



**USAID**  
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА



**Качественное исследование,  
проведенное среди групп,  
подверженных высокому риску  
заражения туберкулезом/ВИЧ, в  
пилотных регионах Таджикистана**

НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ: финансируемая USAID программа «Аутрич на страже здоровья»

КООПЕРАТИВНЫЙ НОМЕР СОГЛАШЕНИЯ: 176-A-00-09-00023-00

ПРОГРАММНЫЕ РЕГИОНЫ, ВОШЕДШИЕ В ОТЧЕТ: Таджикистан  
(г. Душанбе, г. Вахдат, г. Куляб и г. Курган-Тюбе Хатлонской области)

ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ: Январь-  
Февраль 2010

ПРЕДСТАВЛЕНО: Эльмире Имамбакиевой, Шане Ауфенкамп

ВЫПОЛНЕНО: Джамилей Исмоиловой

АВТОРЫ: Джамиля Исмоилова, региональный специалист по АКСМ программы «Аутрич на страже здоровья» в Таджикистане, Проект ХОУП ЦАР

Кейт Эрдал, программный специалист по инфекционным заболеваниям, Проект ХОУП.

ДАТА: Июнь, 2010 г.

## Содержание

1. Основные положения.....	5
2. Введение.....	6
3. Задачи исследования.....	7
4. Методы.....	7
4.1 Регионы исследования и участники дискуссий фокусных групп.....	7
4.1.2. Протокол исследования и критерий включения для участников глубинного интервью.....	8
4.3 Темы для Дискуссий фокусной группы.....	9
4.4 Анализ Дискуссий Фокусной Группы.....	9
4.5. Анализ глубинного интервью.....	9
5. Главные выводы.....	10
5.1. Ключевые рекомендации.....	10
6. Результаты.....	11
6.1. Участники ДФГ.....	11
6.1.1. Знания о туберкулезе.....	11
6.1.2. Обращение за медицинской помощью.....	13
6.1.3. Барьеры для обращения за медицинской помощью.....	14
6.1.4. Мотивации для обращения за медицинской помощью.....	15
6.1.5. Стигма и дискриминация.....	15
6.1.6. Потребность в дополнительной информации по туберкулезу.....	16
6.2. Результаты глубинных интервью.....	17
7. Заключение.....	22
Приложение 1.....	23
Приложение 2.....	25

## **Выражение благодарности:**

- Сотрудникам местных НПО: «Гули Сурх», «Спин Плюс», «Фидокор», «Центр правовой поддержки молодежи», «Набзи Солим», «Гамхори», «Накукор» и «Судманд», за их помощь в проведении ДФГ и глубинных интервью.
- Представителям целевых групп, которые участвовали в опросе за выделенное время и терпение.
- Больным туберкулезом за их вклад и участие.
- Главному врачу, врачам и медсестрам Республиканской клинической ТБ больницы «Мачитон» за отведенное время, поддержку и терпение в проведении глубинных интервью с больными туберкулезом.

## Список сокращений и определений

РС – Работники секса

ДОТ – Лечение под непосредственным наблюдением

ДОТС – Стратегия ВОЗ по борьбе с туберкулезом

ДФГ – Дискуссии фокусных групп

ГФСТМ - Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией

ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека

Программа – программа «Аутрич на страже здоровья»

ГИ – Глубинное интервью

ПИН – Потребители инъекционных наркотиков

ЗОП – Знание, отношения и практика

МСМ – Мужчины, имеющие сексуальные связи с мужчинами

ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь

ЛЖВ – Люди, живущие с ВИЧ/СПИД

РТБЦ – Республиканский центр по борьбе с туберкулезом

ТБ – туберкулез

Случай ТБ – человек, который болеет туберкулезом

ТБ инфекция – присутствие бациллы *Mycobacterium tuberculosis* в организме, не обязательно болезнь

## 1. Основные положения

Начиная с октября 2009 года, консорциум партнеров начал реализацию программы «Аутрич на страже здоровья» в таких регионах Республики Таджикистан как г. Душанбе, г. Вахдат, г. Ходжент, г. Курган-тюбе и г. Куляб.

В настоящем исследовании использованы Дискуссии фокусных групп (ДФГ) и Глубинные интервью (ГИ) для изучения основных барьеров и мотиваций для обращения за медицинской помощью и лечения туберкулеза (ТБ). С января по февраль 2010 года было проведено 10 глубинных интервью с людьми, живущими с ВИЧ/СПИД (ЛЖВ), которые или болеют или недавно болели туберкулезом. Один из туберкулезных больных на момент интервью не имел подтверждения своего ВИЧ статуса. За тот же период, было проведено 12 ДФГ по ТБ среди представителей уязвимых групп населения, включая 40 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), 40 работников коммерческого секса (РС), 20 мужчин, имеющих сексуальные связи с другими мужчинами (МСМ) и 21 человек, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВ) во всех четырех пилотных проектах: Душанбе, Вахдат, Курган-тюбе и Куляб. Это исследование было сфокусировано на получении информации о знаниях, отношениях и практике по туберкулезу в группе, а также на определении препятствий и мотиваций для обращения за медицинской помощью и получением противотуберкулезного лечения.

Результаты ДФГ последовательно показывают, что недоступность медицинских услуг и отсутствие точной информации по туберкулезу и его излечимости были главными препятствиями для использования противотуберкулезных услуг. Стигма, связанная с туберкулезом, была оценена как фактор меньшей важности. Однако, она косвенно способствовала недоступности, как в случае, когда при возникновении симптомов ТБ многие участники ДФГ предпочли бы пойти в ТБ учреждение, а не в учреждение первичной медико-санитарной помощи, в основном из-за лучшего качества медицинского обслуживания, но, вероятно, также, чтобы избежать стигмы. Такое обращение за медицинской помощью привело к увеличению транспортных расходов и, следовательно, к снижению доступности медицинской помощи.

Люди, которые понимают свою потребность в медицинской помощи, должны иметь возможность получить к ней легкий доступ, чтоб получить весь спектр необходимых услуг. Доступ к услугам здравоохранения определяется их приемлемостью и доступностью. Ощущение дискриминации со стороны системы здравоохранения, и самое главное, высокая стоимость противотуберкулезного лечения, явились наиболее важными причинами задержки уязвимых групп населения в их обращении за медицинской помощью и получением лечения от ТБ.

Основными мотивами для обращения за медицинской помощью и получения лечения от ТБ, явилась поддержка со стороны семьи и друзей, а также финансовая поддержка.

