яких клієнтів навіть невелика співоплата буде критичним бар'єром?

31. Наскільки важливо, щоб Доксі-ПЕП був формально закріплений у національних протоколах, наказах, стандартах?

- Чи готові організації щось робити «на свій страх і ризик», якщо формальних протоколів ще немає?
- Чи є у вас досвід впровадження інновацій «до» появи наказів? Що тоді спрацювало або не спрацювало?
- Яку роль можуть зіграти донори й національні інституції (МОЗ, ЦГЗ, НСЗУ) в «легалізації» підходу?

БЛОК 9. КАДРОВІ РЕСУРСИ Й ОРГАНІЗАЦІЙНА СПРОМОЖНІСТЬ НУО (мета: зрозуміти чи є у НУО достатньо людей, знань і структур для підтримки Доксі-ПЕП)

32. Чи має ваша організація достатню кадрову спроможність, щоб додати ще один компонент – Доксі-ПЕП?

- Де ви відчуваєте ресурс – у консультуванні, навігації, супроводі, груповій роботі?
- А де навпаки «не тягнете» навіть зараз – робоче навантаження, вигорання, нестача ставок?
- Що потрібно, щоб додати Доксі-ПЕП без шкоди іншим напрямкам?

33. Якого типу навчання/підтримки ви б потребували для якісної роботи з Доксі-ПЕП?

- Медичні знання (взаємодії, резистентність), навички консультування (обговорення ризику, поведінкові зміни), юридичні аспекти, документація?
- Чи потрібні вам супервізійні/консультативні ланки (наприклад, лікар-експерт, гаряча лінія для фахівців)?
- Які формати були б ефективнішими – офлайн-тренінги, онлайн-курси, кейс-розбори, спільноти практиків?

34. Як ви ставитися до питання зберігання, обліку й моніторингу використання доксицикліну в НУО?

- Чи є у вас досвід зберігання препаратів (наприклад, тест-систем, презервативів, ПрЕП)?
- Чи бачите ви організаційні/юридичні ризики для НУО у зберіганні та видачі антибіотика?
- Які системи обліку й контролю були б прийнятними і підйомними для вас?
- Чи бачите ви ризики «витоку» препарату (коли Доксі-ПЕП видається формально для профілактики, а використовується інакше або продається)? Як із цим, на вашу думку, можна працювати?

35. Як ви уявляєте моніторинг і оцінку Доксі-ПЕП у ваших програмах?

- Які показники важливо відстежувати – кількість користувачів, дози, побічні ефекти, випадки ІПСШ, зміни в поведінці?
- Наскільки реально це зробити в умовах існуючого навантаження на звітність? Що потрібно спростити або додатково профінансувати?
- Чи вважаєте ви реалістичним фіксувати не тільки користувачів і дози, а й побічні ефекти та підозри на резистентність (наприклад, повторні випадки ІПСШ, що не відповідають на лікування)? Чи є технічна можливість інтегрувати такі індикатори в національні/регіональні інформаційні системи, з якими ви працюєте?
- Як ви хотіли б, щоб ці дані використовувалися – для звітів донорів, корекції програм, адвокації змін у політиках?

БЛОК 10. ПІДСУМКОВА ОЦІНКА ПРИЙНЯТНОСТІ І ЗДІЙСНЕННОСТІ (мета: узагальнити ставлення фахівців, ключові умови прийнятності та впровадження)

36. Після нашої розмови, як ви загалом оцінили Доксі-ПЕП для контексту України і ваших клієнтів?

- Більше схильєтесь до того, що це перспективний інструмент, чи більше бачите ризиків і бар'єрів? Чому?

37. Які три ключові умови зробили б Доксі-ПЕП прийнятним і реалістичним для вашої організації?

- Наприклад, чіткі протоколи, офіційна підтримка, фінансування, навчання команди, партнерство з клініками, зрозумілі маршрути клієнтів?

38. Які три головні ризики/перешкоди ви вважаєте критичними для впровадження Доксі-ПЕП?

- Що з цього найменш кероване з боку НУО (система, політика, стигма)?
- А що, на вашу думку, реально змінити силами самих НУО та спільнот?

39. Якщо дивитися наперед на 3-5 років, яку роль ви б хотіли, щоб ваша організація відігравала у впровадженні Доксі-ПЕП у вашому регіоні/в Україні загалом?

- Більше як «пілотний майданчик», «лінійний провайдер», «адвокат змін», «центр експертизи»?
- Що для цього вам потрібно вже зараз – ресурси, партнери, знання, політична підтримка?
- Чи бачите ви свою роль також у формуванні політик та протоколів (через участь у робочих групах, адвокаційних коаліціях, консультаціях з МОЗ/донорськими структурами)

Медичні працівники, які надають послуги з лікування та профілактики ВІЛ та/або ІПСШ

БЛОК 1. КОНТЕКСТ ПРАКТИКИ І ПАЦІЄНТИ (мета: зрозуміти, у якому контексті працює лікар, з ким саме, як війна та переміщення змінили практику)

- 1. Розкажіть, будь ласка, про вашу теперішню посаду і заклад, де працюєте.**
 - Яка ваша спеціалізація (інфекціоніст, дерматовенеролог, сімейний лікар, інша)?
 - На якому рівні працює ваш заклад? Це державний, комунальний чи приватний заклад?
- 2. Які саме послуги з ВІЛ та ІПСШ ви надаєте у своїй щоденній практиці?**
 - АРТ, ПрЕП, ПЕП, тестування на ВІЛ/ІПСШ, лікування ІПСШ, консультування?
 - Чи працюєте Ви з ЧСЧ та транс*жінками регулярно, чи радше епізодично? Яка приблизно частка ваших пацієнтів з числа ключових груп (ЧСЧ, транс*жінки, секс-працівники тощо)?
- 3. Як повномасштабна війна вплинула на вашу практику щодо ВІЛ та ІПСШ?**
 - Зміна потоку пацієнтів (переміщення, ВПО, виїзди закордон, повернення)?
 - Чи змінилася структура звернень – більше гострих інфекцій, перервані схеми АРТ/ПрЕП, складність у тестуванні?
 - Що стало складнішим – кадри, ресурси, логістика, безпека? Чи з'явилися якісь нові можливості (телемедицина, партнерства, НУО)?
- 4. Як ви оцінюєте нинішній доступ ЧСЧ та транс*жінок до профілактики та лікування ВІЛ/ІПСШ у вашому регіоні?**
 - Чи достатньо ЛГБТ-дружніх сервісів і «безпечних» точок входу?
 - Де бачите основні «вузькі місця» - запис, реєстрація, стигма, відсутність лікарень, маршрути пацієнтів?
 - Яку роль відіграють НУО/організації на базі спільнот у вашому регіоні?

