



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida

ОЦЕНКА И МЕРЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ СТИГМЫ, ГЕНДЕРНЫХ И ПРАВОВЫХ БАРЬЕРОВ В ДОСТУПЕ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ УСЛУГАМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ТАДЖИКИСТАН

НОЯБРЬ 2020

Оглавление

Слова благодарности.....	2
Список аббревиатур.....	3
Краткая информация.....	4
1. Введение.....	7
2. Методология исследования.....	9
3. Правовое регулирование и гарантии прав человека в контексте профилактики, диагностики, лечения и ухода при ТБ.....	11
4. Правовые барьеры в доступе к услугам диагностики, лечения и ухода при ТБ.....	14
5. Гендер.....	17
6. Ключевые группы.....	25
7. Стигма по отношению к людям с ТБ.....	37
8. Изложение результатов исследования.....	43
8.1. Знание о туберкулезе.....	43
8.2. Барьеры, препятствующие получению медицинских услуг.....	45
8.3. Препятствия для постановки правильного диагноза и лечения.....	49
8.4. Приверженность лечению.....	55
8.5. Завершение лечения и последующее наблюдение.....	67
9. Выводы и рекомендации.....	69
Выявленные барьеры и рекомендации для их преодоления.....	71
10. Заключение.....	91
<i>Приложение 1. Список литературы.....</i>	Ошибка! Закладка не определена.
<i>Приложение 2. Список членов координационной группы....</i>	Ошибка! Закладка не определена.
<i>Приложение 3. Информация о проведенных ИКИ, ГИ И ДФГ.....</i>	Ошибка! Закладка не определена.
<i>Приложение 5. Инструменты сбора данных для Интегрированного протокола без специальных вопросов по стигме.....</i>	Ошибка! Закладка не определена.
<i>Приложение 6. Формы согласия.....</i>	Ошибка! Закладка не определена.

Дисклеймер

Данный материал опубликован при финансовой поддержке Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Взгляды, изложенные в данной публикации, могут не совпадать с позицией и мнением упомянутого Глобального фонда.

Слова благодарности

Общественная организация «Гендер и развитие» выражает глубокую признательность Глобальному фонду, Канадской правовой сети по ВИЧ за поддержку в проведении исследования «Оценки по преодолению стигмы, правовых и гендерных барьеров в доступе к противотуберкулезным услугам».

Особые слова благодарности Государственному учреждению «Республиканский центр защиты населения от туберкулеза», Душанбинскому городскому и центрам защиты населения от туберкулеза ГБАО и Хатлонской области, местным общественным организациям - ОО «Партнерство СТОП ТБ», ОО «СПИН+», ОО «Равные возможности» и ОО «Волонтер», за оказанную помощь и бесценную поддержку в проведении исследования.

ОО «Гендер и развитие» очень признательна всем респондентам, принявшим участие в исследовании и поделившимся своим опытом, высказавшим свои мнения и оценки. Их искренность и заинтересованность в решении существующих проблем помогли нам представить реальную картину доступа к противотуберкулезным услугам ключевых групп населения.

Авторы: Саидова Н., Бозрикова Т.Н., Зиёева С., Азамова Ш., Солиев А., Голиченко М., Stuikyte R., Абдуллаев Т., Schonning Sh.

Список аббревиатур

ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГБАО	Горно-Бадахшанская автономная область
ГИ	Глубинные интервью
ГФ	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
КЗ	Кодекс здравоохранения
ЛЖВ	Лица, живущие с ВИЧ
ЛУИН	Лица, употребляющие инъекционные наркотики
ЛУ-ТБ	Лекарственно-устойчивый туберкулез
МЛС	Места лишения свободы
МЛУ	Множественная лекарственная устойчивость
НКК	Национальный координационный комитет
НПО	Неправительственная организация
НСП	Национальный стратегический план
НТП	Национальная противотуберкулезная программа
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ОО	Общественная организация
ООН	Организация Объединённых Наций
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РРП	Районы республиканского подчинения
РС	Работники секса
РТ	Республика Таджикистан
РЦЗНТ	Республиканский центр защиты населения от ТБ
СПГ	Сообщество, права и гендер
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита человека
ФГД	Фокус-групповые дискуссии
ШЛУ	Широкая лекарственная устойчивость

Краткая информация

Настоящее исследование по оценке барьеров в доступе к противотуберкулезным услугам в Таджикистане, с позиции сообществ, прав и гендера (СПГ), было проведено ОО «Гендер и развитие» и Канадской правовой сетью по СПИДу в рамках проекта «Продвижение качественной ТБ помощи, ориентированной на людей, - от новой модели оказания помощи к улучшению раннего выявления и лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза» (TB-REP 2.0), при финансировании Глобального фонда.

Отчет об исследовании основывается на результатах аналитического обзора и качественных данных, собранных в ходе интервью и обсуждений в фокус-группах. В процессе оценки были использованы следующие методы изучения проблемы: анализ законов, правоприменительных практик и соответствующей информации и материалов о ситуации с ТБ в Таджикистане; согласование списков приоритетных ключевых групп в ходе встреч заинтересованных сторон; проведение интервью и обсуждений в фокус-группах; встречи заинтересованных сторон для подтверждения результатов исследования и утверждения рекомендаций по его итогам.

В ходе оценки были выявлены барьеры, препятствующие получению услуг лечения ТБ, связанные с гендерным фактором, стигмой, правами человека, а также факторами, имеющими отношение к конкретным ключевым группам населения. Причем факторы оценивались с двух позиций – как имеющие позитивное значение, так и негативно влияющие на доступ к услугам, а именно: как эти факторы повлияли на пациентов, проходящих этапы лечения от ТБ - от появления симптомов ТБ до диагностики, лечения, поддержки приверженности лечению и последующего наблюдения после его завершения .

Анализ законов показал, что нормативные акты и правоприменительная практика Таджикистана отражают важность профилактики, лечения и ухода при ТБ, особенно среди ключевых и уязвимых групп населения. Конституция Республики Таджикистан, законы о здравоохранении и международные договоры, ратифицированные Таджикистаном, признают права человека, в том числе право на здоровье, социальные и экономические права, при этом категорически исключается какая-либо дискриминация. В то же время в нормативных актах отсутствуют конкретные положения, запрещающие стигму и дискриминацию людей с туберкулезом, а также дискриминацию в отношении ключевых и уязвимых групп населения. Между тем в отношении людей, живущих со ВИЧ, такие положения в законах имеются. . Аналитический обзор показал, что государственные законы и политика в области здравоохранения и лечения ТБ слабо учитывают гендерные аспекты и не предусматривают необходимой оценки прав человека и гендерной проблематики в рамках выполнения программы, мониторинга и оценки ТБ. Люди с ТБ, а также ключевые и уязвимые группы населения часто не могут реализовать свои социальные и экономические права по причине недостатка знаний, либо из-за отсутствия финансирования для обеспечения таких прав. Несмотря на небольшой прогресс, выразившийся в переходе программ противодействия ТБ на государственное финансирование, они все же продолжают зависеть от международной финансовой поддержки.

Исследование показало, что у населения существуют значительные пробелы в знаниях о ТБ. Это в свою очередь обуславливает низкий уровень профилактических мер,

запоздалую диагностику, стигму и социальную изоляцию пострадавших людей и их семей. Заблуждения, а нередко и непонимание микобактериального происхождения туберкулеза и отсутствие знаний о контагиозной природе ТБ, приводят к стигматизации, недостаточным или не соответствующим заболеванию профилактическим мерам. Незнание того, что ТБ излечим и что лечение является бесплатным, также усугубляет стигму и проблемы с доступом к диагностике и лечению. Помимо этого, исследование показало, что группы населения, попавшие под направленные вмешательства, обладали лучшим уровнем знаний, что свидетельствует о том, что проблему повышения уровня знаний населения в области ТБ в Таджикистане можно решить.

Опрошенные руководители и специалисты в сфере здравоохранения на государственном и местном уровнях признают, что большинство пациентов получает медицинскую помощь поздно, после того, как уже нанесен вред их здоровью.

Скрининг на ТБ в Таджикистане де-факто более пассивен, чем активен, и в значительной степени исходит из того, что пациенты сами обращаются за помощью. В данном случае можно говорить о том, что скрининг в районах с более высокой степенью распространенности ТБ и ключевыми группами населения не проводится систематически, как должно было бы быть. Существует множество препятствий, мешающих пациентам обращаться за помощью. Помимо низкого уровня знаний о туберкулезе и вытекающей из этого стигмы, описанных выше, существует и ряд других факторов, препятствующих обращению за медицинской помощью: это - фактические и предполагаемые финансовые затруднения; расстояние до медицинских учреждений; самолечение; стигма и страх изоляции. Для женщин страх не выйти замуж или оказаться изолированной от семьи; и для мужчин, - страх потерять работу или быть депортированным, оказались особенно значимыми гендерными барьерами, препятствующими обращению за медицинской помощью. Для бывших заключенных доступ к обследованию и диагностике осложнялся бедностью, отсутствием документов и регистрации по месту жительства, а также страхом стигматизации со стороны медицинских работников.

Таким образом, в Таджикистане заболевшие ТБ сталкиваются с самыми различными преградами на пути к своевременной диагностике и началу лечения. Чтобы начать лечение после появления первых симптомов, опрошенным ТБ пациентам потребовалось от 9 дней до 6 месяцев. Препятствия, с которыми они столкнулись, были связаны с системой здравоохранения и пропускной способностью лабораторий; ресурсами пациента (оплата диагностики, проезд до медучреждений и ТБ врачей), с личными возможностями и желанием справиться с диагнозом и его последствиями, включая неправильное представление о лечении. Нередко женщин отговаривают обращаться к врачам-мужчинам за ТБ лечением, к тому же им часто требуется сопровождение членов семьи для посещения медицинского учреждения. Помимо этого, домашние обязанности тоже мешали им получать доступ к услугам по ТБ лечению. У мужчин на доступ к медицинской помощи влияние оказывал гендерный фактор, у них возникало опасение, что они больше не смогут выполнять свою роль по обеспечению своей семьи. Бывшие заключенные, ЛУИН, ЛЖВ и РС, отмечая существование стигмы по отношению к ТБ, в то же время выделяли и такой фактор, как отсутствие прописки, что прямо препятствовало доступу к медицинской помощи. Исследование показало, что трудовые мигранты, не имеющие полного легального статуса, были лишены доступа к диагностике. При этом

многие из них не знали, что право на доступ к диагностике и лечению у всех них сохраняется в любой стране пребывания.