## 2. Введение

Начиная с 1997 года, USAID сосредоточил значительные ресурсы на борьбу с эпидемиями ВИЧ и ТБ в пяти центрально-азиатских республиках (ЦАР). Все страны ЦАР сегодня имеют национальные программы по борьбе с ВИЧ/СПИД и ТБ, при финансовой поддержке правительств и международных доноров, таких как USAID, американский центр по контролю за инфекционными заболеваниями (CDC), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), а также Глобальный Фонд по борьбе со СПИДом, ТБ и Малярией (ГФ). Эти национальные программы направлены на борьбу с ВИЧ и ТБ среди общего населения и уязвимых групп населения, включая потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), работников коммерческого секса (РС), мигрантов, мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами (МСМ), заключенных в тюрьмах, а также людей, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВ).

Новая программа «Аутрич на страже здоровья», финансируемая USAID и реализуемая консорциумом Программы (PSI, Проект ХОУП, СПИД фонд восток-запад (AFEW), казахская ассоциация ЛЖВ) начала свою деятельность в 2009. Работая в регионе с наиболее быстро распространяющейся эпидемией ВИЧ/СПИД в мире, консорциум Программы «Аутрич на страже здоровья» работает с уязвимыми группами населения, наиболее подверженных заболеванию и распространению ВИЧ и ТБ: ПИН, РС, мигранты, МСМ, заключенные в тюрьмах, а также ЛЖВ. Риск ТБ инфекции выше среди ПИН, заключенных в тюрьмах и мигрантов, но особенно опасен он для ЛЖВ. Таким образом, ТБ интервенции будут особо нацелены на эти четыре группы, но также будут включать общие профилактические послания по сочетанной ВИЧ/ТБ инфекции для МСМ и РС.

Формирующее исследование было разработано для его проведения среди уязвимых групп населения, для получения информации о знаниях, отношениях и практике по ТБ в каждой группе и определения барьеров и основных факторов при обращении за медицинской помощью и получением противотуберкулезного лечения. Результаты этого исследования будут использованы для пересмотра Национальной коммуникационной стратегии по ТБ в Таджикистане, пересмотру и разработке образовательной программы «Аутрич на страже здоровья» среди уязвимых групп населения и разработке материалов по информации, образованию и коммуникации (ИОК).

### 3. Задачи исследования

Перед исследованием стояли следующие задачи:

1. Документирование текущего уровня знаний о туберкулезе среди уязвимых групп населения в пилотных регионах.
2. Определение факторов, мешающих или способствующих обращению за медицинской помощью и получению противотуберкулезного лечения.
3. Определение вышеуказанных факторов по отношению к различным подгруппам населения, включая представителей обоих полов, а также сельское и городское население.

### 4. Методы

Смешанная методология была использована для проведения этого исследования среди уязвимых групп населения в городах Душанбе, Вахдат, Курган-тюбе и Куляб, которые являются пилотными регионами проекта НОР. Качественные ДФГ и глубинные интервью были проведены для определения факторов, препятствующих или способствующих обращению за медицинской помощью и получению лечения от туберкулеза.

#### *4.1 Регионы исследования и участники дискуссий фокусных групп*

Качественное исследование, обсуждаемое в этом отчете, было проведено в пилотных регионах проекта (Душанбе, Вахдат, Курган-тюбе и Куляб) с января по февраль 2010 года. Чтобы изучить определяющие факторы приверженности диагностическим процедурам и лечению от туберкулеза, было проведено 12 ДФГ среди уязвимых групп населения и 10 глубинных интервью среди ЛЖВ, которые проходят лечение или недавно проходили лечение от ТБ.

Таблица 1. Сводка об участниках ДФГ по категориям групп риска и пилотным регионам

<b>Пилотный регион</b>	<b>РС</b>	<b>МСМ</b>	<b>ПИН</b>	<b>ЛЖВ</b>	<b>Всего участников</b>
Душанбе	10	20	10	10	50
Вахдат	10		10	11	31
Курган-тюбе	10		10		20
Куляб	10		10		20
Итого:	40	20	40	21	121

ДФГ с уязвимыми группами населения (за исключением МСМ) были проведены как в городских, так и в сельских регионах. Всего два ДФГ с МСМ были

проведены в Душанбе, так как эта группа была включена в целевые интервенции только в Душанбе. ДФГ были стратифицированы по полу и возрасту. Они были проведены в специально выделенных помещениях дроп-ин центров, офисов НПО и центра СПИД.

ДФГ были проведены на таджикском языке, с возможностью для участников говорить на русском языке. ДФГ были записаны на английский прямо с таджикской (русской) аудиозаписи.

Местные НПО также были включены в процесс исследования для того, чтоб получить более точную информацию о представителях уязвимых групп населения групп, так как они, вероятно, больше доверяют людям, которые уже работали с ними. Для участия в тренинге со стороны PSI было предложено два представителя из шести местных НПО, работающих с различными уязвимыми группами населения в пилотных регионах НОР. Исследовательская команда для каждой ДФГ состояла из ведущего, который свободно владеет таджикским и русским языком и человека, ведущего запись.

Вся команда исследователей прошла двухдневный тренинг по навыкам проведения дискуссий в фокусных группах и глубинных интервью. На тренинге были рассмотрены следующие вопросы: введение в вопросы исследования, методологические характеристики ДФГ, причины выбора этого метода для вопросов, которые должны быть исследованы, а также содержание и использование руководящих принципов дискуссии. На втором дне тренинга, практические занятия сопровождались демонстрацией ДФГ, которая была проведена с группой молодежи.

#### ***4.1.2. Протокол исследования и критерий включения для участников глубинного интервью***

Больные и бывшие больные туберкулезом среди ЛЖВ были определены с помощью местной НПО «Гули сурх» и центра по борьбе с туберкулезом. Интервью были проведены для того, чтобы определить барьеры, мешающие больному в получении диагноза и лечении туберкулеза. Критерием для включения были ЛЖВ, которые болеют или болели туберкулезом в течение последних 2 лет.

Десять одночасовых глубинных интервью были проведены среди ЛЖВ ТБ больных, которые получают или ранее получали противотуберкулезное лечение. Было проинтервьюировано четыре туберкулезных больных из Республиканской ТБ больницы «Мачитон» (три из г. Душанбе и один из г. Нурек) и 6 ТБ больных, с которыми работает НПО «Гули сурх». Пять из 10 проинтервьюированных ЛЖВ в настоящее время проходят противотуберкулезное лечение.