БЛОК 2. ПОТОЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІПСШ (мета: зрозуміти, як зараз виглядає профілактика та лікування ІПСШ для ЧСЧ/транс*жінок з точки зору лікаря)

- 5. Як виглядає типова траєкторія пацієнта з числа ЧСЧ або транс*жінок, який звертається з підозрою на ІПСШ?**
 - Як часто вони приходять самі, а як часто – за направленням (НУО, інший лікар)?
 - Які основні бар'єри на шляху до вашого кабінету? Страх, запис, реєстрація, аутинг, фінансові аспекти?
 - Наскільки швидко вдається встановити діагноз та розпочати лікування?
- 6. Як часто серед ваших пацієнтів (особливо ЧСЧ та транс*жінок) ви бачите бактеріальні ІПСШ – сифіліс, гонорею, хламідіоз?**
 - Чи помічаєте зміни останніми роками – зростання/зниження, повторні випадки, поєднання з ВІЛ?
 - Які клінічні ситуації найчастіше зустрічаються – симптомні, безсимптомні, рецидиви?
- 7. Як ви оцінюєте знання і поведінку ваших пацієнтів щодо профілактики ІПСШ?**
 - Чи адекватно вони оцінюють свій ризик, чи є «розрив» між реальним і суб'єктивним ризиком?
 - Як часто обговорюєте з ними презервативи, регулярне тестування, партнерське сповіщення?
 - Що, на вашу думку, найбільше впливає на їхні рішення щодо профілактики (інформація, стигма, алкоголь/хімсекс, доступ до сервісів)?
- 8. Як ви зазвичай признаєте антибіотики при ІПСШ?**
 - Наскільки для вас критичні локальні/національні протоколи й рекомендації?
 - Чи часто стикаєтесь з тим, що пацієнт уже «щось приймав» до звернення (самолікування, поради інтернету)?
 - Чи помічаєте клінічно підозру на зростання резистентності (неуспіх терапії, повторні курси, потрібні зміни схем)?

БЛОК 3. ДОСВІД З ДОКСИЦИКЛІНОМ І САМОСТІЙНИМ ПРИЙОМОМ АНТИБІОТИКІВ (мета: описати реальний практичний контекст використання доксицикліну й антибіотиків «після сексу»)

- 9. Наскільки часто ви признаєте доксициклін у своїй практиці? Для яких показань (ІПСШ, інші інфекції, акне тощо)?**
 - Чи використовуєте його для лікування сифілісу, хламідіозу, інших ІПСШ згідно з протоколами?
- 10. Як ваші пацієнти переносять доксициклін? Які побічні ефекти найчастіше помічаєте або чуєте від пацієнтів (ШКТ, фоточутливість тощо)?**
 - Чи були випадки, коли через побічні ефекти доводилося змінювати препарат?
- 11. Чи доводилося вам стикатися з тим, що пацієнти самостійно приймали доксициклін або інший антибіотик «після сексу», ще до встановлення діагнозу?**

- Як вони це пояснювали – «на всяк випадок», «щоб не підхопити», «так порадили в чаті/друзі»?
- Які схеми вони описували (доза, час після контакту, скільки днів)?
- Як ви самі реагували на такі практики – можливо схвалювали, нейтрально, намагалися відмовити?

12. Чи є у вас відчуття, що неконтрольований самостійний прийом антибіотиків для «профілактики» вже відбувається серед ваших пацієнтів? Наскільки це поширене, за вашими спостереженнями?

- Які ризики ви в цьому бачите – для конкретного пацієнта, для програм, для антимікробної резистентності?

БЛОК 4. ПЕРШЕ СПРИЙНЯТТЯ КОНЦЕПЦІЇ ДОКСІ-ПЕП (мета: зафіксувати інтуїтивну реакцію лікаря, емоції, етичні сумніви, рівень знайомства з доказами)

13. Що ви вже знали або чули про Доксі-ПЕП до нашої розмови?

- Чи читали публікації, рекомендації (наприклад, міжнародних організацій)?
- Чи обговорювали це в професійному колі, на конференціях, з колегами або НУО?

14. Доксі-ПЕП – це прийом антибіотика доксицикліну (200 мг, дві таблетки або капсули по 100 мг) протягом 24-72 годин після незахищеного сексу, щоб зменшити ризики сифілісу і хламідіозу; ефективність для гонореї нижча через антимікробну резистентність. Це не лікування, а профілактика, схожа на ПЕП для ВІЛ, і призначена для чоловіків, які практикують секс з чоловіками, та транс*жінок. Як для вас звучить такий підхід як лікаря?

- Що в цьому підході здається логічним, обґрунтованим, корисним?
- А що викликає настороженість чи відторгнення (антимікробна резистентність, «заохочення» ризикованої поведінки, навантаження на систему)?
- Які були ваші перші емоції, коли ви вперше дізналися про це – інтерес, скепсис, тривога, обережна підтримка?

15. Як ви вписуєте Доксі-ПЕП у загальну картину профілактики ІПСШ для ЧСЧ та транс*жінок?

- Це радше «додатковий рівень захисту», «резервний варіант для окремих груп» чи потенційний «конкурент» презервативам і регулярному тестуванню?
- Чи бачите ризик «компенсації ризику» (менше презервативів, більше партнерів), чи вважаєте, що він радше формалізує вже існуючі практики?

БЛОК 5. ПРОДУКТОВІ ФАКТОРИ: ДОЗА, РЕЖИМ, ЦІЛЬОВІ ГРУПИ, БЕЗПЕКА (мета: дослідити як лікар сприймає ключові характеристики Доксі-ПЕП як інтервенції)

16. Як ви оцінюєте сам режим Доксі-ПЕП – 200 мг одноразово протягом 24-72 годин після ризикованого контакту?

- Наскільки це, на вашу думку, реалістично для ваших пацієнтів щодо дотримання (нічні зустрічі, хімсекс, подорожі, сп'яніння)?
- Чи не вважаєте ви цей режим занадто складним / навпаки надто простим («занадто легко отримати антибіотик»)?
- Як ви думаєте, наскільки вашим пацієнтам буде легко пам'ятати про це «вікно» та дозу?
- Чи не очікуєте ви, що інструкція може бути для частини пацієнтів «занадто складною» (багато кроків, обмежень – вода, не лягати одразу, не засмагати)?

17. Які клінічні групи пацієнтів ви вважаєте потенційно найбільш відповідними кандидатами для Доксі-ПЕП?

- Наприклад, ЧСЧ з частими ІПСШ, з хімсекс-практиками, секс-працівники, транс*жінки з високим ризиком?
- Які критерії ви б хотіли мати у протоколах для визначення показань – кількість партнерів, частота ІПСШ, тим сексуальної поведінки?

18. А для яких груп ви б вважали Доксі-ПЕП небажаним або ризикованим?

- Через супутні захворювання (печінка, нирки, ШКТ), інші фактори?
- Що для вас є «червоним прапорцем» щодо призначення?

19. Як ви оцінюєте профіль безпеки доксицикліну в контексті Доксі-ПЕП?

- Чи вважаєте ви прийнятним баланс «користь/побічні ефекти» для високоризикованих груп?
- Які побічні ефекти вас турбують найбільше саме у форматі «профілактичного» використання?

20. Як, на вашу думку, самі пацієнти емоційно сприйматимуть прийом антибіотика «після сексу»?

- Чи очікуєте ви страхів на кшталт «антибіотики – це завжди погано», «посаджу шлунок/печінку», «організм звикне»?
- Чи, навпаки, є групи, які ставляться до антибіотиків дуже легко – «це просто ще одна таблетка»?

21. Що для вас найтривожніше в контексті антибіотикорезистентності при потенційному широкому використанні Доксі-ПЕП?

- Глобальні наслідки (резистентність), локальний рівень (гонорея, інша патогени), репутаційні ризики програм?

- Чи вважаєте ви, що це може створити конфлікт з національними стратегіями боротьби з антимікробною резистентністю?

22. Як ви оцінюєте можливі взаємодії Доксі-ПЕП з ПрЕП, АРТ і гормональною терапією для транс*жінок?

- Чи маєте побоювання щодо «надмірної кількості таблеток», токсичності, фармакокінетичних взаємодій?
- Чи є у вас достатньо інформації, щоб спокійно відповідати пацієнтам на питання, чи ви б очікували окремих офіційних роз'яснень?