Лечение туберкулеза доступно в Таджикистане, и ТБ пациенты относятся к той небольшой категории пациентов, которые имеют право на бесплатное лечение. В проекте Национальной программы по борьбе с ТБ конкретно указывается, что помощь, прямо ориентированная на пациентов, является важным этапом в активизации борьбы с ТБ и что услуги должны быть разработаны с учетом соблюдения автономии пациента и оказания ему поддержки в решении личных и материальных затруднений, а также содействия снижению стигмы. Все эти задачи в Таджикистане еще только предстоит решить. Качество ТБ лечения: физическое и психологическое бремя длительного лечения; стигма, а также финансовые затруднения и недостаточная социальная поддержка создают проблемы с приверженностью ТБ пациентов к лечению. В целом пациенты хорошо отзывались о своем опыте общения с ТБ службой. Но результаты исследования позволяют поставить под сомнение уровень знаний и навыков персонала первичной медико-санитарной помощи (который, как правило, несёт ответственность за приверженность к лечению у пациентов). Многие участники интервью и фокус групповых дискуссий выражали глубокое сожаление по поводу исчезновения НПО, которые раньше оказывали дополнительную поддержку пациентам. Пациенты говорили о благоприятном впечатлении от лечения у фтизиатров. Усталость от лечения, а также высокие затраты на борьбу с побочными эффектами приводят к прерыванию лечения. Некоторые пациенты не могут себе позволить питание, необходимое во время лечения.

Материальные затруднения, с которыми сталкиваются люди, проходящие ТБ лечение и имеющие обычно большие семьи, оказываются весьма значительными, и это ставит под угрозу продолжение лечения, особенно когда люди испытывают давление, например, по поводу того, что им необходимо вернуться на работу. Пациентам трудно получить доступ к социальной поддержке и льготам. ЛЖВ, ЛУИН, СР и бывшие заключенные отметили, что они чувствовали стигму в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. К тому же все они столкнулись с юридическими проблемами, а юридическую поддержку (которая была высоко оценена там, где она была доступна) могли получить далеко не все.

При завершении лечения и последующем наблюдении на первый план выходит проблема с оказанием людям помощи в реинтеграции на рынок труда. Ошибочные представления о ТБ и связанной с ним стигме создают для людей проблемы с трудоустройством.

По итогам исследования было разработано 35 взаимосвязанных рекомендаций по преодолению барьеров для доступа к противотуберкулезным услугам. Результаты исследования были обсуждены и утверждены на встрече всех его участников. В итоге всем местным и международным организациям было поручено приступить к реализации каждой рекомендации.

1. Введение

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2018 г. во всём мире туберкулезом болело 10 млн. чел., и около 1,5 млн. чел. умерло. При этом в мире около 1,7 млрд. людей живут с латентной туберкулезной инфекцией, которая при определенных обстоятельствах может перейти в активное заболевание. ВОЗ еще в 1994 г. признала эпидемию ТБ чрезвычайной ситуацией глобальных масштабов¹.

В соответствии со Стратегией ВОЗ по ликвидации туберкулеза², странам необходимо отказаться от пассивных, основанных на подходе «сверху вниз», программ борьбы с болезнью, используемых в прошлом, и применять более радикальный новый подход. Как указывается в Глобальном плане по ликвидации ТБ³, этот подход должен быть справедливым, он должен учитывать структурные, социальные, социально-экономические факторы, связанные с правами человека, и гендерные факторы, а также обеспечивать значимое участие затронутых заболеванием людей и сообществ в мерах по противодействию эпидемии ТБ. Подход «Сообщество, права и гендер» (СПГ) согласуется со Стратегической инициативой Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией⁴, Всеобщим охватом услугами здравоохранения⁵ и Целью устойчивого развития №3⁶. Такой подход ориентирован на обеспечение каждому человеку, вне зависимости от места его нахождения, доступа к качественным медицинским услугам без каких-либо барьеров.

Для поддержки усилий стран по внедрению подхода СПГ к ТБ Партнерство «Остановить ТБ» разработало оценку СПГ, объединившую инструменты оценки по гендеру, правовой среде и ключевым группам населения. Целью данного вмешательства является улучшение данных и стратегической информации о барьерах, связанных с правами человека и гендером, с которыми сталкиваются люди, болеющие и затронутые ТБ, и ключевые группы населения, которые впоследствии могут быть использованы для планирования программ и действий. Анализ, полученный в результате оценки СПГ, позволяет определить, какие группы населения являются ключевыми и уязвимыми, и с какими барьерами они сталкиваются при доступе к услугам.

В августе 2019 г. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ) принял решение поддержать запрос ОО «Гендер и развитие» о проведении оценки по достижениям, потребностям и вызовам, с которыми сталкивается Республика Таджикистан при осуществлении мер по борьбе с ТБ. В рамках этой оценки предполагалось охватить вопросы правовой среды, уязвимых групп населения, гендера и стигмы. Для

¹ Глобальная программа по туберкулезу ВОЗ (WHO Global Tuberculosis Programme) (1994). ТБ: глобальная чрезвычайная ситуация, Отчёт ВОЗ по эпидемии ТБ. Всемирная Организация Здравоохранения. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58749>

² ВОЗ, Стратегия прекращения ТБ, электронный адрес ресурса: <https://www.who.int/tb/strategy/en/>

³ Партнёрство «Остановим ТБ», Глобальный План прекращения ТБ на 2016-2020. Электронный адрес ресурса: http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf

⁴ Глобальный Фонд за борьбу со СПИДом, ТБ и малярией, Инициатива сообществ, прав и гендерных стратегий. Эффективные гранты, обновлено в июне 2020 г. https://www.theglobalfund.org/media/9948/crg_2020-06-strategicinitiative_update_en.pdf

⁵ ВОЗ, Всеобщий охват медико-санитарным обслуживанием. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

⁶ Цель устойчивого развития № 3 <https://sdgcompass.org/sdgs/sdg-3/>

оказания технической поддержки при проведении исследования была привлечена Канадская правовая сеть по ВИЧ.

Для проведения оценки был подготовлен протокол исследования, который был утвержден Комитетом по биомедицинской этике Академии медицинских наук Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан 17 октября 2019 г.

В течение августа-октября 2019 г. ОО «Гендер и развитие» наладила сотрудничество с наиболее заинтересованными сторонами. После этого совместными усилиями была разработана и утверждена методология проведения оценки на основе руководств Партнерства «Остановить ТБ». Одновременно было принято решение, что роль координационной группы по проведению исследования возьмет на себя техническая рабочая группа Национального координационного комитета по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан (НКК).

7 ноября 2019 г. состоялось заседание Координационной группы НКК по проведению оценки барьеров, касающихся правовой среды, гендера, стигмы и прав человека в ответных мерах по противодействию ТБ в Республике Таджикистан. В заседании приняли участие представители ОО «Гендер и развитие», Канадской правовой сети по ВИЧ, члены Координационной группы, включая представителей Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, Государственного управления исполнения уголовных наказаний Министерства юстиции РТ, Комитета по делам женщин и семьи при Правительстве РТ, Министерства труда и занятости населения РТ, Национальной программы борьбы с туберкулезом (НПТ) и других государственных ведомств, международных организаций и организаций гражданского общества.

В период с ноября 2019 г. по март 2020 г. национальной командой экспертов были проведены интервью с ключевыми информантами, включая должностных лиц, врачей, людей, болеющих и перенесших ТБ, и их близких, а также с представителями ключевых групп населения: людьми, живущими с ВИЧ, людьми, употребляющими наркотики, с бывшими заключенными и мигрантами. Параллельно был проведен кабинетный обзор нормативных правовых актов, отчетов по результатам исследований, статей и других публикаций.

На основе анализа собранных данных, были определены барьеры, препятствующие доступу населения и особенно ключевых групп, в наибольшей степени затронутых ТБ, к услугам по профилактике, диагностике, лечению, уходу и поддержке в связи с ТБ. По каждому из барьеров были предложены соответствующие рекомендации, выполнение которых может значительно повысить эффективность мер по борьбе с ТБ в Республике Таджикистан.

Итоги исследования, включая рекомендации, были обсуждены 25 июля 2020 г. на встрече Координационной группы по результатам оценки барьеров, касающихся правовой среды, гендера, стигмы и прав человека в ответных мерах по ТБ в Таджикистане. В ходе встречи был обсужден проект отчета, а участники предоставили свои замечания и предложения. На основе комментариев, изложенных в ходе встречи, проект отчета был доработан и утвержден решением Координационной группы.

2. Методология исследования

Исследование было проведено ОО «Гендер и развитие» в октябре 2019-июле 2020 гг. при технической помощи Канадской правовой сети по ВИЧ, в сотрудничестве с технической рабочей группой по вопросам туберкулеза при Национальном координационном комитете по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией (НКК) и при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ).

Цель исследования: оценить барьеры, касающиеся правовой среды, гендера, стигмы и прав человека, и дать рекомендации по усилению мер, направленных на противодействие ТБ и повышение эффективности усилий Республики Таджикистан, посредством совершенствования правовой среды, удовлетворения потребностей ключевых групп населения, затронутых эпидемией, решения проблем в сфере гендера и снижения стигматизации.