В исследовании был использован адаптированный протокол глубинного интервью, взятый из исследования Проекта ХОУП по мигрантам. Пять интервью были проведены Проектом ХОУП и остальные пять обученным аутрич работником из НПО «Гули сурх». Глубинные интервью с ТБ больными были проведены на таджикском и русском языках, в зависимости от языка

предпочтения участника. Согласие на участие было получено от участников в начале каждого интервью. Цели и задачи исследования были четко объяснены, и участники были вознаграждены за время, которое они потратили на интервью. Данные записывались на таджикском и русском языках, и впоследствии были переведены на английский. Поле заметок интервьюера с замечаниями, сделанными во время глубинного интервью, было записано и включено в руководство по интервью для каждого больного отдельно. Интервью были проведены между 11-18 февраля 2010 года.

### ***4.3 Темы для Дискуссий Фокусной группы***

Руководящие указания по дискуссиям для ДФГ даны в приложении к этому отчету. Эти руководства по дискуссиям были использованы как во время тренинга, так и во время ДФГ. Были рассмотрены следующие темы и общие вопросы:

1. Знания о туберкулезе
2. Обращение за медицинской помощью
3. Препятствия для обращения за медицинской помощью и получения противотуберкулезного лечения
4. Мотивации для обращения за медицинской помощью и получения лечения от ТБ
5. Стигма и дискриминация при туберкулезе
6. Потребность в дополнительной информации о туберкулезе

### ***4.4 Анализ Дискуссий Фокусной Группы***

Все ДФГ были записаны на аудиокассету на таджикском и русском языках, а затем записаны на английском языке. Эти записи были закодированы, введены в Excel, и качественные данные были извлечены, в соответствии со статусом уязвимых групп населения. Для кодирования, эти записи были неоднократно прочитаны, а коды постоянно добавлялись. Было дифференцировано 7 основных тем, включая симптомы заболевания, причины вызывающие болезнь, излечимость, доступность и т.д. Основные тематические разделы были разделены на переменное число суб-кодов. Контекст, в котором заявления были сделаны, был закодирован в соответствии с тем, появилась ли идея спонтанно во время дискуссии или она была ответом на вопрос или заявление ведущего. Однако, контекст был использован таким образом, чтобы понять, какая тема была самой важной для участников. Были взяты в расчет различия среди ДФГ с различными группами. Это может помочь в определении различных уровней и потребностей тех групп, которые необходимо принимать в внимание в ходе реализации программы. При анализе данных, были использованы термины и понятия из собственной фразеологии участников.

### ***4.5. Анализ глубинного интервью***

Глубинные интервью с больными ТБ из числа ЛЖВ были проанализированы для того, чтобы определить такие темы, как отсутствие денег для оплаты частных консультаций, экономическая необходимость продолжать работу, отсутствие

знаний о том, что туберкулез можно излечить, или страх общественной стигмы и социальной изоляции. При анализе данных, были использованы термины и понятия из собственной фразеологии участников, чтобы глубоко понять тему. Были определены такие темы, как являлся ли статус ЛЖВ причиной задержки диагностики и лечения туберкулеза.

## **5. Главные выводы**

Средний уровень знаний о путях передачи туберкулеза относительно низкий, и хотя многие представители уязвимых групп населения знают, что туберкулез может передаваться по воздуху, когда человек кашляет или чихает, все еще остается такое серьезное заблуждения, как общее убеждение в том, что ТБ может передаваться через потребление пищи из одной посуды и рукопожатие.

Туберкулез представляет собой серьезную проблему для уязвимых групп населения, и доступ к недорогой помощи является важным вопросом. Большинство уязвимых групп населения считают проблемой доступа к медицинским услугам, в случае заболевания, из-за дороговизны этих услуг.

Микроскопия мокроты для ТБ диагностики и противотуберкулезные препараты, в соответствии с Национальной противотуберкулезной программой, должны предоставляться бесплатно, однако больным приходится оплачивать диагностические услуги такие, как рентгеноскопия, и другие расходы такие, как витаминная поддержка и стоимость больничной палаты. Это создает значительные финансовые трудности для уязвимых групп населения и их семей.

### ***5.1. Ключевые рекомендации***

Услуги по диагностике и лечению туберкулеза должны доступны для для всего населения, включая уязвимые группы населения. Туберкулезные услуги, включая микроскопию, рентгеноскопию, основные и вспомогательные лекарственные препараты, должны предоставляться бесплатно, чтоб обеспечить приверженность к лечению.

Уязвимые группы населения должны быть обеспечены правильной и доступной информацией о симптомах туберкулеза, путях передачи ТБ, процессе лечения ТБ и излечимости ТБ. Послания должны быть доведены до слушателей посредством самых эффективных каналов, таких как телевидение, а также через медицинских работников и печатных изданий (брошюр, буклетов). Однако, должны быть также рассмотрены и иные подходы для распространения информации среди уязвимых групп населения, с помощью аутрич работников, работающих с уязвимыми группами населения через местные НПО.

## 6. Результаты

### 6.1. Участники ДФГ

39 ПИН участвовали в ДФГ из них 5 женщин и 34 мужчин со средним возрастом в 38 лет. 20 МСМ и 40 РС участвовали в ДФГ. Их средний возраст был равен 40 годам. Из 21 ЛЖВ участника, (4 женщин и 17 мужчин), средний возраст которых был равен 36 годам.

#### 6.1.1. Знания о туберкулезе

Перечень ответов от уязвимых групп населения, полученных во время ДФГ.

i. Что вы знаете о туберкулезе?

*ПИН:*

- Смертельная болезнь
- Серьезная болезнь
- В основном поражает легкие
- Существует открытая форма (т.е. ТБ больные с легочной формой выделяющие микобактерии), которая не может быть излечена, а также закрытая форма (т.е. ТБ больные с легочной формой не выделяющие микобактерии), которая может быть излечена.
- Легочная болезнь

*РС:*

- Инфекционная болезнь
- Человек может умереть
- На ранней стадии болезнь может быть излечена
- Поражает легкие и кости

*МСМ:*

- Это опасная болезнь
- В основном, болезнь распространена среди заключенных
- Относится к легким
- Открытая форма опасна

*ЛЖВ:*

- Опасная болезнь
- Легочное заболевание
- Не может быть излечена
- Может быть излечена на ранней стадии

Как видно, каждая группа респондентов имеет свою различную, неполную и, в основном, неправильную информацию о туберкулезе. Было несколько человек среди группы РС, которые считали, что туберкулез болезнь не серьезная.

ii. Какие основные симптомы туберкулеза Вы знаете?

*ПИН:*

- Слабость
- Потеря веса
- Кашель
- Ночная потливость

*РС:*

- Потеря веса
- Кашель; выкашливать кровь
- Потливость
- Лихорадка

*МСМ:*

- Кашель
- Усталость
- Боль в груди
- Потеря веса
- Боль в ногах

*ЛЖВ:*

- Ночная потливость
- Усталость
- Потеря веса
- Кашель
- Лихорадка
- Кровь в мокроте

Респонденты, более или менее, знакомы с самыми важными симптомами туберкулеза. Однако, кашель отмечался только после того, как назывались несколько других симптомов. Симптомы, появившиеся позже в естественной истории туберкулеза, подобно потере веса и сильной усталости, назывались быстрее, когда говорили о симптомах туберкулеза.

iii. Каковы пути передачи туберкулеза?