БЛОК 6. ВНУТРІШНЯ ПРИЙНЯТНІСТЬ: КОРИСТЬ, ШКОДА, ПРОФЕСІЙНА САМОЕФЕКТИВНІСТЬ (мета: оцінити як лікар балансує користь/шкоду та відчуває свою здатність впроваджувати Доксі-ПЕП)

23. Які, на вашу думку, основні потенційні переваги Доксі-ПЕП для ваших пацієнтів?

- Зниження повторних ІПСШ, менше ускладнень, краща якість життя, зменшення навантаження на систему?
- Для яких саме пацієнтів це може бути «game changer»?

24. А які основні ризики чи небезпеки ви бачите як лікар?

- Побічні ефекти для окремих пацієнтів, антимікробна резистентність, «розслаблення» щодо презервативів, збільшення кількості партнерів?
- Потенційні юридичні/етичні ризики для вас особисто – позови, критика колег, конфлікт з керівництвом?

25. Як ви для себе балансуєте користь і шкоду від Доксі-ПЕП?

- У яких випадках ви вже зараз могли б сказати «так, це виправдано»? А у яких – «ні, ризик надто великий»?
- Чи вистачає вам поточних доказів, чи вам бракує даних (клінічних, епідеміологічних, рекомендацій ВООЗ/МОЗ)?

26. Наскільки ви зараз відчуваєте свою компетентність і готовність консультувати пацієнтів щодо Доксі-ПЕП?

- У чому вам комфортно – обговорення ризику, пояснення принципу дії, побічних ефектів?
- Де відчуваєте прогалини – антимікробна резистентність, критерії відбору, юридичні аспекти?
- Що допомогло б підвищити впевненість? Тренінги, клінічні протоколи, супервізія, гаряча лінія для лікарів?

БЛОК 7. ЗОВНІШНІ ФАКТОРИ: ПАЦІЄНТИ, ЛГБТ-СПІЛЬНОТА, НУО, КОЛЕГИ (мета: зрозуміти як лікар очікує реакції різних стейкхолдерів)

27. Як ви думаєте, як ваші пацієнти (ЧСЧ/транс*жінки) загалом відреагують на пропозицію Доксі-ПЕП?

- Для кого це буде «нарешті реалістичний інструмент», а хто може сказати «ніколи, я не хочу антибіотика для профілактики» і чому?

28. Як ви думаєте, як можуть відреагувати сексуальні партнери ваших пацієнтів, якщо дізнаються, що той/та використовує Доксі-ПЕП?

- Чи очікуєте ви підтримку («добре, що захищаєшся»), байдужість, скепсис, осуд? Як така реакція партнерів може вплинути на реальну прихильність до Доксі-ПЕП?

29. Як, на вашу думку, поставиться до Доксі-ПЕП ЛГБТ-спільнота у вашому регіоні

- Які наративи ви очікуєте? «Піклування про здоров'я», «ще один контроль», «експерименти на нас», інше?
- Наскільки важлива роль НУО і лідерів спільноти у формуванні ставлення до цієї інтервенції?

30. Як, на вашу думку, можуть відреагувати ваші колеги-медики?

- Хто потенційно може стати «союзником» підходу? Інфекціоністи, лікарі ПрЕП, молодші колеги, приватний сектор?
- Хто, ймовірно, буде найбільш критичним? Частина сімейних лікарів, керівництво, етичні комітети?
- Що, на вашу думку, могло б змінити їхню позицію – наказ МОЗ, позиція ВООЗ, локальні дослідження, досвід пілотних проєктів?

31. Як ви думаєте, чи може Доксі-ПЕП стати темою для «моральної паніки» в медіа чи політичних дискусіях? Наприклад, «антибіотики після сексу розбещують молодь».

- Чи впливають такі потенційні наративи на вашу особисту готовність підтримувати цю інтервенцію?

БЛОК 8. ЗДІЙСНЕННІСТЬ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (мета: оцінити, наскільки Доксі-ПЕП реально інтегрувати в існуючі протоколи, маршрути та ресурси)

32. Які моделі впровадження Доксі-ПЕП ви вважаєте найбільш реалістичними для України?

- Тільки спеціалізовані лікарні (ПрЕП, АРТ), залучення сімейних лікарів/первинки, приватний сектор, телемедицина + аптеки?
- Які переваги і ризики кожної моделі з точки зору доступу, якості, контролю використання та резистентності?

33. Як ви оцінюєте питання приватності для пацієнтів? Наскільки комфортно їм буде зберігати препарат вдома, купувати в аптеці, пояснювати призначення фармацевту?

- У яких моделях (клініка, аптека, приватний кабінет, онлайн-сервіс) ризик порушення конфіденційності/«викриття» приватності найбільший, а де – найменший?
- 34. Як Доксі-ПЕП міг би бути інтегрований у вже існуючі послуги (ПрЕП, АРТ, тестування)?**
- Уявляєте це як окрему послугу чи як «надбудову» до ПрЕП/кабінетів ІПСШ?
 - Чи потребуватиме це перегляду маршрутів пацієнтів, запису, інформованої згоди?
- 35. Які фінансові/ресурсні виклики ви бачите для впровадження Доксі-ПЕП?**
- Вартість самого препарату, оплата роботи персоналу, додатковий час на консультування, лабораторний моніторинг?
 - Чи, на вашу думку, це має бути повністю безкоштовна послуга (як ПрЕП), співоплата, чи можлива тільки у приватному секторі?
 - Як ви оцінюєте фінансове навантаження для ваших пацієнтів – вартість самого препарату плюс дорога, час очікування, пропущений робочий день?
 - Для яких груп ваших пацієнтів навіть невелика оплата може стати бар'єром?
- 36. Наскільки для вас важливо, щоб Доксі-ПЕП був формально закріплений у національних протоколах і наказах?**
- Чи готові ви були б призначати його в рамках пілотного проєкту до офіційного наказу, якщо є підтримка донорів/професійних асоціацій?
 - Чи був у вас досвід впровадження інновацій «раніше за наказ» - що тоді спрацювало / не спрацювало?
- 37. Чи має ваш заклад достатню кадрову спроможність, щоб додати ще один компонент – Доксі-ПЕП?**
- Як зараз виглядає навантаження на лікарів/медсестер (черги, вигорання, нестача кадрів)?
 - Що потрібно, щоб додати цю послугу без погіршення якості інших напрямів (додаткові ставки, зміни в організації роботи, делегування завдань)?
- 38. Як ви ставитесь до питання закупівлі, зберігання й обліку доксицикліну для Доксі-ПЕП?**
- Чи є у вас зараз досвід з обліком специфічних препаратів (ПрЕП, АРТ, контрольовані ліки)?
 - Які організаційні/юридичні ризики бачите в зберіганні й видачі антибіотиків для профілактики?
 - Які системи обліку й контролю були б для вас прийнятними (електронні журнали, окрема форма, інтеграція в eHealth)?

БЛОК 9. МОНІТОРИНГ, ОЦІНКИ ТА АНТИМІКРОБНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ (мета: зрозуміти які дані лікар вважає важливим та наскільки реально їх збирати)

- 39. Які показники щодо Доксі-ПЕП ви вважаєте найбільш важливим для моніторингу?**
- Кількість користувачів, частота прийому, профіль пацієнтів, частота ІПСШ, побічні ефекти, припинення використання, зміна поведінки?
 - Що з цього реально збирати у вашому закладі, а що виглядає нереалістичним з огляду на навантаження?
- 40. Як, на вашу думку, варто моніторити ризики антимікробної резистентності в контексті Доксі-ПЕП?**
- Чи потрібен окремий компонент (наприклад, відбір зразків, референс-лабораторії, національний реєстр)?
 - Яку роль можуть відігравати ваш заклад і лікарі на місцях у такому моніторингу?
- 41. Як би ви хотіли, щоб дані про Доксі-ПЕП використовувалися?**
- Для корекції клінічних протоколів, адвокації, фінансування, локального покращення маршрутів пацієнтів?
 - Які формати зворотного зв'язку були б корисними для вас – дайджести, звіти, клінічні наради?