Основное внимание было уделено выявлению барьеров, существующих на всем пути, который проходит пациент с ТБ с момента проявления симптомов, постановки диагноза и лечения вплоть до его успешного излечения и наблюдений после завершения лечения, а также на разработку рекомендаций по улучшению каскада предоставляемой помощи, ориентированной на соблюдение прав человека, устранение правовых, гендерных барьеров и снижение стигмы в обществе.

Были использованы следующие методы анализа:

- ✓ **Кабинетное исследование** четырех областей: правовая среда, гендерная проблематика, ключевые группы населения и стигма.
- ✓ **Интервью с ключевыми информаторами** из числа сотрудников Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, ВИЧ и ТБ службы, служб ПМСП, миграции, Комитета по делам женщин и семьи при Правительстве РТ, а также представителей международных организаций, организаций гражданского общества, включая сообщества, затронутые ТБ. Всего было проведено 21 интервью (13 мужчин и 8 женщин).
- ✓ **Глубинные интервью** с больными ТБ и лекарственно устойчивыми формами ТБ (ЛУ-ТБ), членами семьи и членами сообщества. Всего было проведено 20 интервью (8 мужчин и 12 женщин).
- ✓ **Фокус-групповые дискуссии** – с медработниками ТБ и ПМСП служб, представителями ключевых групп, а также отдельные дискуссии с женщинами, членами семей ТБ больных, трудовыми мигрантами, ЛУИН, ЛЖВ, РС и людьми, затронутыми ТБ, бывшими заключенными, больными диабетом и др. Всего проведено 11 фокус-групп с участием 140 чел. (60 мужчин и 80 женщин).

Исследование проводилось во взаимодействии с Региональным проектом ГФСТМ TBREPII, в рамках которого осуществляются аналогичные исследования в Грузии, Казахстане и Узбекистане. В основе исследования лежит адаптированный интегрированный протокол по сбору данных по вопросам сообществ, прав и гендера (СПГ), рекомендуемый использование следующих инструментов:

- ✓ Операционное руководство по проведению оценки правовой среды в отношении ТБ, совместно разработанное Программой развития ООН (ПРООН) и Партнерством «Остановить Туберкулез».
- ✓ Гендерная оценка национальных мер противодействия ВИЧ и ТБ, совместно разработанная Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и Партнерством «Остановить ТБ».
- ✓ Сбор данных по группам населения, которые являются ключевыми и особо уязвимыми к ТБ, а также не имеющими достаточного доступа к услугам по методике, разработанной Партнерством «Остановить ТБ».
- ✓ Руководство по измерению стигмы, связанной с ТБ, разработанное KNCV, проектом «Challenge TB» и ЮСАИД.

Целевые группы исследования:

- Мужчины и женщины, больные ТБ.
- Медицинские работники в сфере ТБ и эксперты по ТБ, а также эксперты в области права и политики, по гендерным вопросам, по проблемам стигмы при ТБ и др.
- Ключевые группы населения по ТБ (определены на совещании по определению приоритетов ключевых групп населения):
 1. Лица, имеющие контакт с ТБ (члены семьи и родственники больного ТБ, живущие в одном домохозяйстве).
 2. Трудовые мигранты, граждане Таджикистана, выезжающие в другие страны,
 3. Люди, живущие с ВИЧ/СПИД.
 4. Бывшие заключенные, в том числе переболевшие ТБ.
 5. РС.
 6. ЛУИН.
 7. Больные диабетом.
 8. Медицинские работники ТБ службы учреждений первой медико-санитарной помощи (ПМСП).
 9. Военнослужащие.

Обеспечение равного представительства женщин и мужчин в исследовании являлось обязательным критерием отбора участников.

Места проведения оценки:

- 1) г. Душанбе, столица Республики Таджикистан;
- 2) Восейский район Хатлонской области, где наблюдается высокий уровень заболеваемости;
- 3) г. Хорог Горно-Бадахшанской автономной области, обладающий

специфическими климатическими условиями и являющийся наиболее труднодоступным горным регионом.

Из-за ограниченных ресурсов в других регионах и городах оценка не проводилась..

3. Правовое регулирование и гарантии прав человека в контексте профилактики, диагностики, лечения и ухода при ТБ

Республика Таджикистан выразила приверженность соблюдению, уважению и продвижению прав человека, предусмотренных важнейшими международными договорами.⁷ Подавляющее большинство этих прав прямо закреплено в Конституции Республики Таджикистан. Права человека, закрепленные международно-правовыми документами, носят универсальный характер и распространяются на всех людей вне зависимости от каких-либо признаков или обстоятельств, включая заболевание ТБ. Ограничения прав могут быть введены лишь на основании закона и, согласно законным процедурам, должны соответствовать характеру защищаемых международными договорами прав, отвечать интересам достижения законных целей и отвечать признакам разумности и пропорциональности.

Помимо юридически обязательных международных инструментов по правам человека, в мире принят ряд документов «мягкого права», которые напрямую касаются вопросов борьбы с ТБ. Так, в соответствии с целью 3.3 Целей устойчивого развития⁸, Республика Таджикистан выразила приверженность к 2030 г. положить конец эпидемиям ВИЧ/СПИДа, ТБ и обеспечить борьбу с гепатитом и другими инфекционными заболеваниями. В мае 2014 г. была принята Глобальная стратегия по туберкулезу⁹, в которой отмечается, что к 2035г. смертность от ТБ должна снизиться на 95% по сравнению с 2015 г. За тот же период времени показатель заболеваемости ТБ должен снизиться на 90%. Стратегия базируется на четырех принципах, включая тесное сотрудничество между организациями гражданского общества и сообществами, защиту и соблюдение прав человека, этических норм и принципа справедливости.

Важнейшим международным документом в контексте данного исследования является принятая в 2018 г. Генеральной ассамблеей ООН Политическая декларация по борьбе с ТБ¹⁰. Подписав эту декларацию, РТ признала, что *«нищета, гендерное неравенство,*

⁷ Важнейшими международно-правовыми документами по правам человека, признанными РТ, являются Всеобщая декларация прав человека; Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (присоединение 4 января 1999 г.); Международный пакт о гражданских и политических правах (присоединение 4 января 1999 г.); Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (присоединение 26 октября 1993 г.); Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (присоединение 11 января 1995 г.); Конвенция о правах ребенка (присоединение 26 октября 1993 г.); Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (присоединение 11 января 1995 г.); Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (ратификация 8 января 2002 г.); Конвенция о правах инвалидов (подписание 22 марта 2018 г.); Конвенция о статусе беженцев (присоединение 7 декабря 1993 г.).

⁸ Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 25 сентября 2015 г., Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., документ ООН A/RES/70/1.

⁹ Всемирная организация здравоохранения, шестьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Резолюции и решения, документ ООН WHA67/2014/REC/1. Основные положения Глобальной стратегии доступны на веб-сайте ВОЗ: <https://www.who.int/tb/strategy/end-tb/ru/>.

¹⁰ Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 10 октября 2018 г., Политическая декларация заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по борьбе с ТБ, документ ООН A/RES/73/3.

уязвимость, дискриминация и маргинализация усиливают риск заболевания и его разрушительные последствия, включая стигматизацию и дискриминацию, в любом возрасте, в силу чего борьба с этим заболеванием требует комплексного подхода, в том числе, обеспечивающего всеобщий охват медицинским обслуживанием и учитывающего социально-экономические факторы этой эпидемии и защищающего и обеспечивающего права человека и достоинство всех людей». Для преодоления эпидемии государства-члены ООН, включая Таджикистан, приняли на себя ряд важных обязательств, в частности: проводить систематическую проверку, сообразно обстоятельствам, соответствующих групп риска, определенных в методических документах Всемирной организации здравоохранения в отношении активного и скрытого ТБ, чтобы обеспечивать раннее обнаружение и своевременное лечение ТБ в группах людей, в непропорционально большой степени затрагиваемых этим заболеванием, например людей, живущих с диабетом, и людей, живущих с ВИЧ; незамедлительно адаптировать и осуществить стратегию по ликвидации ТБ; внедрять подходы, предусматривающие защиту и поощрение принципов справедливости, этики, гендерного равенства и прав человека в борьбе с ТБ; способствовать и содействовать прекращению стигматизации и дискриминации во всех ее формах, в том числе путем отмены дискриминационных законов, правил и программ в отношении лиц, больных ТБ, и посредством защиты и поощрения прав человека и человеческого достоинства; уделять особое внимание неимущим слоям населения, находящимся в уязвимом положении в соответствии с принципом социальной инклюзивности, особенно путем обеспечения активного и конструктивного участия гражданского общества и затронутых сообществ в процессе планирования, осуществления, мониторинга и оценки противотуберкулезных мероприятий, в пределах и за пределами сектора здравоохранения.

На национальном уровне, важнейшим документом является Конституция Республики Таджикистан, согласно которой международно-правовые акты, признанные Таджикистаном, являются составной частью правовой системы республики (ст.10) В случае несоответствия законов республики признанным международно-правовым актам применяются нормы международно-правовых актов. Эта норма связывает международные обязательства Таджикистана, о которых говорилось выше, с нормами права Республики Таджикистан. Многие требования нормативных актов Таджикистана сходны по содержанию и должны толковаться, исходя из международных стандартов. В частности, ст. 38 Конституции посвящена праву на охрану здоровья, которое также закреплено в ст. 12 Пакта об экономических, социальных и культурных правах. Хорошим инструментом для толкования нормативного содержания права на медико-санитарное обслуживание являются Замечания общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам. Этот орган отвечает за мониторинг исполнения упомянутого пакта государствами, включая Таджикистан ¹¹. В частности, данный документ дополняет положения ст.17 Конституции РТ, весьма важной в контексте данного исследования. В ней четко закрепляется у равноправие мужчин и женщин, а на государство возлагается роль гаранта прав и свобод каждого человека вне зависимости от национальности, расы, пола, языка, вероисповедания, политических убеждений, образования, социального и имущественного

¹¹ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 14 (2000). Вопросы по существу, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. E/C.12/2000/4

положения. Исходя из Замечаний общего порядка № 14, в перечень запрещенных оснований дискриминации также необходимо включать состояние здоровья.

Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан (КЗ РТ), принятый 30 мая 2017 г., регулирует общественные отношения в области здравоохранения и направлен на реализацию конституционных прав граждан и охрану здоровья. С принятием этого кодекса в Таджикистане утратил силу ряд законов, в том числе законы “О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита” и “О защите населения от ТБ”. При этом необходимо отметить, что некоторые фрагменты этих законов практически без изменений были включены в кодекс.

В КЗ РТ о система противотуберкулезной помощи определяется как *“совокупность социальных, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление, обследование и лечение, в том числе обязательное обследование и лечение, диспансерное наблюдение и реабилитацию больных ТБ, проводимых в стационаре и (или) амбулаторном порядке, установленных настоящим Кодексом и иными нормативными правовыми актами Республики Таджикистан”* (ст. 1). Согласно ст. 152 КЗ РТ, *“оказание противотуберкулезной помощи гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, соблюдения прав человека, общедоступности, в объемах, установленных нормативными правовыми актами Республики Таджикистан. Противотуберкулезная помощь оказывается гражданам безвозмездно при добровольном обращении или с их согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Кодексом”* (такими случаями являются, например, обязательное медицинское обследование и лечение, о которых речь идет ниже). Примечательно, что в КЗ РТ слова “лицо” и “гражданин” используются как синонимичные, что, с юридической точки зрения, некорректно, потому что понятие “гражданин” предполагает наличие гражданства (Республики Таджикистан или иностранного государства).

В Республике Таджикистан предусмотрен диспансерный контроль за больными ТБ (ст. 153 КЗ РТ), который осуществляется вне зависимости от согласия больных ТБ или их законных представителей. Решение о необходимости диспансерного контроля или его прекращении принимается медицинской комиссией и оформляется в медицинских документах, о чем в письменной форме извещается лицо, подлежащее диспансерному контролю.

В ст. 156 КЗ РТ перечислены права людей, больных ТБ или находящихся под диспансерным контролем, при оказании им противотуберкулезной помощи:

- на уважительное и гуманное отношение медицинских и иных работников, участвующих в оказании противотуберкулезной помощи;
- на получение информации о своих правах и обязанностях, а также о характере заболевания и применяемых методах лечения в доступной для них форме;
- на выбор врача и больницы для лечения, независимо от места проживания больного;
- на сохранение врачебной тайны;
- на диагностику и лечение в медицинских противотуберкулезных организациях, в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- на санаторно-курортное лечение в соответствии с медицинскими показаниями;

- на лечение в медицинских противотуберкулезных организациях в течение срока, необходимого для обследования и прохождения лечения.

Лица, госпитализированные для обследования или лечения в медицинских противотуберкулезных организациях, имеют следующие права:

- получать у руководителей медицинских организаций информацию о лечении и обследовании заболеваний ТБ;
- продолжать образование в соответствии с общеобразовательной программой обязательного общего среднего образования;
- наедине встречаться с адвокатом, психологом и представителем духовенства;
- отправлять религиозные обряды, если такие обряды не оказывают отрицательного воздействия на состояние здоровья пациента.

Лица, больные ТБ или находящиеся в связи с ним под диспансерным наблюдением, имеют и другие права, предусмотренные нормативными правовыми актами Республики Таджикистан. Поскольку международно-правовые акты, признанные Республикой Таджикистан, являются частью ее законодательства о здравоохранении (ст. 2 КЗ РТ), постольку права, закрепленные в международных документах по правам человека, перечисленных выше, распространяются и на лиц, больных ТБ и находящихся под диспансерным контролем.

В Республике Таджикистан принят также ряд подзаконных актов, регулирующих вопросы профилактики, диагностики и лечения ТБ и устанавливающих единые стандарты на уровне медико-санитарных учреждений, включая учреждения исполнения наказаний¹².

4. Правовые барьеры в доступе к услугам диагностики, лечения и ухода при ТБ

В Кодексе здравоохранения РТ отсутствует запрет на ограничение прав и дискриминацию людей, больных ТБ. Такой запрет имеется только в отношении людей, живущих с ВИЧ (ст. 165).

В соответствии с Пактом об экономических, социальных и культурных правах, *«государства обязуются гарантировать, что права, провозглашенные в настоящем Пакте, будут осуществляться без какой бы то ни было дискриминации»*. Это, безусловно, касается и права на медико-санитарное обслуживание. Более того, согласно Политической декларации по борьбе с ТБ, Республика Таджикистан обязалась *«способствовать и содействовать прекращению стигматизации и дискриминации во всех ее формах, в том числе путем отмены дискриминационных законов, правил и программ в отношении лиц,*

¹² Таковыми документами, в частности, являются: Приказ МЗ СЗН РТ от 05 октября 2018г., №908 «Об утверждении и внесении клинических инструкций по комплексному управлению ТБ / ВИЧ»; Приказ МЗ СЗН РТ от 28 мая 2019г., №379 «Об утверждении и внесении клинических инструкций по туберкулезу в Республике Таджикистан»; Приказ МЗ СЗН РТ от 05 октября 2018 г., №907 «Об утверждении и внесении клинических инструкций по контролю ТБ в учреждениях исполнения уголовного наказания»; Приказ МЗ СЗН РТ от 28 июня 2019 г., №461 «Об утверждении и внедрении инструкций по контролю ТБ на лекарственные средства, чувствительные к лекарственным препаратам в Республике Таджикистан».

больных ТБ, и посредством защиты и поощрения прав человека и человеческого достоинства”. Кроме того, как указано в Замечаниях общего порядка 14, *«многие меры, например, большинство стратегий и программ искоренения дискриминации в сфере здравоохранения, могут осуществляться с минимальным объемом ресурсов путем принятия, изменения или отмены законодательства либо распространения информации».*

В связи с этим, представляется необходимым добавить в КЗ РТ статью, в которой следует закрепить недопустимость ограничения прав и дискриминации в отношении людей, больных ТБ, как это было сделано в отношении людей, живущих с ВИЧ. В тех случаях, когда ограничение прав является необходимым, такое ограничение прав также должно быть регламентировано КЗ РТ или иным законом, а не подзаконными актами. Кроме того, такие ограничения должны осуществляться в соответствии с требованиями международно-правовых документов, разъясненными в Сиракузских принципах толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах¹³ и в Замечаниях общего порядка 14 Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам¹⁴.

Примечательно, что в КЗ РТ нет норм, устанавливающих минимальный базовый уровень права на здоровье, ниже которого государство не может опускаться ни при каких обстоятельствах, включая причину отсутствия государственного финансирования. Исходя из Замечаний общего порядка № 14, в контексте настоящего исследования, к таким базовым обязательствам относятся:

- обеспечение права доступа к услугам профилактики, лечения и ухода при ТБ на недискриминационной основе, в особенности для уязвимых и социально отчужденных групп;
- обеспечение доступа к минимальному базовому питанию и жилью, необходимому в контексте профилактики, лечения и ухода при ТБ;
- обеспечение основными противотуберкулезными лекарственными средствами, указанными в пункте 6.2.4 Примерного перечня основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения;
- принятие на основе имеющихся эпидемиологических данных и осуществление общенациональной государственной стратегии по борьбе с ТБ;
- осуществление просветительской деятельности и обеспечение доступа к информации, касающейся ТБ в обществе;
- обеспечение надлежащей подготовки медицинских работников, включая информирование по вопросам, касающимся здоровья и прав человека.¹⁵

¹³ Экономический и социальный совет ООН, Комиссия по правам человека, Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах, документ ООН E/CN.4/1985/4.

¹⁴ Экономический и социальный совет ООН, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечания общего порядка № 14 (2000), Право на наивысший достижимый уровень здоровья(ст.12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах), документ ООН E/C.12/2000/4.

¹⁵ Замечания общего порядка № 14. Параграфы 43-44.

В Республике Таджикистан предусмотрены обязательное и принудительное обследование и лечение: в соответствии со ст. 53 КЗ РТ: *“Граждане, больные ТБ (...), обязаны по требованию медицинских организаций проходить медицинское обследование и лечение”. В случае уклонения от медицинского обследования и лечения, “они подвергаются принудительному освидетельствованию и лечению”.*

Законодательством РТ предусмотрена административная ответственность в виде штрафа от двадцати до тридцати показателей для расчетов, применяемая в отношении лиц, уклоняющихся *“от обязательного медицинского обследования и профилактического лечения ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний, независимо от предупреждения, сделанного им органами здравоохранения”* (ст. 119 Кодекса об административной ответственности Республики Таджикистан). Следует заметить, что в КЗ РТ ничего не говорится о предупреждении органами здравоохранения лиц, уклоняющихся от медицинского обследования, и отсутствует понятие профилактического лечения.

Ст. 15 Семейного кодекса Республики Таджикистан предусматривает обязательное медицинское обследование лиц, вступающих в брак. На основании этой статьи, граждане республики, иностранные граждане и лица без гражданства до вступления в брак бесплатно проходят обязательное медицинское обследование в государственных учреждениях сферы здравоохранения по месту жительства или постоянного проживания, в соответствии с законодательством Республики Таджикистан, и знакомятся с результатами обязательного медицинского обследования друг друга. В рамках этой же статьи в тех же государственных учреждениях предусмотрено консультирование по здоровому образу жизни, планированию семьи и о влиянии болезней на здоровье потомства. Данное положение входит в прямое противоречие с требованием о защите медицинской информации и создает условия для дискриминации людей, живущих с ТБ.