*ПИН:*

- Через воздух
- Через иглу или кровь
- Через общую посуду
- При рукопожатии

*РС:*

- Через воздух
- Через общую посуду, вещи и кровать
- Сексуальным путем и через поцелуи
- Через общую посуду

- Через иглу или кровь
- МСМ:*
- Через воздух
  - Сексуальным путем
  - Через поцелуи
  - Через общую посуду
  - Через воду

- ЛЖВ:*
- Через воздух
  - При рукопожатии
  - Через общую посуду
  - Сексуальным путем
  - Через иглу и кровь

Как видно по ответам выше, знания о путях передачи туберкулеза были неполными. Особенно, стоит отметить широкую и сильную распространенность мифа о том, что туберкулез передается через пользование общей посудой:

*“Когда я был в тюрьме, я пользовался одной посудой со своим другом, который болел туберкулезом. Я также заболел туберкулезом. Это часто случается в нашей стране, так как согласно нашим традициям мы пользуемся общей посудой даже с больным человеком”.*

(Мужчина 42 года, ПИН, Вахдат)

Следующим серьезным моментом среди всех групп является сомнение в том, что туберкулез может быть излечим, что было отмечено среди всех ДФГ.

#### iv. Излечим ли туберкулез?

Главным ответом на этот вопрос было то, что лечение туберкулеза требует очень долгого времени и длится от 6 месяцев и до 5 лет. Почти половина участников из всех групп придерживались мнения о том, что туберкулез не может быть излечен полностью, но что, скорее всего, через несколько лет он станет причиной смерти. Это можно проиллюстрировать рядом следующих заявлений:

*“Мой сосед болел туберкулезом. После 10 лет лечения он умер от туберкулеза”.*

(42 года, мужчина, ПИН, Куляб)

*“После излечения от туберкулеза, человек в скором времени умирает”.*

(36 лет, женщина, РС, Душанбе)

Недостаток веры в излечимость туберкулеза усложняется частотой смертельных случаев среди туберкулезных больных, известных участникам ДФГ.

### **6.1.2. Обращение за медицинской помощью**

Даже с отсутствием веры в излечимость туберкулеза, участники ДФГ показали, что они полностью убеждены в необходимости медицинского лечения туберкулеза, и его полезности больным. Участники ДФГ произвольно назвали

лечебные учреждения, куда люди могли бы обратиться с симптомами, похожими на симптомы туберкулеза.

**i. Если у кого-либо имеются симптомы туберкулеза, куда он должен обратиться за помощью/ советом?**

Общим предложением было пойти в ТБ центр или сделать флюорографию (рентгеноскопия - главный метод, который использовался до реализации стратегии ДОТС). Вторым по популярности предложением было обращение в учреждения ПМСП. ЛЖВ отметили, что они бы посетили врача, которому они доверяют, имея в виду специалиста из центра СПИД. Выбор ТБ центра респонденты объясняли тем, что это место где информация хранится конфиденциально, и где пациенты могли бы получить профессиональную помощь.

### **6.1.3. Барьеры для обращения за медицинской помощью**

**i. Если бы вы болели туберкулезом, что бы помешало вам обратиться за медицинской помощью и получить лечение?**

Почти все участники отметили, что отсутствие финансовых средств могло бы помешать их обращению за медицинской помощью и получению лечения против туберкулеза. Группы ПИН и ЛЖВ перечислили следующие барьеры:

- Наркотическая зависимость
- Страх раскрытия своего ВИЧ статуса
- Невнимательность (небрежность) медицинских работников

*“Наркотическая зависимость помешала бы мне и другим наркозависимым начать лечение от туберкулеза в больнице, так как там бы я не имел доступа к наркотикам.”*

(28 летний мужчина, ЛЖВ, Душанбе)

Группами наиболее обеспокоенными доступом к услугам были ПИН и ЛЖВ. Эти группы говорят о том, что они чувствуют себя плохо, когда испытывают страх и беспокойство во время обращения за медицинской помощью и лечением от туберкулеза. Эта часть целевой аудитории может быть рассмотрена как самая уязвимая по этому вопросу. Отсутствие информации о том, что лечение от туберкулеза предоставляется бесплатно, может стать преградой для обращения за медицинской помощью и получением своевременного лечения. Это говорит о важности включения и усиления послания о том, что противотуберкулезные препараты выдаются ТБ больным бесплатно, в образовательные программы и ИОК материалы для целевых групп.

#### **6.1.4. Мотивации для обращения за медицинской помощью**

**i. Если бы вы болели туберкулезом, что бы мотивировало вас обратиться за медицинской помощью и получить лечение?**

Обращение за медицинской помощью важно для всех информантов. Группы РС, ПИН и ЛЖВ подчеркнули важность поддержки семьи и друзей. Для групп МСМ имеет большое значение здоровье. Группы РС показали чувство ответственности и рациональности в этом вопросе (*“Забота о семье с тем, чтоб не инфицировать их”*). Финансовая поддержка имеет значение для большинства респондентов из всех групп.

*“Иметь документированное доказательство того, что противотуберкулезные препараты выдаются бесплатно очень полезно для нас с тем, чтоб требовать их от врачей.”*

(37 летняя женщина, РС, Вахдат)

Поддержка семьи и друзей, по мнению наших респондентов, часто имеет наибольший эффект для людей, которые обращаются за медицинской помощью и получением лечения. ПИН и ЛЖВ отметили понимание и позитивное отношение медицинских работников, как одним из главных мотивационных моментов для обращения за медицинской помощью. Факторы, названные в качестве главных мотиваций для обращения за медицинской помощью и получение лечения от туберкулеза, должны быть рассмотрены во время разработки ИОК материалов и целевых образовательных программ. Члены семьи и друзья уязвимых групп населения должны быть включены в программу в качестве вторичной цели для образовательных программ по туберкулезу.

#### **6.1.5. Стигма и дискриминация**

**i. Кто может заболеть туберкулезом? Какого рода люди?**

Согласно мнению большинства участников, заключенные тюрем являются самой уязвимой группой риска для заболевания туберкулезом. Другими ответами были: курильщики и пьющие люди; люди, которые плохо и мало едят; люди, которые проводят много времени на холоде. ЛЖВ отметили снижение иммунитета как одним из важных факторов заболевания. ПИН и РС также отметили мигрантов, как группу риска для заболевания туберкулезом. Никто из участников не указал членов семьи туберкулезного больного как группу риска для заболевания туберкулезом.