БЛОК 10. ПІДСУМКОВА ОЦІНКА ПРИЙНЯТНОСТІ І ЗДІЙСНЕННОСТІ (мета: узагальнити ставлення лікаря, окреслити умови прийнятності й впровадження)

- 42. Після нашої розмови, як ви загалом оцінили Доксі-ПЕП для контексту України і ваших пацієнтів?**
- Ви більше схильняєтесь до того, що це перспективний інструмент, чи більше бачите ризики та бар'єри? Чому?
- 43. Які три ключові умови зробили б для вас Доксі-ПЕП прийнятним з клінічної точки зору?**
- Наприклад, чіткі протоколи, офіційна позиція ВООЗ/МОЗ, визначені групи показань, чіткі обмеження щодо резистентності, система моніторингу?
- 44. Які три найбільші перешкоди ви вважаєте критичними для впровадження Доксі-ПЕП?**
- Що з цього найменш кероване (політика, фінансування, суспільна стигма)?
 - А що, на вашу думку, можна реально змінити зусиллями самих лікарів, НУО, професійних спільнот?
- 45. Якщо подивитися на перспективу 3-5 років – яку роль ви б хотіли, щоб ваш заклад і ви особисто відігравали у впровадженні Доксі-ПЕП, якщо воно буде рекомендоване?**
- Пілотний майданчик, центр експертизи, «звичайний провайдер», адвокат змін, тренер для колег?
 - Що вам для цього потрібно вже зараз? Знання, ресурси, політична підтримка, партнери?

Активісти та представники організацій на базі спільнот ЧСЧ і транс*жінок

БЛОК 1. КОНТЕКСТ І РОЛЬ СПІЛЬНОТ (мета: зрозуміти контекст діяльності і специфіку роботи зі спільнотою)

- 1. Розкажіть, будь ласка, трохи про себе і вашу роль у спільноті.**
 - Які саме групи ви представляєте або з ким найбільше працюєте (ЧСЧ, транс*жінки, інші ЛГБТІК+)?
 - Які основні напрями вашої діяльності? Права, доступ до медичних послуг, підтримка, інформування, навігація?
- 2. Як змінилося ваше життя та життя спільноти з початком повномасштабної війни?**
 - Переміщення, втрата житла, роботи, зміна міста?
 - Як це вплинуло на психоемоційний стан, відчуття безпеки, солідарність усередині спільноти?
- 3. Як війна вплинула на доступ ЧСЧ/транс*жінок до медичних і соціальних послуг?**
 - Чи зникли/з'явилися нові сервіси або доступ до них (ПрЕП, АРТ, тестування, психосоціальна підтримка)?
 - Які групи, на вашу думку, найбільше «випали» з доступу (ВПО, люди в маленьких містах, транс*секс-працівники, люди без документів тощо)?

БЛОК 2. ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ІПСШ У СПІЛЬНОТІ (мета: зрозуміти, як реально виглядає профілактика ІПСШ очима активіста)

- 4. Як зараз люди у вашій спільноті зазвичай дбають про сексуальне здоров'я?**
 - За вашими спостереженнями, чи часто користуються презервативами? В яких ситуація так/ні?
 - Як часто проходять тестування на ВІЛ? ІПСШ? Що найбільше мотивує або заважає?
- 5. Наскільки часто, за вашими спостереженнями, люди стикаються з ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз)?**
 - Що вони роблять першочергово? Йдуть до лікаря, шукають поради в чатах, займаються самолікуванням?
 - Які основні бар'єри до звернення в офіційну систему – стигма, страх аутигу, гроші, попередній негативний досвід?
- 6. Чи звертаються до вас або ваших колег за допомогою/порадою, коли є підозра на ІПСШ?**
 - Що зазвичай просять? Поради щодо того, куди звернутися, «які таблетки купити», емоційна підтримка?
 - Як ви або ваша організація реагує в таких ситуаціях?

БЛОК 3. СТАВЛЕННЯ ДО АНТИБІОТИКІВ І ДОКСИЦИКЛІНУ (мета: виявити досвід і ставлення до антибіотиків та доксицикліну)

- 7. Як у вашій спільноті загалом ставляться до антибіотиків?**
 - Це більше «просто таблетка на всяк випадок» чи «серйозний препарат, якого варто боятися»?
 - Які типові страхи або, навпаки, легковажні установки чи чуєте?
- 8. Чи знаєте ви людей у спільноті, які вже приймали доксициклін?**
 - Для чого саме? Лікування ІПСШ, акне, «прочистити організм», тощо?
 - Хто зазвичай рекомендує? Лікар, фармацевт, онлайн-групи, знайомі?
 - За вашим досвідом, чи були випадки, коли люди ділилися негативним досвідом (нудота, шлунок, фоточутливість) і як це вплинуло на їхнє ставлення?
- 9. Згадайте, будь ласка, чи зустрічали ви практику, коли люди приймають антибіотик «після сексу, щоб не підхопити нічого»?**
 - Звідки вони дізнаються про таку «профілактику»?
 - Які схеми ви чули? Коли приймають, яку дозу, скільки днів?
 - Чи вважають вони це ефективним, чи говорять про погане самопочуття, сумніви?
- 10. Як ви особисто ставитеся до такої неформальної «антибіотик-профілактики»?**
 - Які ризики бачите для окремих людей і для спільноти загалом? Включно з резистентністю?

БЛОК 4. ПЕРШЕ СПРИЙНЯТТЯ ІДЕЇ ДОКСІ-ПЕП (мета: зафіксувати інтуїтивну реакцію, емоції)

- 11. Що ви вже знали або чули про Доксі-ПЕП до нашої розмови?**
 - Чи читали інформаційні матеріали, пости, обговорення в професійних групах або чатах спільноти?
 - Чи чули про досвід інших країн або спільнот?
- 12. Доксі-ПЕП – це прийом антибіотика доксицикліну (200 мг, дві таблетки або капсули по 100 мг) протягом 24-72 годин після незахищеного сексу, щоб зменшити ризики сифілісу і хламідіозу; ефективність для гонореї нижча через антимікробну резистентність. Це не лікування, а профілактика, схожа на ПЕП для ВІЛ, і призначена для чоловіків, які практикують секс з чоловіками, та транс*жінок. Як вам звучить така ідея?**
 - Що в ній здається логічним, корисним, «нарешті реалістичним»?
 - А що викликає настороженість чи відторгнення (антимікробна резистентність, «заохочення» ризикованої поведінки)?

13. Які були ваші перші емоції, коли ви дізналися про Доксі-ПЕП?

- Інтерес, надія, скепсис, страх, злість, змішані відчуття?
- Чи змінилося ваше ставлення з часом, коли ви більше дізнавалися?

14. Як ви порівняли б Доксі-ПЕП із іншими підходами до профілактики? Презервативи, ПрЕП, регулярне тестування?

- Що виглядає більш реалістичним для реального життя людей у спільноті?
- У чому, на вашу думку, головна перевага й головний ризик Доксі-ПЕП?