В Таджикистане принято также несколько стратегий и программ, имеющих отношение к борьбе с ТБ. Ключевым документом, определяющим политику Таджикистана в области здравоохранения, является Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010–2020 гг.¹⁶, одним из ожидаемых результатов которой являются профилактика и контроль инфекционных заболеваний, в том числе ВИЧ и ТБ. В стратегии перечислены основные приоритеты и ориентиры государственной политики в сфере охраны здоровья, в том числе совершенствование нормативно-правовой базы, институциональное развитие, финансирование здравоохранения и т.д.

Следует заметить, что стратегия является своего рода зонтичным документом, но в Таджикистане приняты и документы программного характера по конкретным заболеваниям, в том числе по ВИЧ и ТБ. Так, в стране принят Национальный стратегический план защиты населения от ТБ на период 2015–2020 гг. (здесь и далее - НСП). Однако, в отличие от Национальной программы по ВИЧ¹⁷, НСП не является нормативно-правовым актом, а значит, не является обязательным для исполнения, потому

¹⁶ Утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан от 2 августа 2010 г., № 368.

¹⁷ Постановление Правительства Республики Таджикистан от 25 февраля 2017 г., №89 «О Национальной программе по противодействию эпидемии вируса иммунодефицита человека».

что орган, утвердивший его (Национальный координационный Комитет по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, ТБ и малярией в Республике Таджикистан) не является субъектом правотворчества, в соответствии со ст. 7 Закона Республики Таджикистан о нормативных правовых актах. Тем не менее НСП важен как программный документ, так как в нем представлены стратегические направления и ключевые вмешательства на пятилетний период. В НСП конкретно подчеркивается, что «недостаток знаний о ТБ, стигма и дискриминация, связанные с заболеванием, остаются значимыми барьерами для обращения за помощью, своевременного начала лечения и завершения полного курса терапии». Для достижения целевых показателей, в стратегии определены пять задач, одна из которых касается укрепления ответных мер посредством активной деятельности сообщества и гражданского общества в процессах адвокации, коммуникации и социальной мобилизации.

Недоступные данные и информация

В Республике Таджикистан не проводилось исследований о воздействии законов и нормативных актов на людей в контексте диагностики, профилактики, лечения и ухода при ТБ. Объясняется это недостаточной информацией о правовой грамотности людей в вопросах защиты их прав в контексте ТБ. При этом подзаконные акты, регулирующие вопросы профилактики, диагностики и лечения ТБ в Республике Таджикистан и устанавливающие единые стандарты на уровне медико-санитарных учреждений, включая учреждения исполнения наказаний, отсутствуют в открытом доступе. Они не опубликованы ни на сайте Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, ни на сайте Централизованного банка правовой информации www.adlia.tj.

Как текущая оценка будет способствовать устранению правовых барьеров и легализации данных

Настоящее исследование частично восполнит пробел в информации о том, насколько сильно/слабо действующие нормативно-правовые акты влияют на эффективность работы по профилактике, диагностике, лечению и уходу при ТБ, особенно в отношении ключевых и уязвимых групп населения.

5. Гендер

Биологические различия между мужчинами и женщинами, а также гендерные нормы в обществе, семьях и медицинских учреждениях воздействуют на уязвимость к ТБ и исходы лечения. Подходы, игнорирующие гендерный фактор (гендерно-слепые подходы), обуславливают усиление гендерного неравенства. Гендерно-чувствительные же подходы учитывают гендерные роли и способствуют минимизации неравенства. В свою очередь гендерно-преобразующие подходы направлены на пересмотр гендерных норм в целях искоренения неравенства¹⁸.

¹⁸ЮНЭЙДС и Партнерство «Остановить ТБ». Инструмент гендерной оценки для национальных ответных мер на ВИЧ и ТБ. На пути к гендерно-преобразовательным мерам против ВИЧ и ТБ. 2016.
http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Gender%20assessment%20Tool_TB_HIV_UNAIDS_RUSSIAN.pdf

Оценка учета гендерных особенностей, влияющих на уязвимость людей к ТБ, будет способствовать разработке гендерно-чувствительных и преобразующих подходов, повышающих результативность реализуемых ответных мер на эпидемию ТБ в Таджикистане.

Заболеемость ТБ и риски, связанные с гендером

Согласно официальной статистике, в республике за последние годы наблюдается прогресс в снижении заболеваемости ТБ. Как видно из данных таблицы 1, снижение численности больных с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения фиксируется и у мужчин, и у женщин. В последние 12 лет показатели ТБ были выше у мужчин, чем у женщин. В то же время темпы снижения заболеваемости в целом по республике у мужчин выше, чем у женщин. Если показатель заболеваемости у мужчин за последние 10 лет снизился в 1,6 раза, то у женщин – только в 1,3 раза.

Таблица 1. Показатели заболеваемости населения активным ТБ в РТ по годам и по полу.¹⁹

	2008	2010	2012	2014	2016	2018
В целом по РТ	83,8	78,5	69,4	60,8	60,6	56,5
мужчины	99,2	88,4	77,5	66,4	65,7	60,3
женщины	68,3	68,9	61,2	55,0	55,3	52,6

Снижение уровня заболеваемости активным ТБ у мужчин фиксируется по всем регионам (см. таблицу 2). Однако среди женщин в Душанбе и РРП отмечается рост уровня заболеваемости. В ГБАО с 2014 г. по 2017 г. у женщин фиксируется особенно значительный рост данного показателя (соответственно с 92,6 до 125,8). Согласно данным 2018 г., уровень заболеваемости среди женщин снижается, и данный показатель у мужчин и женщин ГБАО несколько выравнивается.

Таблица 2. Заболеваемость населения ТБ по годам, полу и регионам Республики Таджикистан²⁰

Регионы	Пол	2014	2015	2016	2017	2018
РТ	мужчины	66,4	65,5	65,7	63,8	60,3
	женщины	55,0	55,2	55,3	54,5	52,6
ГБАО	мужчины	127,4	122,1	141,8	105,4	94,3
	женщины	95,1	102,6	107,9	125,8	93,0
Хатлон	мужчины	78,0	73,6	74,1	68,4	68,5
	женщины	70,0	70,3	68,5	63,4	62,2
Согд	мужчины	44,7	46,9	47,3	45,4	41,4
	женщины	33,4	33,3	31,0	33,4	32,4
Душанбе	мужчины	83,6	80,6	79,7	80,6	71,5
	женщины	59,7	55,6	65,7	63,8	64,5

¹⁹<https://www.stat.tj/ru/gender-database>

²⁰ Агентство по статистике при Президенте РТ. Здравоохранение в Таджикистане. 2019, с.21. <https://www.stat.tj/ru>

РРП	мужчины	61,8	63,9	61,9	68,2	63,1
	женщины	53,4	54,6	56,3	56,1	54,2

Среди взятых на учет в 2018 г. с диагнозом, установленным впервые, доля женщин в возрастной группе 45 лет и старше выше (53,0%), чем мужчин (47,0%). При этом в 2018 г., по сравнению с 2012 г., доля женщин увеличилась в возрастных группах 0–14 лет, 18–24 года и 45 лет и старше. По данным 2018 г., в возрастной группе 15–17 лет доля женщин остается по-прежнему высокой.

Таблица 3. Заболеваемость населения ТБ по возрастным группам и по полу в 2012 и 2017–2018 гг.

	2018 ²¹		2017 ²²		2012 ²³	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Всего	54,1	45,9	54,6	45,4	56,4	43,6
0–14	51,5	48,5	52,9	47,1	54,4	45,6
15–17	51,3	48,7	46,8	53,2	46,9	53,1
18–24	59,3	40,7	59,7	40,3	64,9	35,1
25–44	57,6	42,4	55,9	44,1	57,4	42,6
45 лет и старше	47,0	53,0	50,5	49,5	48,0	52,0

В связи с отсутствием доступа к гендерно разделенным статистическим данным по выявленным и пролеченным случаям в разрезе форм ТБ, включая формы с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) и с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ ТБ), а также к данным по диагностике и лечению больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ и показателям смертности женщин и мужчин от ТБ, провести более глубокий и всесторонний гендерный анализ оказалось невозможным. Между тем такой анализ был бы очень полезен, с учетом статистических показателей о том, что ТБ является для женщин второй наиболее массовой болезнью, уступающей только расстройствам менструации с большим отрывом от других заболеваний.²⁴

Гендерная уязвимость и барьеры для женщин

Женщины сталкиваются с несправедливыми различиями, обусловленными гендером, которые, в дополнение к биологическим факторам, затрудняют их доступ к медицинской помощи и повышают их гендерную уязвимость. ТБ у женщин диагностируется сложнее, потому что: женщины с ТБ легких реже получают положительный анализ мокроты, а поражение легких может быть меньше выражено²⁵; у

²¹ Агентство по статистике при Президенте РТ. Здоровоохранение в Таджикистане. 2019, с.22 <https://www.stat.tj/ru>

²² Агентство по статистике при Президенте РТ. Здоровоохранение в Таджикистане. 2018, с.22 <https://www.stat.tj/ru>

²³ Агентство по статистике при Президенте РТ. Здоровоохранение в РТ. Душанбе, 2013, с. 26.