**ii. Что вы думаете о туберкулезных больных?**

Большинство участников исследования чувствуют сострадание к ТБ больным, и считают, что они нуждаются во внимании и поддержке (*“Они очень уязвимые и нуждаются в поддержке”*). В основном, респонденты из групп риска члены показали терпимость по отношению к туберкулезным больным, признавая, что больные ТБ такие же, как и другие люди. С другой стороны, ЛЖВ и МСМ более

скептически и жесткие в этом вопросе, указывая, что они испытывая чувство страха перед больными ТБ (*“Они опасны и должны быть изолированы”*).

### **iii. Знаете ли вы кого-либо, кто болеет туберкулезом?**

По меньшей мере, один участник в каждой группе знал кого-нибудь, кто болел туберкулезом, отмечая, что это или родственник или друг или кто-то, кто уже умер. Большинство приведенных примеров касалось людей, которые умерли от туберкулеза, что вызывается верой в неизлечимость туберкулеза.

### **iv. Были бы вы другом человеку, который болеет туберкулезом?**

В соответствии с предыдущими комментариями, большинство сказали, что они могли бы быть друзьями кому-либо, кто болеет туберкулезом. Несколько респондентов из группы ПИН отметили тесное взаимоотношение, духовную поддержку и дружбу. Остальные сказали, что они поддержат и будут общаться с больными туберкулезом как обычно, но с предосторожностями, остерегаясь, к примеру, есть с больным из одной посуды, надевать маску при общении и т.д.

*“Мой тесть болел туберкулезом и умер. Я заботился о нем и использовал дезинфектанты. Но, тем не менее, оба моих ребенка заболели туберкулезом.”*

(ЛЖВ, из Вахдата)

Это показывает, как люди ошибаются в отношении путей передачи туберкулеза. Ответ «Нет или только по телефону» был дан представителем группы МСМ, что иногда может содействовать негативному отношению и поведению к больным туберкулезом.

## **6.1.6. Потребность в дополнительной информации по туберкулезу**

Перечень ответов от уязвимых групп населения, полученных во время ДФГ

### **i. Какую дополнительную информацию по туберкулезу вы хотели бы получить?**

#### *ПИН*

- Пути передачи туберкулеза
- Средства профилактики от туберкулеза
- Какого вида лечение существует против туберкулеза?

#### *ЛЖВ*

- Легкие и более доступные формы информации

#### *МСМ*

- Информация о том, насколько опасен туберкулез
- Пути передачи туберкулеза
- Какие имеются признаки туберкулеза?

*РС*

- Пути передачи туберкулеза
- Средства профилактики от туберкулеза
- Какого вида лечение существует против туберкулеза?
- Сколько длится лечение, чтобы вылечиться от туберкулеза? Излечим ли туберкулез?

**ii. На каком языке?**

Информация требуется на обоих языках: таджикском и русском. ПИН и РС из Курган-тюбе просили, чтобы информация предоставлялась также и на узбекском языке. (в районах, где большая часть населения узбеки).

**iii. В какой форме вы хотели бы получать информацию?**

Предпочтительными формами получения информации о туберкулезе, названные большинством респондентов были следующие:

- Распечатанные материалы с иллюстрациями, буклеты
- Видео, короткие видеоматериалы о туберкулезе
- Семинары и тренинги
- Санитарно – образовательные сессии по туберкулезу в школах и университетах

РС хотели бы получать ТВ материалы по туберкулезу на дисках, так как большую часть своего времени они проводят за просмотром фильмов. Большая потребность в печатных материалах наблюдается во всех 4 группах. Группы ПИН и ЛЖВ отметили, что было бы хорошо, если бы материалы по туберкулезу были бы цветными с картинками подобно материалам по ВИЧ/СПИД. Видеоматериалы, особенно по туберкулезу, для участников стояли на втором месте по выбору.

## **6.2. Результаты глубинных интервью**

Десять глубинных интервью было проведено среди ЛЖВ, которые были или бывшими туберкулезными больными или на момент интервью проходили противотуберкулезное лечение. Пять интервью было проведено представителем местного НПО Гули Сурх, которое работает с ЛЖВ в г. Душанбе и остальные 5 были проведены региональным специалистом Проекта ХОУП по коммуникации. Пять из ЛЖВ находились на интенсивной фазе лечения, остальные 5 больных уже закончили свое лечение. Среди респондентов было семь мужчин и три женщины. Все проинтервьюированные болели легочной формой туберкулеза. Средний возраст респондентов был равен 37 годам.

Большинство мужчин, которые участвовали в интервью, заболели туберкулезом, в то время когда они работали в России. Все они вернулись в Таджикистан для прохождения лечения, так как доступ к противотуберкулезным услугам в России для них очень ограничен; или же при наличии доступа препятствием становились высокие цены на эти услуги. Исследование показало, что семьи респондентов

пострадали более всего из-за сочетанной ТБ/ВИЧ инфекции. Из 10 семей 7 были разрушены (2 женщины стали вдовами, 1 женщина и 4 мужчин развелись). Большинство участников обратились в лечебное учреждение с опозданием из-за недостатка в финансах, а также страха того, что будет обнаружено, что они больные ВИЧ. Почти все туберкулезные больные, которые получили лечение в больнице, не были довольны условиями лечения и едой, предлагаемой в больнице. Улучшение взаимодействия с медицинскими работниками, и качество информации, которой они обеспечивают больных, были главными предложениями от участников интервью.

Описание случая каждого из 10 ЛЖВ/ настоящих и бывших больных туберкулезом, с которыми были проведены интервью в двух разных местах, дано ниже:

### **6.2.1 Интервью в больнице «Мачитон»**

**Больной 1-** это 55 летний бездомный разведенный мужчина, семья которого уехала в Россию, оставив его без какого-либо места проживания. Он думает, что он заразился туберкулезом от своего брата, который умер от туберкулеза в 1992 году. Плохо чувствуя себя в течение одной недели, с температурой и кашлем, он пошел в поликлинику и сдал мокроту на исследование. Из поликлиники он, на машине скорой помощи, был отправлен в больницу «Мачитон», где он получал лечение от туберкулеза в течение 4 месяцев. В начале, он проходил лечение в новом корпусе больницы, где условия были очень хорошими, но спустя 2 месяца он был переведен в старый корпус, где он проходил лечение в гораздо худших условиях. Он не знает причины, по которой он был переведен в другой корпус, но думает, что, может быть, это могло быть из-за того, что он ВИЧ инфицированный. Он думает, что туберкулез может быть излечен только путем хирургического вмешательства. Он доволен лечением и уходом, но желал бы, чтоб медсестры могли говорить на русском языке, так как он не мог понять информацию, которую он получал от медицинских работников.