БЛОК 5. ПРОДУКТОВІ ФАКТОРИ: СХЕМА, ДОЗА, ПОБІЧНІ ЕФЕКТИ (мета: зрозуміти які характеристики препарату впливають на прийнятність)

15. Як спільнота, на вашу думку, сприймає те, що це «не новий препарат», а «добре відомий» доксициклін?

- Це скоріше плюс («знайома таблетка, доступна, дешева») чи мінус («старий дешевий антибіотик з побічками»)?

16. Як вам виглядає схема – 200 мг одноразово протягом 24-72 годин після ризикованого сексу?

- Наскільки це реалістично в умовах нічних зустрічей, вечірок, хімсексу, подорожей?
- Що може заважати вкласти у це «вікно»? Стан сп'яніння, відсутність таблетки під рукою, забування, заперечування ризику?

17. Якщо сказати, що можливі побічні ефекти – нудота, шлунковий дискомфорт, підвищена чутливість до сонця 1-2 дні, як, на вашу думку, це буде сприйнято спільнотою?

- Що буде «переломним моментом», коли люди скажуть «ні, це занадто»?
- Для яких підгруп (наприклад, люди з фізичною роботою, ті, хто багато на вулиці проводить часу, секс-працівники) побічні ефекти можуть бути особливо проблемними?

18. Як ви думаєте, наскільки тема антимікробної резистентності («бактерії стають нечутливими») важлива для людей у спільноті?

- Це щось далеко й абстрактне чи реальна загроза, про яку люди говорять?
- Чи могла б інформація про ризики резистентності змінити ставлення до Доксі-ПЕП?

19. Чи є у спільноті побоювання щодо поєднання Доксі-ПЕП з ПрЕП та АРТ?

- Які саме? «Занадто багато таблеток», страх токсичності, недовіра до системи?
- Хто для людей є головним джерелом інформації про сумісність? Лікарі, фармацевт, НУО, онлайн-спільноти?

20. [ТІЛЬКИ ДЛЯ АКТИВІСТІВ ТРАНС*СПІЛЬНОТИ] Чи є побоювання щодо поєднання Доксі-ПЕП із гормональною терапією?

- Наскільки важливо, щоб гормони «працювали ідеально» без будь-якого ризику взаємодії?
- Чи достатньо буде сказати, що дані досліджень не показують суттєвих взаємодій, чи все одно потрібен коментар від «свого» лікаря?

БЛОК 6. ДОСТУП. КАНАЛИ ОТРИМАННЯ ТА ВАРТІСТЬ (мета: визначити прийнятні моделі доступу, роль рецепта, приватності, ціни)

21. Де, на вашу думку, людям зі спільноти було б найзручніше отримувати Доксі-ПЕП?

- Дружні державні/комунальні клініки (ПрЕП/АРТ), НУО, приватні клініки, аптека за рецептом, онлайн-консультація з рецептом?
- Який варіант викликає найбільшу довіру, а який – найбільше побоювань? Чому?

22. Наскільки важлива приватність у процесі отримання та зберігання препарату?

- Які саме ситуації можуть викликати найбільше напруження? Контакт з лікарем, спілкування з фармацевтом, запис у медичній картці, ризик, що хтось побачить таблетки вдома?
- Що могло б зробити процес комфортнішим? Анонімний код, окремі години прийому, онлайн-рецепт?

23. Як вам ідея мати невеликий запас препарату на 30 днів наперед?

- У чому переваги? Не потрібно кожного разу бігати в клініку/аптеку, більше контролю?
- А у чому, навпаки, ризики? Страх, що хтось знайде, ризик неправильного використання, продажу/перепродажу іншим?

24. Яку ціну за одну «дозу» (один прийом Доксі-ПЕП) ви вважаєте прийнятною для людей у вашій спільноті?

- До якої суми більшість ще «потягне», а що вже «зовсім ні»?
- Зараз упаковка доксицикліну (10 таблеток або капсул по 100 мг) коштує приблизно від 27 до 210 гривень. Як це виглядає для вашої спільноти – дешево, дорого, по-різному?
- Що для людей важливіше – безкоштовно за рецептом, але з «офіційним контактом», чи платно, але швидко й конфіденційно?

25. Окрім вартості самого препарату, які ще витрати можуть бути критичними для людей?

- Дорога, час у черзі, пропущений робочий день, догляд за дітьми, ризик аутизму?

- Як ви думаєте, чи не виникне ситуації, що люди обиратимуть між Доксі-ПЕП і, наприклад, їжею/орендою/іншими ліками?

БЛОК 7. НАВАНТАЖЕННЯ ТА МОЖЛИВІСТЬ РЕАЛЬНО КОРИСТУВАТИСЯ ДОКСІ-ПЕП (мета: зрозуміти наскільки легко інтегрувати схему в реальне життя)

- 26. Уявімо, що людина у спільноті отримала Доксі-ПЕП. Наскільки, на вашу думку, реально для більшості правильно і вчасно ним користуватися?**
- Які типові ситуації можуть завадити? Сп'яніння, хімсекс, паніка, відкладення на потім, відсутність води/таблетки під рукою?
- 27. Що могло б допомогти людям «не провтикати» своє 254-72 годинне «вікно»?**
- Нагадування в телефоні, застосунок, смс, підтримка партнера/друга, консультація в НУО?
- 28. Якщо оцінити за шкалою від 1 до 10, на вашу думку, середньостатистичний член спільноти зміг би реально дотримуватися схеми Доксі-ПЕП?**
- Що потрібно, щоб ця цифра стала вищою? Більше інформації, зрозумілі інструкції, підтримка лікаря/НУО, прості алгоритми?

БЛОК 8. СОЦІАЛЬНІ ВПЛИВИ, СТИГМА ТА ПОЛІТИЧНИЙ КОНТЕКСТ (мета: зрозуміти роль партнерів, медіа, політики та спільнот у формуванні ставлення)

- 29. Як ви думаєте, як відреагують партнери та близькі друзі, якщо дізнаються, що людина користується Доксі-ПЕП?**
- Підтримка, байдужість, жарти, осуд? Як це може вплинути на реальне використання (людина продовжить чи кине)?
- 30. Як, на вашу думку, відреагує спільнота у вашому регіоні на появу Доксі-ПЕП?**
- Які наративи можуть з'явитися? «Нарешті щось реальне», «експерименти на нас», «новий контроль»?
 - Яку роль можуть зіграти представники організації на базі спільнот і лідери думок у формуванні цього ставлення?
- 31. Чи бачите ви ризик «моральної паніки» в медіа/політиці навколо ідеї «антибіотик після сексу»?**
- Які саме сюжети можете уявити? Типу «розбещення молоді», «марнотратство бюджетних/донорських коштів»?
 - Чи боїтеся ви, що такі наративи можуть зашкодити спільноті або програмам, які їй допомагають?