²⁴ См.: на 1 месте – расстройства менструации. Агентство по статистике при Президенте РТ. Здоровоохранение в Таджикистане. 2019, с.35. <https://www.stat.tj/ru>

²⁵ Бегум В., Коломбани П., Дас Гупта С. и др. Туберкулёз и гендер пациентов в Бангладеше: половые различия в диагнозе и результатах лечения (на англ.яз.)//Журнал *IntJTubercLungDis*2001; 5:604-10; Бозри М.Дж., А.Д.Харрис и др. Гендерные различия в отношении получения мокроты и положительного мазка легочного туберкулеза в Малави, Международный журнал туберкулеза и болезней легких, 2000, ; 4 (9): 882–84; Остин, Дж. Ф., Дж. М.. Дик и др. Гендерное неравенство среди лиц, подозреваемых в туберкулезе, и новых больных туберкулезом, согласно данным, зарегистрированным в Лаборатории медицинских исследований Южно-Африканского института

женщин реже, чем у мужчин, проявляется такой симптом, как продуктивный кашель²⁶; ТБ у женщин прогрессирует быстрее²⁷; поздняя диагностика ТБ легких у беременных женщин в четыре раза повышает показатели перинатальной заболеваемости, а также ассоциируется с повышением частоты выкидышей, эклампсией и интранатальных осложнений.²⁸ Также женщины более подвержены внелегочному ТБ, который труднее диагностировать. В частности, генитальный ТБ (который в мире чаще встречается у женщин²⁹) является одной из причин бесплодия у женщин³⁰. К сожалению, данные по республике по этому важному вопросу недоступны.

Несправедливые гендерно-обусловленные различия повышают уязвимость женщин перед ТБ. Так, согласно Индексу гендерного разрыва за 2020 г., Таджикистан занимает 137 место из 153 стран именно в связи с высокими показателями несправедливых гендерных различий, 134 место - в связи с несправедливыми экономическими различиями, затрагивающими женщин, 123 место - в связи с отсутствием у женщин справедливого доступа к образованию³¹. В стране стали возрождаться более традиционные, патриархальные гендерные нормы³². Это снижает возможности женщин в области мобильности, доступа к образованию и трудоустройству³³. Самый высокий риск бедности отмечается у домохозяйств, в которых ведущую роль играют женщины или лица без образования, а также у многодетных домохозяйств³⁴.

Согласно результатам Медико-демографического исследования, в Таджикистане в 2017 г. менее половины замужних женщин 15–49 лет сами или совместно принимают решения по уходу за своим здоровьем, крупным покупкам для домохозяйства, визитам к членам своей семьи или родственникам. Одна треть замужних женщин участвует в принятии всех трех решений, в то время как почти половина женщин не имеет права голоса ни в одном из решений. Женщины старшего возраста, жительницы ГБАО и женщины с высшим образованием чаще участвуют в принятии всех трех решений, в отличие от женщин из РРП и Хатлонской области.³⁵

Результаты последних переписей населения показывают повышение уровня образования мужчин на фоне снижения уровня образования женщин. Фиксируется снижение уровня профессионального образования женщин молодого поколения, по

медицинских исследований для Западно-Капской области Южной Африки, *Международный журнал туберкулеза и болезней легких*. (на англ.яз.)2004; 8(4): с. 435–39.

²⁶ ВОЗ. Гендер и туберкулез. Январь, 2002 г. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68891/a85584.pdf?sequence=1>

²⁷ ПРООН. Дискуссионный Доклад по гендеру и туберкулезу. 2015. [https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20\(1\).pdf](https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20(1).pdf)

²⁸ ВОЗ. Гендер и туберкулез. январь 2002. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68891/a85584.pdf?sequence=1>

²⁹ ВОЗ. Гендер и туберкулез. январь 2002. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68891/a85584.pdf?sequence=1>

³⁰ UNDP. Discussion Paper Gender and Tuberculosis. 2015. UNDP. [https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20\(1\).pdf](https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20(1).pdf)

³¹ Всемирный Экономический Форум. Отчет о гендерном разрыве. 2020.

³² Винтон Омалеки, Элизабет Рид. Роль гендера в результатах для здоровья женщин в Центральной Азии: обзор литературы, Международный форум женских исследований, 2019.

³³ Азиатский Банк развития. Страновая Гендерная Оценка Таджикистана. 2016.

³⁴ <https://eca.unwomen.org/en/where-we-are/tajikistan> Accessed 2 April 2020

³⁵ См.: Агентство по статистике при Президенте РТ, Таджикистан. Медико-демографическое исследование. 2017. Основные результаты. Душанбе, 2019, с.13. www.stat.tj

сравнению со старшим поколением и с мужчинами в целом.³⁶ На фоне увеличения доли мужчин среди занятого населения доля женщин заметно снизилась - до 40%.³⁷ В силу профессиональной сегрегации на рынке труда, заработная плата женщин в целом в 2018г. составила 59,6% от заработной платы мужчин.³⁸

Исследования показывают, что низкий статус женщины в семье и ее исключение из процесса принятия домашних решений ограничивают ее доступ к лечению ВИЧ-инфекции³⁹. По результатам МДИТ-2017, 42% женщин в возрасте 15–49 лет имеют хотя бы одну проблему доступа к медицинской помощи для себя. Чаще других выделяется проблема получения средств на лечение (35% женщин).⁴⁰

Доступ женщин к противотуберкулезной помощи имеет сходную динамику. Тот факт, что женщины ведут хозяйство, пока мужчины находятся в других странах на заработках, вероятнее всего, снижает инициативу женщин при принятии решений об уходе за состоянием здоровья. Среди мужчин-мигрантов 90,2% женаты, и лишь 4,5% берут с собой жен, остальные же оставляют их⁴¹. Сегодня активизировалась тенденция сезонной миграции, после которой мужья возвращаются к женам. Трудовые мигранты чаще всего переводят деньги главе домохозяйства, причем обычно это не жена, а родственники со стороны мужа. Главой семейства считается самый старший из активных мужчин⁴².

В Таджикистане наблюдается устойчивое снижение уровня материнской смертности – с 53 на 100 тыс. живорождений в 2000 г. до 17 на 100 тыс. в 2017 г.⁴³ В других сферах здравоохранения, не связанных с репродуктивным здоровьем, чаще применяется «гендерно-нейтральный подход», не учитывающий уязвимость и барьеры, связанные с гендером⁴⁴. Интеграция противотуберкулезных мер с услугами в области репродуктивного здоровья повышает обращаемость за услугами в сфере ТБ⁴⁵, и этот факт следует учитывать, тем более, что ситуация в области репродуктивного здоровья в стране постепенно улучшается.

³⁶ Агентство по статистике при Президенте РТ. Перепись населения и жилищного фонда РТ 2010 г. Образовательный уровень населения РТ. Т. IV. Душанбе. 2012, с.83. <https://www.stat.tj/ru/electronic-versions-of-publications>

³⁷ См.: Агентство по статистике при Президенте РТ. Положение на рынке труда в РТ. (Отчет, подготовленный по результатам обследования рабочей силы, проведенного с 20 июля по 20 августа 2016 г.). Душанбе.2017. с.17. <https://www.stat.tj/ru/electronic-versions-of-publications>

³⁸ См.: Агентство по статистике при Президенте РТ. Информационный бюллетень. Продовольственная безопасность и бедность. №4 – 2019, с. 98 http://stat.wv.tj/files/4-2019_russ..pdf

³⁹ Альтернативный отчет коалиции общественных объединений Республики Таджикистан «От равенства юридического – к равенству фактическому» по реализации Пекинской платформы действий +25. Душанбе, 2019.

⁴⁰ Агентство по статистике при Президенте РТ, Таджикистан. Медико-демографическое исследование. 2017. Основные результаты. Душанбе, 2019, с.13. www.stat.tj

⁴¹ Азиатский Банк развития. Страновая Гендерная оценка Таджикистана. 2016.

⁴² Азиатский Банк развития. Страновая Гендерная оценка Таджикистана. 2016.

⁴³ Межведомственная группа по оценке материнской смертности (ММЕИГ). Материнская смертность в 2000–2017 гг : сопоставимые на международном уровне оценки КМС, проведенные Межведомственной группой по оценке материнской смертности (ММЕИГ) ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, Группы Всемирного банка и Отдела народонаселения ООН. https://www.who.int/gho/maternal_health/countries/tjk.pdf (посещение от 6 апреля 2020 г.)

⁴⁴ Альтернативный отчет коалиции общественных объединений Республики Таджикистан «От равенства юридического – к равенству фактическому» по реализации Пекинской платформы действий +25. Душанбе. 2019

⁴⁵ Дэйви Д.Дж. и др. Интеграция служб лечения вируса иммунодефицита человека и служб репродуктивного здоровья, здоровья матери и ребенка, и туберкулеза в национальные системы здравоохранения. Отчет по ВИЧ/СПИДу 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5767277/>

Гендерная уязвимость и барьеры для мужчин.

Анализ показывает, что мужчины биологически более подвержены ТБ, чем женщины (хотя в других исследованиях делается акцент на том, что ТБ у женщин сложнее диагностировать)⁴⁶. Как известно, большое количество мужчин в Таджикистане являются мигрантами, поэтому их уязвимость к ТБ выше, а доступ к лечению может быть затруднен. Мужчины с большей вероятностью, чем женщины, могут принадлежать к ключевым группам населения, в наибольшей степени затронутым ТБ, таким, как мигранты, потребители наркотиков, заключенные, военные и люди, живущие с ВИЧ. Мужчины чаще употребляют алкоголь и табак, что также повышает их уязвимость к ТБ⁴⁷. Так, в Таджикистане табак курят 17% мужчин и лишь 0,3% женщин⁴⁸; алкоголь употребляют 69% мужчин и 31,4% в взрослых женщин. При этом злоупотребляют алкоголем 54% взрослых мужчин (т.е. употребляли как минимум 60 мл алкоголя за одно мероприятие за последние 30 дней)⁴⁹ и лишь 19,6% женщин.

Внедрение гендерного подхода в реализуемые национальные стратегии по охране здоровья населения и защите населения от ТБ

Реализация стратегии «Ликвидация эпидемии ТБ» с применением подхода, основанного на соблюдении прав человека, подразумевает искоренение дискриминации и обеспечение равного доступа мужчин и женщин из всех социальных групп ко всем видам услуг. В связи с этим, необходима трансформация деятельности по контролю за ТБ на национальном и местном уровнях на основе внедрения гендерного подхода, предусматривающего учет разных возможностей и специфических потребностей мужчин и женщин.