**Больной 2** – это 35 летний разведенный мужчина, который проходит противотуберкулезное лечение, и работал в России в течение 6 лет. Он развелся со своей женой, после того, как ему был поставлен диагноз на туберкулез, так как он не хотел инфицировать ее и своего ребенка. После того, как в течение недели он чувствовал себя плохо, имея кашель и слабость, его мать отвела его в туберкулезный диспансер, где ему был поставлен диагноз на туберкулез и он был направлен в больницу Мачитон. К моменту интервью, он проходил лечение в течение 40 дней и чувствовал себя лучше. Он предпочел бы получать лечение у себя дома, так как условия в больнице были плохими; к тому же вся еда приносилась родственниками. Его предложения включают улучшение качества еды в больнице, а также своевременное выполнение всех необходимых процедур (включая уколы). Он не верит в излечимость туберкулеза, так как он не видел ни одного человека в этой больнице, который был бы выписан здоровым. Он отметил, что лечащий врач оказывал ему поддержку; медсестры были грубыми, но санитарки были очень добрыми и помогали. Он хотел бы получить больше информации о туберкулезе и иметь возможность обсуждать с медицинскими работниками свое лечение.

**Больной 3** – это 32 летний женатый мужчина, который проработал строителем в России в течение шести лет, и был диагностирован на туберкулезе в туберкулезном диспансере в январе 2010 года, после прохождения рентгеноскопии. Он был послан в поликлинику по месту жительства для исследования мокроты. После исследования, ему был поставлен диагноз на туберкулез, и он начал проходить лечение в больнице Мачитон. К моменту интервью он в течение 2 недель проходил лечение, и он думает, что через 50 дней вылечится. Он думает, что заразился туберкулезом от своей жены, так как она чувствовала себя нездоровой в течение долгого времени. Она находится в Кулябе, и он попросил своих родственников отвести ее к врачу. Год назад, в Кулябе, он посетил врача с симптомами лихорадки, ночной потливости и слабости. Врач сделал ему рентгеноскопию, и сказал, что он, возможно, болеет туберкулезом. Он тогда в течении 2 недель проходил лечение в Кулябском областном ТБ центре, после чего его выписали, сказав, что он не болеет туберкулезом. В этот раз, он почувствовал себя снова плохо, и решил посетить врача в Душанбе, так как в настоящее время он живет в Душанбе. Только его сестра знает, что он болен туберкулезом, так как он боится, что если соседи узнает о его болезни, они прекратят всякое общение с ним и его семьей. Несколько дней назад, его направили из больницы Мачитон в центр СПИДа для проведения повторного анализа крови на ВИЧ, но результата он еще не получил. Он очень боится и надеется, что результат будет отрицательным (так как больной не имел информации о своем статусе, вопросы, во время интервью, относительно ВИЧ ему не задавались). Хотя противотуберкулезные лекарства выдавались бесплатно, за рентгеноскопию, внутривенную инъекцию и витамины необходимо было платить, что создавало для больного финансовые трудности. Его семье пришлось продать часть домашнего скота, чтобы покрыть стоимость его лечения. В целом, он был удовлетворен информацией, которую он получал относительно своего лечения, но хотел бы получать более информацию на регулярной основе посредством бесед от медицинских работников.

**Больной 4** – это 34 летний разведенный мужчина, который проработал строителем в течение пяти лет в России. Ему был поставлен диагноз ВИЧ положительный 4 года назад, и он попросил жену оставить его, так как он не хотел инфицировать ее и своего 3 летнего ребенка. Месяц назад, по результатам рентгеноскопии ему был поставлен диагноз на туберкулез, но он не хочет верить, что он туберкулезный больной. К моменту интервью он в течение 2 дней проходил лечение в больнице Мачитон. Он думает, что он находится в этой больнице не из-за туберкулеза, а из-за того, что он ВИЧ инфицированный. Он сказал больным, которые находились в одной с ним палате, что он ВИЧ инфицирован, так как он не хотел, чтобы они знали об этом и защитили себя от опасности заражения. Он не знает симптомов туберкулеза и думает, что туберкулезом можно заразиться от холодной воды. Он не удовлетворен условиями в больнице, так как за все услуги надо платить, а еда не хорошая.

**Больной 5** – это 37 летняя женщина-вдова, которой первый раз диагноз на туберкулез был поставлен в 2008 году в больнице Мачитон, после того, как ее муж уже умер от туберкулеза. Ее свекровь также умерла от туберкулеза. Ее муж

заразился туберкулезом в России, где он работал в качестве рабочего мигранта в течение 5 лет. После того, как почувствовал себя больным, он вернулся в Таджикистан, где ему был поставлен диагноз на туберкулез; он умер после 5 месяцев лечения. После 2 месяцев болезни, сопровождаемой кашлем и потерей веса, женщина была доставлена в Мачитон (республиканская ТБ больница) ее братьями, так как ее муж получал лечение здесь. Она прошла 8 месячный курс лечения, из которых 3 месяца провела в больнице Мачитон, а остальные 5 месяцев дома. Она узнала о своем статусе ВИЧ инфицированной в больнице Мачитон. Хотя она довольна лечением, которое она получила в больнице, она отметила, что доктора были слишком заняты, чтоб отвечать на вопросы больных о лечении и они могли бы оказать большую поддержку больным. Брошюры и буклеты, как источники информации по туберкулезу, доступны для больных в больнице. Ее семья пострадала из-за финансового бремени симптоматического лечения. Ее брат, который работает в России, помогает ей деньгами. Она получает социальную помощь от НПО Гули сурх.

### ***6.2.2. Интервью, проведенные НПО «Гули сурх»***

**Больной 6** – это 28 летний холостой мужчина, который был в заключении, и думает, что заразился туберкулезом в тюрьме. Он потребитель инъекционных наркотиков и был направлен в поликлинику аутрич работниками из НПО Спин Плюс, после того как он в течение 2 недель страдал кашлем и ночной потливостью. Он не хотел, чтоб узнали о том, что он ВИЧ инфицирован, и поэтому не хотел обращаться в поликлинику. Он был направлен к доктору, которого аутрич работник знал и которому доверял (фтизиатр из ДОТС центра вблизи от месторасположения НПО). Ему был поставлен диагноз на туберкулез путем рентгеноскопии и анализа мокроты, и было начато лечение. К моменту интервью, он проходил лечение в течение 2 недель в инфекционной больнице, и врачи разрешили ему пойти домой на несколько дней. Он не верит в излечимость туберкулеза, и думает, что лекарственные препараты могут лишь остановить болезнь на короткое время, после чего она вернется обратно. Он рад информации и поддержке, полученной со стороны аутрич работников.