БЛОК 9. СПРАВЕДЛИВІСТЬ, УЧАСТЬ СПІЛЬНОТ І ПІДСУМКОВА ОЦІНКА (мета: зрозуміти ризики нерівності, роль спільнот та умови прийнятності)

- 32. Хто у вашій спільноті, на вашу думку, має найбільший ризик залишитися «поза грою», якщо Доксі-ПЕП стане доступним?**
- Люди в невеликих містах і селах, ВПО, транс*секс-працівники, люди без документів, ті, хто не має контакту з НУО? Чому?
- 33. Що потрібно зробити, щоб доступ до Доксі-ПЕП був максимально справедливим?**
- Які сервіси, формати комунікації, партнери мають бути залучені?
 - На ваш погляд, які рішення держави/міста/донорів найбільше вплинуть на те, чи Доксі-ПЕП буде безпечним і корисним, а не хаотичним і шкідливим?
- 34. Якої інформації про Доксі-ПЕП, на вашу думку, зараз найбільше бракує людям у спільноті?**
- Про ефективність, побічні ефекти, сумісність, доступність, вартість?
 - Хто мав би цю інформацію надавати, щоб їй довіряли? Лікарі, НУО, самі активісти спільноти?
- 35. Після нашої розмови, як ви загалом оцінили Доксі-ПЕП для контексту України і вашої спільноти?**
- Яка для вас головна перевага цього підходу? А який головний ризик чи бар'єри, який не можна ігнорувати?
- 36. За яких умов ви особисто були б готові підтримувати впровадження Доксі-ПЕП і рекомендувати його як інструмент для вашої спільноти?**
- Що має бути? Офіційні протоколи, прозора інформація про ризики, доступність, участь спільнот у прийнятті рішень? Яких саме рішень?
 - Наскільки ви особисто відчуваєте, що зможете пояснювати людям, як працює Доксі-ПЕП, його ризики і користь?
 - Що вам потрібно, щоб почуватися впевнено? Тренінги, прості матеріали, підтримка лікарів/НУО?
- 37. Яку роль ви та ваша організація хотіла б відіграти у впровадженні Доксі-ПЕП, якщо це буде актуально для України?**
- Адвокація, інформування, навігація, участь у моніторингу, пілотні проекти?
 - Що вам для цього потрібно вже зараз? Знання, партнерства, ресурси, підтримка від держави і донорів?

Представники установ і організацій, залучених до національної або регіональної відповіді на ВІЛ/ІПСШ

БЛОК 1. КОНТЕКСТ І РОЛЬ (мета: зрозуміти в якій «точці» системи знаходиться респондент і за що він відповідає)

1. **Розкажіть, будь ласка, про вашу установу та вашу роль в ній.**
 - Який основний мандат вашої інституції у сфері ВІЛ / ІПСШ / антимікробної резистентності (АМР)?
 - За що ви особисто відповідаєте? Політика/стратегія, координація програм, фінансування, технічна підтримка, дослідження, адвокація?
2. **Як повномасштабна війна вплинула на відповідь на ВІЛ/ІПСШ/АМР на національному/регіональному рівні?**
 - Які пріоритети змістилися (наприклад, від профілактики до забезпечення безперервності АРТ/ПрЕП)?
 - Чи з'явилися нові групи ризику або додаткові вразливості - ВПО, люди в профронтних регіонах?
 - Що стало найвразливішим елементом системи: фінансування, кадри, логістика, лабораторії, дані?
3. **Як ваша інституція взаємодія з іншими гравцями у відповіді на ВІЛ/ІПСШ/АМР?**
 - З ким у вас найбільш тісна координація? МОЗ, ЦГЗ, НСЗУ, донори, НУО, професійні асоціації, регіони?
 - Наскільки ваша інституція має реальний вплив на ухвалення рішень, а де ви радше «консультативний голос»?
4. **Як, на вашу думку, зараз виглядає ситуація з бактеріальними ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз) у порівнянні з довоєнним періодом?**
 - Чи є відчуття зростання/зниження захворюваності, зміни у структурі випадків, ко-інфекції з ВІЛ?
 - Наскільки ця тема реально присутня в національному/регіональному порядку денному порівняно з ВІЛ?
 - Чи є достовірна епідеміологічна картина? Де прогалини у даних?

БЛОК 2. СТРАТЕГІЇ, ПОЛІТИКИ ТА ПОТОЧНА ПРОФІЛАКТИКА ІПСШ (мета: зрозуміти, як ІПСШ вписані у наявну стратегію, які інструменти профілактики вже є, і де їхні обмеження)

5. **Яке місце профілактика та лікування ІПСШ займає в національних/регіональних стратегіях та програмах?**
 - Чи існують окремі документи/розділи щодо ІПСШ, чи вони «розчинені» у відповіді на ВІЛ/сексуальне здоров'я загалом?
 - Наскільки чітко прописані підходи саме до ЧСЧ та транс*жінок?
 - Які прогалини та «вузькі» місця в національній/регіональній відповіді на ІПСШ? Тестування, маршрути пацієнта, діагностика, нормативка, комунікація, координація?
6. **Які зараз ключові інструменти профілактики ІПСШ для ЧСЧ/транс*жінок, які підтримуються державою/донором?**
 - Презервативи, ПрЕП для ВІЛ, ПЕП, регулярне тестування, партнерське сповіщення, освітні кампанії?
 - Що, на вашу думку, працює найкраще, а де найбільше прогалини?
7. **Як ви оцінюєте поточну доступність послуг профілактики та лікування ІПСШ для ЧСЧ і транс*жінок?**
 - Чи є достатньо дружніх сервісів, зрозумілі маршрути пацієнта, механізми оплати (НСЗУ, донори, бюджет)?
 - Які регіони, групи чи типи населених пунктів найбільш «недоохоплені»?
8. **Наскільки якісно зараз збираються та аналізуються дані щодо ІПСШ на національному/регіональному рівні, і як ви оцінюєте кадрову спроможність системи саме в цій сфері?**
 - Де основні обмеження? Форми звітності, електронні системи, мотивація закладів, людський ресурс?
 - Де найбільші прогалини у компетенціях? Первинка, вторинка, приватний сектор, регіони?
 - Чи існують системні програми навчання/перепідготовки з ІПСШ, чи це точкові ініціативи донорів/НУО?

БЛОК 3. АНТИБІОТИКИ, АМР ТА НЕФОРМАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА (мета: зрозуміти як на політичному/експертному рівні бачать використання антибіотиків, самопризначення та ризику АМР)

9. **Які інструменти політики та регулювання антибіотиків реально працюють зараз, а які існують лише «на папері»?**
 - Накази, протоколи, обмеження, фармаконагляд – що реально впливає на практику?
 - Наскільки ефективно це виконується у державному, комунальному, приватному секторах?
 - Чи є механізми контролю за недобросовісним призначенням або продажем антибіотиків?
10. **Як зараз в Україні вбудована тема АМР у політику щодо ВІЛ/ІПСШ та сексуального здоров'я?**
 - Чи є окремі стратегії/плани дій з АМР, і як вони стикаються з програмами з ІПСШ?
 - Наскільки тема АМР реально впливає на щоденні рішення (протоколи, закупівлі, навчання)?
 - Які збудники викликають найбільше занепокоєння (гонорея, інші)?

- 11. Що вам відомо про самостійне використання антибіотиків «про всяк випадок» або «після сексу» серед населення?**
- Наскільки, на вашу думку, це поширено серед населення, зокрема ЧСЧ/транс*жінок? Що цьому сприяє?
 - Чи розглядається це як вагома проблема на рівні політики?
 - Які ризики ви бачите? Для окремих людей, для програм, для АМР?
- 12. Як ви оцінюєте реальну практику призначення антибіотиків при ІПСШ?**
- Наскільки часто дотримуються протоколів, а наскільки – лікують емпірично, без тестів? Чи є відмінності між первинкою, вторинкою та приватним сектором?
- 13. Як ви ставитеся до ідеї використання антибіотиків не лише для лікування, а й для профілактики ІПСШ?**
- Що тут для вас найбільш прийнятне/неприйнятне з точки зору принципів раціонального використання антибіотиків?
 - Чи є внутрішні позиції/політики щодо цього у вашій інституції? Які аргументи «за» і «проти» найчастіше лунають серед ваших колег?
 - Які саме ризики ви вважаєте найбільш чутливими? Локальні штами, глобальний внесок, репутація країни, контроль за використанням препаратів, резистентність до тетрациклінів?