Национальная стратегия здоровья населения РТ на период 2010–2020 гг. (НСЗНРТ)

Гендерная оценка НСЗНРТ показывает, что в ней доминирует подход, основанный на эпидемиологическом профиле по половому признаку при определении приоритетов, постановке задач и определении потребностей женщин и мужчин в медико-санитарных услугах. В отношении женщин и девочек эти потребности преимущественно связываются с родовспоможением и лечением болезней репродуктивной системы. Это единственное направление, проблемы которого отражены во всех компонентах стратегии: при анализе ситуации, при определении задач, в системе мониторинга и оценки и в плане действий. Основные проблемы здравоохранения по другим направлениям рассматриваются преимущественно как гендерно-нейтральные, а направления институциональных и административных реформ системы здравоохранения слабо связываются с разработкой и формированием механизмов по проблемам гендерного равенства.

⁴⁶ ПРООН. Дискуссионный Доклад: Гендер и туберкулёз. 2015 [https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20\(1\).pdf](https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20(1).pdf)

⁴⁷ ПРООН. Дискуссионный Доклад: Гендер и туберкулёз. 2015. [https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20\(1\).pdf](https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20(1).pdf)

⁴⁸ ВОЗ. Информационный бюллетень по борьбе против табака. 2017

⁴⁹ ВОЗ. Глобальный отчет об алкоголе. Профиль страны Таджикистан. 2018.

https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/tjk.pdf?ua=1

В стратегии практически не используется гендерный анализ, в ней лишь упоминается о влиянии различных факторов на доступность женщин и мужчин к медицинским услугам, но конкретные факторы, связанные с гендером, не выделяются. В НСЗНРТ подчеркивается, что в работе с женщинами и их семьями особое внимание следует уделять фактору гендерного неравенства. При этом о том, как этот фактор влияет на здоровье женщин и мужчин, ничего не говорится.

Анализ НСЗНРТ в части борьбы с ТБ и Национальной программы защиты населения от ТБ в РТ на 2010–2015 гг. (НПЗНТБ)⁵⁰ выявил, что в них уделяется мало внимания гендерным аспектам данного заболевания. В НПЗНТБ в разделе по анализу ситуации с заболеваемостью ТБ в разрезе пола среди мер, предпринимаемых по реализации программы, указаны и такие: *«будут выявлены все барьеры, мешающие предоставлению лечения и ухода больным ТБ, включая экономические, географические, социальные, культурные и гендерные барьеры; будет проведена оценка потенциальных действий для преодоления этих “барьеров”»*. Однако на практике эта задача нерешена, а обзор деятельности по реализации мер воздействия для снижения заболеваемости свидетельствует об использовании гендерно-нейтрального подхода к реализации поставленных вопросов.

Национальный стратегический план защиты населения от ТБ в Республике Таджикистан на период 2015–2020 гг. (НСП)

В рамках НСП преимущественно используется гендерно-нейтральный подход, должного внимания к гендерным различиям и различным потребностям женщин и мужчин в доступе к медицинским услугам в плане не прослеживается. При изучении данных по выявленным и пролеченным случаям с различными формами ТБ, включая формы с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ), с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ), а также сведений по диагностике и лечению больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, по показателям смертности женщин и мужчин от ТБ и др., как выяснилось, гендерный анализ не проводился.

С учетом того, что основная нагрузка по уходу за больными членами семьи ложится на женщин, следует отметить такой позитивный фактор, как включение в упомянутый план мер по приближению услуг к больным и их семьям. В качестве мер предлагается использовать создание групп поддержки по принципу «равный равному». Эти группы поддержки больного, в которые должны входить бывшие больные ТБ или члены семьи, должны предоставлять соответствующую информацию больному, просвещать его и оказывать психосоциальную поддержку для мотивирования больных, особенно с ЛУ-ТБ, завершить лечение и для устранения потенциальных факторов риска прерывания назначенного режима.

В НСПТБ обращается внимание на социально-экономические детерминанты ТБ и социальные, культурные факторы, приводящие к возникновению различных барьеров и препятствующие тому, чтобы люди обращались за помощью. Однако при этом не

⁵⁰Утверждена Правительством РТ 30 декабря 2009 г.

конкретизируется, какие это факторы и играет ли здесь роль гендерный фактор. В своей основе НСПТБ отражает подход, игнорирующий гендерный фактор, при наличии отдельных бессистемных гендерных аспектов.

План мониторинга и оценки Национального стратегического плана защиты населения от ТБ в РТ на период 2015–2020 гг (План МиО НСП)

В Плане МиО НСП гендерный фактор учитывается. Однако число гендерных индикаторов, используемых в данной модели, весьма ограничено. Только четыре основных индикатора из 31 (12,9%) дезагрегированы по полу. Перечень дополнительных индикаторов, направленных на отслеживание реализации странового проекта при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, ТБ и малярией, более гендерно чувствителен. Из 11 предлагаемых индикаторов почти две трети (7) предусматривают разбивку по полу, возрасту и др.

Слабое внедрение гендерного подхода

В Республике Таджикистан гендерный подход в национальные стратегии и планы действий по ликвидации ТБ внедряется весьма слабо. В рамках национальных стратегий и планов действий в НСП гендерный фактор присутствует крайне редко, бессистемно.

Имеющиеся ограниченные данные позволяют предполагать, что при разработке и реализации политики по ликвидации ТБ не учитывается влияние социальных детерминант здоровья, структурных причин неравенства женщин и мужчин (ограниченный доступ женщин к различным видам ресурсов, процессам принятия решений, насилие в отношении женщин и др.). Фиксируется слабая ориентация разрабатываемых программ и мер по ТБ на оценку реальных возможностей женщин и достигнутый результат, по сравнению с мужчинами. В немалой степени это связано с пробелами и дефицитом гендерно-чувствительной статистики по целому ряду проблем ТБ.

Можно достаточно уверенно утверждать, что гендерные стереотипы оказывают сильное влияние на представления мужчин и женщин о потребностях в противотуберкулезных услугах. В связи с этим, идентификация целей и потребностей в медицинском обслуживании требует тщательного гендерного анализа, который обращен и к мужчинам, и к женщинам, как к бенефициарам и полноправным участникам процесса развития. Такой анализ при наличии «голоса пациента» поможет увидеть, как решения или меры, кажущиеся, на первый взгляд, гендерно-нейтральными, могут по-разному отражаться на доступе женщин и мужчин к медицинским услугам, ресурсам в сфере ТБ и т. д. Это поможет также прогнозировать и отслеживать, как отразятся или как уже отразились предпринятые меры по борьбе с ТБ на женщинах и мужчинах.

Гендерный анализ научных публикаций по проблемам ТБ в Республике Таджикистан фиксирует слабый учет гендерного фактора при проведении исследований, изучении различных аспектов гендерных различий и особенностей, влияющих на риски заболеть ТБ, процессы выявления, лечения случаев ТБ у мужчин и женщин, в доступе к противотуберкулезным услугам и по другим вопросам. В результате делаются общие выводы без учета гендерных различий. При выработке мер воздействия по вопросам ТБ,

используется гендерно-нейтральный подход, либо ориентируются на тот факт, что мужчины составляют большинство среди больных ТБ.

Отсутствует полноценный межсекторальный подход при разработке мер политики по обеспечению равного доступа женщин и мужчин к услугам по ТБ. Чаще всего не учитывается, что решение этой или иной проблемы неравноправия женщин зависит от целого комплекса факторов и от деятельности различных институциональных структур по защите прав женщин и мужчин.

Актуальным вопросом является проведение гендерного измерения не только на этапе регистрации заболеваемости населения, но на последующих этапах развития и лечения ТБ. Для его решения необходимо конкретизировать число мужчин и женщин, обращающихся за медицинской помощью по поводу симптомов, связанных с ТБ, которые далее подвергаются обследованию и диагностике на предмет ТБ, а также мужчин и женщин, которые посещают врача в целях последующего наблюдения и получения результатов, а затем мужчин и женщин, начинающих проведение курса лечения и заканчивающих полный курс лечения. При этом важно дезагрегировать все эти данные как на национальном, так и на региональном уровнях. Только при наличии всех этих статистических данных можно разработать полноценный гендерно-чувствительный комплекс мер по ликвидации ТБ.

Гендерный анализ при разработке мер государственного воздействия в области доступа и качества медицинских услуг по ТБ так или иначе приведет к выводу о том, что необходимо учитывать тот факт, что гендерные группы не являются гомогенными и что воздействие реформ системы здравоохранения, а также специфические потребности женщин и мужчин в значительной мере определяются возрастом, местом жительства, социальным статусом и национально-культурными особенностями. Необходимы полноценные исследования, в частности для выявления дифференцирующих факторов и основных причин, воздействующих на здоровье и смертность женщин и мужчин с анализом не только данных по полу, но и сведений о женщинах и мужчинах по различным возрастным группам, сельских и городских женщинах, женщинах из «богатых» и «бедных» домохозяйств и по другим социально-экономическим факторам.

6. Ключевые группы

Ключевые группы в контексте ТБ – это та часть населения, в которой наблюдается повышенный риск к ТБ и которая сталкивается с барьерами в получении доступа к противотуберкулезным услугам.⁵¹

Устранение правовых барьеров в доступе названных выше групп к таким услугам, как профилактика, лечение и уход при ТБ, может существенно улучшить результаты национальных программ, которые, в частности, выражаются в более активном выявлении людей с ТБ, в обеспечении их взаимодействия с социальными и медицинскими службами, повышении эффективности и адресности профилактики, увеличении количества случаев с

⁵¹ Адаптировано из материалов Глобального фонда.

успешным исходом лечения и сокращении количества случаев форм ТБ, устойчивых к лекарствам.