**Больной 7** – это 40 летняя женщина-вдова, которой поставлен диагноз на туберкулез в 2008 году в поликлинике, куда она обратилась после того, как 2 месяца болела. Она заболела туберкулезом от мужа, который находился в заключении и умер от туберкулеза 2 года назад. Ее болезнь сопровождалась кашлем, потерей веса и лихорадкой. Она не могла обратиться в лечебное учреждение в течение 2 месяцев из-за финансовых трудностей. Диагноз на туберкулез ей был поставлен путем рентгеноскопии и анализа мокроты, и она начала лечение, находясь дома. Она отказалась от госпитализации из-за высокой стоимости транспортировки и недостатка еды в больнице. Она проходила лечение в течение 6 месяцев. Она узнала, что она ВИЧ инфицирована во время лечения от туберкулеза. Она удовлетворена информацией о туберкулезе, которой ее обеспечивали медсестры, а также узнавала из брошюр.

**Больной 8** – это 44 летняя разведенная женщина, которая проработала в России в течение 2 лет. Диагноз на туберкулез впервые ей был поставлен в 2005 году путем рентгеноскопии и исследования мокроты. Она была депортирована из России и начала свое лечение в больнице Мачитон и затем дома. В общем, весь курс лечения занял 19 месяцев, так как, по словам ее лечащих врачей, она начала лечение очень поздно. В России, в течение двух месяцев, она не обращалась к врачу, так как у нее был простой кашель. После того, как она была депортирована, она провела еще около 2 месяцев дома, прежде чем пойти в поликлинику. У нее есть две дочери и обе они болеют туберкулезом. Одна из дочерей была вылечена, а вторая все еще болеет. Она испытала большие финансовые проблемы, так как для оплаты рентгеноскопии и витаминов ей пришлось одалживать деньги для собственного лечения и лечения дочерей. Она не довольна условиями и едой в больнице Мачитон. Корпус больницы не ремонтируется, душевые комнаты расположены в отдалении от основного корпуса. Она также не удовлетворена информацией, которую она получала, относительно своего лечения, от медицинских работников и предложила и хотела бы получить полную информацию о лечении ТБ.

**Больной 9** – это 37 летний женатый мужчина, который проработал в течение 10 лет рабочим строительной компании в России. В январе 2009 года ему был поставлен диагноз на туберкулез в поликлинике, куда он обратился через 2 недели после того, как почувствовал себя плохо, и после своего возвращения домой. Диагноз на туберкулез ему был поставлен путем рентгеноскопии и исследования мокроты, которые с помощью аутрич работников НПО «Гули сурх» были проведены бесплатно. Из-за недостатка финансовых средств он отказался от госпитализации, и получал лечение на дому. Он регулярно принимал свои таблетки, и был излечен через 6 месяцев после начала лечения. Если бы условия в больнице были лучше и все услуги предоставлялись бесплатно, он предпочел бы быть госпитализированным, так как это предохраняет семью от риска быть инфицированными туберкулезом. Он был удовлетворен информацией, которую ему предоставляли медицинские работники в виде интервью и брошюр.

**Больной 10** – это 32 летний женатый мужчина, который проработал 8-10 месяцев в году, в течение 6 лет в качестве рабочего в частной строительной компании в России. В мае 2008 года ему был поставлен диагноз на туберкулез путем рентгеноскопии в Душанбинском туберкулезном диспансере, куда он был направлен аутрич работником из НПО «Гули сурх». После получения диагноза, он начал 9 месячное лечение, которое началось в больнице Мачитон, и было продолжено лечением на дому путем принятия лекарственных препаратов из больницы Шарора, которая расположена далеко от его дома. Для того, чтоб получать препараты ему приходилось тратить на транспорт ежедневно 2 сомони, что составляет довольно большую сумму относительно его доходов. Он предложил выдавать количество противотуберкулезных препаратов больному, чтоб их хватило на один месяц лечения. Ему пришлось брать деньги в долг, чтоб оплатить свое лечение, которое, в основном пошло на рентгеноскопию, транспорт и приобретение лекарственных препаратов (не противотуберкулезных). Он не был удовлетворен информацией по туберкулезу, предоставляемой ему в больнице, и хотел бы иметь доступ к буклетам и брошюрам по туберкулезу.

## **7. Заключение**

В заключение, надо отметить, что все ФГД и глубинные интервью показали низкий уровень точных знаний о путях передачи ТБ, услугах по ТБ, а также информации о том, что туберкулез болезнь излечимая. Этот недостаток в знаниях, а также расходы, связанные с лечением, могут быть значительным препятствием при обращении за медицинской помощью и получением лечения от туберкулеза среди уязвимых групп населения. Увеличение доступа к информации и обращение к представителям этих групп населения позволит добиться их раннего обращения за медицинской помощью и проведения качественного и своевременного лечения.

# Приложение 1.

## Инструкция по проведению фокус-групп

### A. Основные задачи

1. Узнать уровень знаний, отношения, практики и поведения по туберкулезу среди целевых групп.
2. Узнать, с какими препятствиями сталкиваются группы риска при обращении в мед учреждения и получении лечения туберкулеза.

### B. Целевые группы

Фокусные группы будут проводиться среди РС, ПИН, ЛЖВ и МСМ.

### C. Введение:

- Поблагодарите участников за то, что они пришли.
- Объясните, в общем, что такое фокус-группа, а также цели именно этой фокус-группы.
- Объясните, что будут вестись записи.
- Объясните, что их имена не будут упомянуты ни в каких отчетах, а их ответы будут конфиденциальны.
- До начала фокус-группы и глубинного интервью попросите у участников разрешение на использование диктофона.

### D. Вопросы для обсуждения:

#### 1. Знания о туберкулезе:

1. Что вы знаете о туберкулезе?
  - a. Каковы основные симптомы ТБ?
  - b. Как передается ТБ?
  - c. Можно ли вылечить человека, заболевшего ТБ?
  - d. Сколько длится лечение ТБ?

#### 2. Обращение в мед учреждение:

2. Если у человека имеются симптомы ТБ, куда он должен обратиться за помощью/советом?
  - a. Может ли он обратиться в поликлинику (учреждение первично медико-санитарной помощи) или в противотуберкулезный диспансер (центр)?

#### 3. Препятствия для обращения за помощью и получения лечения:

3. Если бы вы заболели ТБ, что помешало бы вам обратиться за помощью и начать лечение?