БЛОК 4. ПЕРШЕ СПРИЙНЯТТЯ І КОНЦЕПТУАЛЬНА ПРИЙНЯТНІСТЬ ДОКСІ-ПЕП (мета: зафіксувати емоційні й концептуальні реакції, відповідність цінностям, бачення «де це в архітектурі відповіді»)

- 14. Що ви вже знали або чули про Доксі-ПЕП до нашої розмови?**
- Чи знайомі з клінічними дослідженнями, рекомендаціями міжнародних структур, позиціями інших країн?
 - Чи обговорювалося це на національних/регіональних робочих групах, конференціях, технічних нарадах? Наскільки тема вже присутня в українському дискурсі?
- 15. Якщо коротко: Доксі-ПЕП – це прийом антибіотика доксицикліну (200 мг, дві таблетки або капсули по 100 мг) протягом 24-72 годин після незахищеного сексу, щоб зменшити ризики сифілісу і хламідіозу; ефективність для гонореї нижча через антимікробну резистентність. Це не лікування, а профілактика, схожа на ПЕП для ВІЛ, і призначена для чоловіків, які практикують секс з чоловіками, та транс*жінок. Як вам звучить така ідея?**
- Що в ній здається логічним, обґрунтованим, потенційно корисним?
 - А що викликає найбільшу тривогу та спротив? АМР, «заохочення ризикованої поведінки», політичні ризики, етичність?
- 16. Які у вас особисто були перші емоції, коли ви вперше дізналися про Доксі-ПЕП і як ви вписуєте його в загальну «архітектуру профілактики» в Україні?**
- Більше інтерес/надія, чи більше скепсис/страх/обережність?
 - Чи бачите ви внутрішній конфлікт між потребами ключових груп і ризиками для АМР/системи?
 - Це, на вашу думку, може бути додатковий рівень захисту чи ризик «витіснення» інших підходів (презервативів, регулярного тестування)?
 - Чи є у вас побоювання щодо можливої «компенсації ризику» (більше партнерів, менше презервативів), чи радше бачите це як відповідь на вже наявні практики?

БЛОК 5. ПРОДУКТОВІ ФАКТОРИ: РЕЖИМ, ЦІЛЬОВІ ГРУПИ, БЕЗПЕКА (мета: оцінити як на рівні політики/програми сприймають характеристики Доксі-ПЕП і групи, для яких він може бути показаний)

- 17. Як ви загалом оцінюєте те, що Доксі-ПЕП базується на «старому» препараті – доксицикліні, а не новому спеціальному засобі?**
- Чи бачите в цьому ризик для фармрегулювання (легкий доступ, «розмивання рецептурності»)?
- 18. Як ви оцінюєте сам режим Доксі-ПЕП – 200 мг доксицикліну одноразово протягом 24-72 годин після ризикованого контакту?**
- Наскільки цей режим виглядає реалістичним у реальному житті цільових груп? Нічні зустрічі, хімсекс, подорожі, сп'яніння?
 - Чи не здається інструкція або «надто складною» (багато умов), або навпаки «надто простою» («ще одна таблетка, нічого серйозного»)?
- 19. Кого ви вважаєте пріоритетними кандидатами для Доксі-ПЕП в українському контексті, а для кого він був би небажаним?**
- Які саме групи? ЧСЧ з частими ІПСШ, з хімсекс-практиками, транс*жінки, секс-працівники тощо?
 - Які критерії відбору мали б бути в протоколах? Кількість епізодів ІПСШ, кількість партнерів, тип сексуальної поведінки, інші маркери ризику?
 - До яких груп (через супутні захворювання, поліфармацію, вік, соціальні фактори) ви б прописали «червоні прапорці»?

20. Як ви оцінюєте профіль безпеки доксицикліну у форматі Доксі-ПЕП та можливі взаємодії з іншими препаратами?

- Чи вважаєте прийнятним співвідношення «користь/побічні ефекти» для високоризикованих груп?
- Які саме ризики побічних ефектів (ШКТ, фоточутливість тощо) з політичної/репутаційної точки зору найбільше турбують?
- Чи очікуєте ви, що страх «надто багато таблеток» або побоювання щодо взаємодії з ПрЕП, АРТ, гормонами стануть суттєвим бар'єром?
- Чи потрібні спеціальні офіційні роз'яснення/настанови щодо сумісності?

БЛОК 6. СИСТЕМНА ПРИЙНЯТНІСТЬ І ЗДІЙСНЕННІСТЬ (мета: зрозуміти, як респонденти балансують між користю і ризиками на рівні системи, та чи бачать вони реальну спроможність її впровадити)

21. Які основні потенційні переваги впровадження Доксі-ПЕП ви бачите для національної/регіональної відповіді?

- Зниження захворюваності на сифіліс/хламідіоз, менше ускладнень, економія ресурсів на лікування, покращення якості життя ключових груп?
- Чи бачите системні вигоди (наприклад, кращий контакт із ключовими групами, інтеграція сервісів)?

22. А які основні ризики або небезпеки ви бачите на рівні політики та системи громадського здоров'я?

- АМР, зміни поведінки (менше презервативів), репутаційні ризики (медіа, політика), критика професійної спільноти?
- Чи бачите юридичні/регуляторні ризики для інституцій і фахівців?

23. Як ви особисто балансували б користь і ризики від Доксі-ПЕП у прийнятті рішень, і наскільки система зараз спроможна його впровадити?

- За яких умов ви б сказали «так, ми можемо це підтримати», а за яких – «ні, ризик занадто високий або передчасно»?
- Де ви бачите обмеження: кадри, фінансування, протоколи, лабораторії, сервіси для ключових груп?
- Що в першу чергу потрібно підсилити, щоб такий компонент був реалістичним?
- Наскільки ваша інституція відчуває свою готовність і спроможність брати участь у впровадженні Доксі-ПЕП (від 1 до 10)? Що потрібно, щоб збільшити цю цифру?
- Як, на вашу думку, до цієї ідеї поставляться всередині вашої інституції (керівництво, колеги, підпорядковані структури)? Наскільки це «співзвучно» існуючим підходам?

24. Які ресурси доведеться перерозподілити на користь Доксі-ПЕП?

- Чи може це означати менше фінансування/уваги до інших компонентів (наприклад, профілактика ВІЛ, лікування ІПСШ)?
- Що система може недоотримати, якщо інвестувати в Доксі-ПЕП?

БЛОК 7. МОДЕЛІ ВПРОВАДЖЕННЯ, ФІНАНСУВАННЯ ТА ПРОДУКТИ (мета: оцінити моделі інтеграції в існуючі програми, джерела фінансування, логістику препарату)

25. Які моделі впровадження Доксі-ПЕП для України ви вважаєте найбільш реалістичними?

- Тільки спеціалізовані клініки (ПрЕП/АРТ), залучення сімейних лікарів/первинки, приватний сектор, НУО, змішані моделі?
- Які переваги та ризики кожної моделі з точки зору контролю, якості, доступу, АМР?

26. Як Доксі-ПЕП міг би бути інтегрований у вже існуючі сервіси (ПрЕП, АРТ, клініки ІПСШ, НУО)?

- Це має бути окрема послуга, чи логічніше вбудувати його в існуючі маршрути пацієнта?
- Чи потребуватиме це змін у протоколах, маршрутах, інформованій згоді, контракті з НСЗУ? Чи може бути конфлікт з існуючими наказами МОЗ?

27. Які можливі моделі фінансування Доксі-ПЕП ви бачите і які з них здаються вам найприйнятнішими?

- Державне фінансування (НСЗУ/бюджет), донорські програми, співплата, повністю приватний сектор?
- Які моделі виглядають найбільш прийнятними з точки зору справедливості та реалістичності?

28. Як ви оцінюєте питання закупівлі, зберігання та обліку доксицикліну для Доксі-ПЕП і кадрові/навчальні потреби?

- Чи є зараз достатній досвід керування подібними препаратами (ПрЕП, АРТ, інші контрольовані ліки)?
- Які організаційні та юридичні ризики ви бачите у випадку антибіотика для профілактики (зловживання, неконтрольований витік препарату)?
- Які системи обліку/моніторингу (eHealth, окремі журнали, реєстри) були б для вас прийнятними?
- Кого потрібно буде навчати в першу чергу? Сімейні лікарі, інфекціоністи, дерматовенерологи?
- Які формати навчання виглядають реалістичними? Онлайн, інтеграція в програми безперервного навчання?

БЛОК 8. АМР ТА МОНІТОРИНГ (мета: зрозуміти бачення респондентами контролю за АМР, які дані потрібні, що реально можливо організувати)

29. Як, на вашу думку, потрібно було б моніторити вплив Доксі-ПЕП на АМР і саму програму?

- Чи потрібні окремі компоненти – референс-лабораторії, спеціальний нагляд за штамми гонореї/інших патогенів, національний реєстр?
- Яку роль можуть відігравати лікарні, лабораторії, ЦГЗ, університети? Чи достатня лабораторна спроможність, які прогалини?
- Які ключові показники Доксі-ПЕП ви вважаєте необхідними для моніторингу? Охоплення, профіль користувачів, дотримання режиму, частота ІПСШ, зміна поведінки, побічні ефекти, припинення використання?
- Що з цього реально збирати при нинішньому навантаженні та ІТ-системах, а що виглядає малоімовірним?
- Наскільки додатковий збір даних про Доксі-ПЕП є для системи «підйомними»? Що доведеться спросити/прибрати, щоб це стало реалістичним?

30. Як би ви хотіли, щоб дані про Доксі-ПЕП використовувалися на національному/регіональному рівнях?

- Для чого в першу чергу? Корекція протоколів, стратегій, фінансування, адвокація, комунікаційні кампанії?
- Які формати зворотного зв'язку були б корисними? Регулярні звіти, дашборди, брифінги, клінічні наради?

БЛОК 9. СПРАВЕДЛИВІСТЬ, СПІЛЬНОТИ Й ПОЛІТИЧНИЙ/МЕДІЙНИЙ КОНТЕКСТ (мета: зрозуміти очікувані реакції суспільства, медіа, політиків, ризики нерівності та роль спільнот)

31. Хто, на вашу думку, має найбільший ризик залишитися «поза доступом» до Доксі-ПЕП, якщо він буде впроваджений?

- Люди в невеликих містах і селах, ВПО, транс*секс-працівники, ті, хто не має контакту з НУО? Чому?

32. Що потрібно зробити, щоб забезпечити максимально справедливий доступ до Доксі-ПЕП і уникнути додаткової стигматизації?

- Які сервіси, партнери (НУО, організації на базі спільнот, первинка, мобільні бригади) мають бути залучені?
- Які підходи до комунікації зі спільнотами будуть критичними?
- Наскільки для вас етично прийнятною є ідея таргетувати Доксі-ПЕП саме на ЧСЧ та транс*жінок? Чи постає питання справедливості щодо інших груп з високим ризиком?

33. Як ви очікуєте, що політики, медіа та суспільство відреагують на ідею «антибіотики після сексу»?

- Які потенційні «моральні паніки» або конфлікти ви можете уявити?
- Наскільки такі наративи можуть вплинути на позиції вашої інституції щодо (не)підтримки Доксі-ПЕП?

34. Яку роль, на вашу думку, мають відігравати організації на базі спільнот та ЛГБТ-організації в обговоренні та можливому впровадженні Доксі-ПЕП?

- Чи бачите ви їх як рівноправних партнерів у прийнятті рішень, чи радше як «канал донесення» інформації?
- Що потрібно змінити в існуючих механізмах участі, щоб їхній голос був реально врахований?

35. Чи відповідає формат Доксі-ПЕП існуючим професійним нормам раціонального використання антибіотиків в Україні і яка комунікаційна стратегія потрібна?

- Чи не буде сприйнято це як «ломку» усталених принципів? Яких професійних реакцій (асоціації, експертні ради) ви очікуєте?
- Які ключові меседжі мають звучати для широкого загалу, а які – для медіа та політиків?
- Хто мав би бути «обличчям» цієї комунікації, щоб мінімізувати ризики моральної паніки?

БЛОК 10. ПІДСУМКОВА ОЦІНКА ТА УМОВИ ВПРОВАДЖЕННЯ (мета: зафіксувати загальну позицію, ключові умови, бар'єри та бачення ролі інституції)

36. Після нашої розмови, як ви загалом оцінили Доксі-ПЕП для України?

- Ви більше схиляєтесь до того, що це перспективний інструмент, чи більше бачите ризики та бар'єри? Чому?

37. Які 3-5 ключових умов зробили б для вас Доксі-ПЕП прийнятним з точки зору політики/програми?

- Наприклад, чіткі клінічні протоколи, модель відбору цільових груп, система моніторингу АМР, чітке фінансування, участь спільнот, позиція ВООЗ/донорів?

38. Які три найбільш перешкоди ви вважаєте критичними для впровадження Доксі-ПЕП в Україні?

- Що з цього найменш кероване? Політичний контекст, бюджетні обмеження, глобальні АМР-зобов'язання?
- А що можна реально змінити завдяки зусиллям державних інституцій, донорів, НУО, професійних спільнот?

39. Якщо подивитися на перспективу 3-5 років, яку роль ви бачите для своєї інституції у разі, якщо Доксі-ПЕП буде рекомендований до впровадження?

- Нормативне регулювання, фінансування, технічна підтримка, дослідження, пілотні проекти, моніторинг, адвокація?
- Що вам потрібно вже зараз, щоб бути готовими до цієї ролі? Знання, дані, політична підтримка, партнерства?

ДОДАТОК 4. УГОДА ПРО ВИКОРИСТАННЯ ДАНИХ І КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

Name: _____
Role in the study: _____
Organization: _____

The information obtained during this study is strictly confidential and has been provided to the study staff with the understanding that it will be kept confidential.

Mark each item and put your signature under it to certify that you agree to abide by these rules.

№	Obligation	Note
1	I will not try to establish the identity of the study participants	
2	I understand all aspects of data security and confidentiality, and commit to adhering to them during project implementation	
3	I will not provide data to any researchers other than those working on this study who have signed a copy of this Agreement	
4	I will not disclose data sets or information for any purpose other than that specified in the Protocol or in compliance with the law	
5	I will not distribute any part of the data to anyone who is not a member of the study team, except as required by law	
6	I agree not to attempt to re-identify the source of any information provided	
7	I understand that I am required to ensure the secure storage of all data (hardcopy forms or electronic databases) available to me	

Signature_____ Date_____

Failure to comply with these rules will result in denial of further access to the data and the imposition of any appropriate sanctions, including criminal liability, where applicable.

Thank you,
Study team