- a. Если бы вы хотели обратиться за помощью и начать лечение, смогли бы вы сделать это самостоятельно? Помогал бы вам в этом кто-нибудь еще?
- b. Как бы вы себя чувствовали, если бы пришлось обращаться за помощью и лечением ТБ?

**4. Мотивация для обращения и получения лечения ТБ:**

- 4. Если бы у вас был ТБ, вы бы обратились за помощью и лечением?
  - a. Важно ли вам обращение за помощью и лечением?
  - b. Какая поддержка вам бы потребовалась для лечения ТБ? Финансовая, поддержка семьи, друзей, какой-нибудь стимул?

**5. Стигматизация:**

- 5. Кто может заболеть ТБ?
  - a. Почему люди заболевают ТБ?
  - b. Что вы думаете о больных ТБ?
  - c. Знаете ли вы кого-нибудь, больного ТБ?
  - d. Могли бы вы поддерживать отношения с больным ТБ?

**6. Потребность в дополнительной информации о ТБ:**

- 6. Какую дополнительную информацию о ТБ вы бы хотели получить?
  - a. На каком языке?
  - b. В какой форме? (видео, аудио, печатные материалы).

**Е. Выводы и заключение**

- 1. Подведите итог обсуждения.
- 2. Фасилитатор может просмотреть вопросы и прочитать несколько ответов. Участникам должна быть дана возможность внести поправки в то, что было сказано, или добавить комментарии.
- 3. Поблагодарите участников и заверьте, что их ответы строго конфиденциальны, что информация, которую они предоставили, будет использована для выработки основных сообщений, касающихся здоровья, и информационно-образовательных материалов.

Раздайте всем участникам листовки и небольшие подарки.



2. Вы все еще лечитесь от ТБ? Если нет, когда вы завершили лечение?
3. Сколько времени вы лечились от ТБ? Вы вылечились? Вам все еще надо ходить в медучреждение на последующий контроль и/или лечение? Если да, то как часто вам надо ходить, и какие обследования проводятся? Вам все еще нужно принимать лекарства/лечение, потому что вы болели ТБ? Если да, то какие лекарства/лечение?
4. Каковы основные признаки ТБ? \_\_\_\_\_
5. Как вы заболели ТБ? \_\_\_\_\_
6. Можно ли излечиться от ТБ? Если да, то каким образом?
7. Когда вы заболели, куда вы первым делом обратились за помощью/советом? Сколько времени прошло с момента, как вы почувствовали себя больным, до обращения за помощью? \_\_\_\_\_
8. Где (в каком учреждении) и кто сказал вам, что у вас ТБ? Сколько времени прошло с момента, как вы почувствовали себя больным, до постановки диагноза? \_\_\_\_\_
9. Как вам проводили тест на ТБ? Если да, расскажите
10. Сколько времени прошло с того момента, как вы узнали, что у вас ТБ, до начала лечения ТБ? (Если была задержка больше чем 1 неделя, спросите причину задержки) \_\_\_\_\_
11. Какое лечение вы получали? Где вы проходили лечение (покупали препараты в частной аптеке, были госпитализированы в государственное медучреждение, лечились в поликлинике, сначала были госпитализированы, позже лечились в другом медучреждении, все время лежали в больнице, др.)?
- \_\_\_\_\_
12. Если опрашиваемый был госпитализирован, спросите: «Сколько времени вы пролежали в больнице? Вас устраивало, что вы лежали в больнице? Если да, объясните, почему. Если нет, хотели бы вы лечиться по-другому? Если да, то как?»
- \_\_\_\_\_
13. Там, где вы лечились, настаивал ли персонал на необходимости завершения лечения для того, чтобы вылечиться от ТБ? Если да, то как?
- \_\_\_\_\_
14. Вы удовлетворены той информацией о ТБ и о лечении от ТБ, которую вам давал медперсонал? Какую информацию о ТБ вы получили от медперсонала (например, любые обсуждения, показы, брошюры, DVD и т.д.)? Вы довольны такой поддержкой со стороны персонала?
-

15. Вы знаете, почему важно продолжать и завершать лечение ТБ? Если да, объясните, почему? Кто вам это объяснил?

---

16. Вы знаете, почему важно лечиться от ТБ регулярно? Если да, объясните, почему? Кто вам это объяснил?

---

17. Во время лечения ТБ вы пропускали прием лекарств? Если да, почему? Кто поддерживал вас в продолжении лечения? Кто наблюдал за вами, когда вы принимали лекарства?

---

18. Говорили ли вы кому-нибудь (семье, другу, членам сообщества, коллегам и т.п.), что у вас ТБ? Если да, то кому, и какова была их реакция?

---

19. Есть или были ли у вас проблемы в вашей семье, сообществе, на работе, из-за того, что люди знали, что у вас ТБ? Какие проблемы? Подвергаетесь или подвергались ли вы дискриминацию, потому что люди знали, что у вас ТБ? Если да, расскажите. Вы получаете или получали поддержку от людей, знающих, что у вас ТБ? Получали ли вы социальную поддержку (например, от сообщества, властей, НПО?) Если да, расскажите, какую

---

20. Хватало ли вам денег на получение необходимой помощи и лечение? Какие услуги вам пришлось оплачивать как больному ТБ (например, рентген, госпитализация, лекарства, транспорт и т.п.), и могли ли вы позволить себе это? Если нет, можете ли вы предложить, как снизить эти затраты? Приходилось ли вам занимать деньги на лечение от ТБ?

---

21. Сколько времени у вас занимал путь от места жительства до того места, где вы лечились? (Если место, где пациент лечился, еще не было упомянуто, спросите название, род и месторасположение этого учреждения). Как вы добирались до места вашего лечения? Вы могли себе позволить (в финансовом плане и географически) ходить в это учреждение регулярно? Если нет, предложите, как решить этот вопрос?

---

22. Если у пациента есть семья, спросите: «Страдает ли и/или страдала ли ваша семья, потому что у вас ТБ? Есть ли у вас предложения, как облегчить страдания вашей семьи?»

---

23. Повлиял ли каким-нибудь образом ваш ВИЧ - статус на диагностику и лечение ТБ? (Сомневались ли вы, что стоит обращаться за помощью, отказывались ли вы когда-нибудь от лечения, боялись ли вы, что обнаружится ваш статус?)

---

24. В целом, были ли вы удовлетворены полученным лечением и уходом (включая 2 месяца госпитализации)? Если нет, какие изменения вы бы предложили? \_\_\_\_\_

Вопросов много. Интервьюеры должны постараться превратить опрос в плавно проходящую беседу о поиске и обращении за медицинскими услугами. Предоставьте опрашиваемому возможность рассказать свою историю, а не просто зачитывайте ему один за другим список вопросов.

Большое спасибо за ваше время и помощь!