Руководящая группа В рамках данного исследования руководящей группой, специалистами РЦЗНТ по итогам консультаций было выделено девять ключевых групп, с учетом которых и определялись ответные меры на эпидемию ТБ и высокий уровень его устойчивой формы в РТ.

Понятие «ключевые группы» отличается от термина «групп риска», используемого в Кодексе здравоохранения РТ (КЗ РТ)⁵², Национальной программе по контролю ТБ⁵³ и в Руководстве по ведению случаев лекарственно-чувствительного ТБ. Ряд подгрупп, определённых в рамках данного исследования как ключевые для ответных мер на ТБ, не включены в группы риска в КЗ РТ. Контактным лицам в новой Национальной программе по контролю ТБ внимание уделено, но в «группы риска» они все же не включаются. Что касается ВИЧ-инфекции, то в КЗ РТ группы риска и уязвимые группы выделяются (с учетом социальных, правовых и биологических факторов) как обособленные.

В исследовании Каждая из групп подверглась соответствующему анализу, при котором определялись размеры группы, факторы, снижающие или повышающие риск заболевания ТБ, с учетом мер, предусмотренных в Руководстве по ведению случаев лекарственно-чувствительного ТБ⁵⁴ (далее – Руководство по ТБ), а также с учетом информации и статистики, содержащейся в Национальной программе по ТБ (НТП) и других источниках. Помимо этого, использовались данные ВОЗ, материалы Глобального партнерства «Остановить туберкулез», касающиеся ключевых групп населения⁵⁵, другие международные исследования о причинах и факторах, снижающих или повышающих риск для каждой из групп.

Контактные лица

Контактное лицо — это человек, который находится и (или) находился в контакте с больным, выделяющим во внешнюю среду МБТ, по месту жительства, работы, учебы и т.д. В Руководстве по ТБ предусмотрены обследование контактных лиц в учреждениях общей лечебной сети по месту жительства, наблюдение за ними, а также их обучение гигиеническим навыкам. Контактные дети до 14-ти лет подлежат химиопрофилактике в течение 6 месяцев. По данным НТП, за 2019 г. было выявлено 765 случаев ТБ через контактных лиц (около 13% от всех новых случаев). Средний размер таджикского домохозяйства составляет до 5 членов семьи

⁵² «Группа риска - лица, наиболее подверженные риску заболеть ТБ, в том числе: контактные с больными ТБ, трудовые мигранты, инфицированные вирусом иммунодефицита человека, женщины, не соблюдающие интервалы между родами, дети, не прошедшие вакцинацию бациллой Кальметте - Жерена, заключенные, больные сахарным диабетом и хроническими заболеваниями легких» (ст. 1, КЗ РТ).

⁵³Национальная программа по борьбе с туберкулезом для защиты населения Республики Таджикистан на 2021-2025 гг. (проект, апрель 2020 г.)

⁵⁴Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Руководство по ведению случаев лекарственно-чувствительного ТБ. Третье пересмотренное издание Душанбе, 2018.

⁵⁵Например, Глобальное Партнерство «Остановить Туберкулез». Заключенные. Основные затронутые группы населения. Краткое руководство. <http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Prisoners-Rus.pdf>

среди городского населения и до 7 - в сельской местности⁵⁶; в одном домохозяйстве могут проживать 2-3 семьи. В Национальной программе по ТБ отмечается, что, учитывая размер домохозяйства, в настоящее время проверка на ТБ охватывает недостаточное количество контактов. Более того, контактные лица не имеют права на бесплатные услуги, а диагностические исследования на ТБ требуют оплаты, вне зависимости от того, будет установлен туберкулез или нет. Еще одной проблемой является и такой факт: за пределами места жительства доступ человека к диагностическим услугам ограничен. Следовательно, и его контакты вряд ли можно установить. Таким образом, наиважнейшая задача новой программы по ТБ на 2021-2025 гг. – улучшение ситуации с выявлением случаев ТБ через контактные лица.

Заклученные и другие лица в местах лишения свободы

Во многих государственных документах на уровне министерств и ведомств о заключенных говорится о как о группе риска. В Таджикистане показатели заболеваемости ТБ и смертности от него у них в 13 и в 22 раза соответственно выше по сравнению с соответствующими показателями по общему населению⁵⁷. Пребывание в местах лишения свободы (МЛС) повышает риск заболевания лекарственно-устойчивой формой ТБ (ЛУ-ТБ) среди людей с ТБ в 4,6 раза. При сочетании с двумя другими факторами – с вирусным гепатитом С и с наркозависимостью, риск увеличивается многократно.⁵⁸ Согласно Руководству по ТБ, в МЛС больным ТБ очень трудно соблюдать предписанные режимы лечения.

Для обвиняемых и заключенных разработаны медицинские системы, обособленные от общей системы здравоохранения, но имеющие специальные механизмы взаимной координации. В 2018 г. в пенитенциарных заведениях республики флюорографическое обследование прошли 5226 чел. - заключенные, обвиняемые, военнослужащие и штатные сотрудники. При этом было использовано рентгеновское оборудование, установленное в этих заведениях и мобильных медицинских пунктах⁵⁹. Как следует из проведенного анализа, ежегодно тестировались на ТБ меньше половины осужденных и обвиняемых. Был выявлен 121 случай ТБ. Этот показатель в целом постепенно сокращается, но при этом , увеличивается количество случаев устойчивых форм ТБ. Так, в 2018г.по сравнению с 2014 г. количество МЛУ-ТБ выросло - от 25 до 41. У двух заключенных в 2018 г. был установлен ШЛУ-ТБ.⁶⁰ Тестированием на ВИЧ в 2018г. было охвачено примерно 80% осужденных.⁶¹ У около 10% людей в МЛС установленный ТБ сочетался с ВИЧ-инфекцией.⁶² В разных странах мира риск ТБ в МЛС усугубляется пребыванием здесь большого количества людей

⁵⁶ Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. Основные показатели обследования бюджетов домашних хозяйств Республики Таджикистан, 2018. <http://stat.wv.tj/publications/June2019/key-indicators-2018.pdf>

⁵⁷ По данным из Национальной программы по борьбе с туберкулезом для защиты населения Республики Таджикистан на 2021-2025 гг. (проект, апрель 2020 г.).

⁵⁸ Комитет зеленого света (GreenLightCommittee) миссии технической помощи Европейского региона ВОЗ по реализации Национального плана ответных мер по борьбе с туберкулезом в Таджикистане, Отчет миссии, 2018 г.

⁵⁹ Отчет Уполномоченного по правам человека Республики Таджикистан за 2019 г. Душанбе, 2020. [на тадж.яз.]. Доступ по ссылке: <http://ombudsman.tj/wp-content/uploads/2015/12/Marvzai-VXI-2019.pdf>

⁶⁰ Национальная программа по борьбе с туберкулезом для защиты населения Республики Таджикистан на 2021-2025 гг. (проект, апрель 2020 г.).

⁶¹ Отчет Уполномоченного по правам человека Республики Таджикистан за 2019 г..

⁶² Национальная программа по борьбе с туберкулезом для защиты населения Республики Таджикистан на 2021-2025 г.г. (проект, апрель 2020 г.).

с наркозависимостью и людей, склонных к инъекционному употреблению наркотических веществ. В Таджикистане в двух учреждениях системы исполнения наказаний страны предоставляется метадоновая терапия от опиоидной зависимости (ОЗТ). Однако количество получающих такую терапию крайне ограничено (около 20 чел.). ОЗТ недоступно также для тех, кто находится в изоляторах временного содержания (следственных изоляторах)⁶³. В целом информация о доступе к ТБ-услугам в системе временного содержания очень скудная, и поэтому планы по улучшению доступа к таким услугам ориентированы в основном на осужденных.

Сегодня в системе исполнения наказаний значительно улучшились санитарные условия, но в 2019 г. обострились проблемы с финансированием питания, с вентиляцией помещений, обеспечением водой и функционированием канализации. Все это значительно увеличивает риски, связанные с ТБ.⁶⁴ С помощью международных доноров и Национальной туберкулезной программы Управление исполнения наказаний Министерства юстиции РТ существенно улучшило инфекционный контроль в стационарной медицинской части в системе исполнения наказаний и возможности диагностики при помощи поставленных машин Gene Xpert. Однако в 2018 г. в туберкулезной больнице в пенитенциарной системе наблюдалась нехватка медицинских сотрудников, что ограничивало возможности качественной медицинской помощи людям с ТБ.⁶⁵

В Таджикистане регулярно объявляются амнистии, что тоже влияет на показатели по ТБ. Например, согласно данным Департамента исполнения наказаний Министерства юстиции РТ, при амнистии в 2019 г. были освобождены 10555 обвиняемых, подозреваемых и осужденных (для сравнения: общее количество осужденных составляет около 12 тыс.). Среди освобожденных 22 чел. имели ТБ. Уполномоченный по правам человека РТ отмечает, что освобожденные из мест заключения лица сталкиваются с такими весьма сложными проблемами, как регистрация по месту проживания и поиск работы. Между тем эти два фактора определяют возможность обращения человека за медицинской помощью. Для больного ТБ, которому предписана непрерывность лечения, оказывается в итоге в критической ситуации..⁶⁶

Трудовые мигранты

Миграция играет большую роль в экономической, социальной и политической жизни Таджикистана. Очень большая часть его трудоспособного населения выезжает на заработки в другие страны – сезонно или постоянно. В 2018 г. денежные переводы, пересылаемые мигрантами, составили около 31% от Валового внутреннего продукта страны. За последнее десятилетие именно эти переводы способствовали сокращению в

⁶³Латыпов, А. Республика Таджикистан: Анализ устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию, (проект, март 2020 г.).

⁶⁴ Отчет Уполномоченного по правам человека Республики Таджикистан за 2019 г.

⁶⁵ Комитет зеленого света (GreenLightCommittee) миссии технической помощи Европейского региона ВОЗ по реализации Национального плана ответных мер по борьбе с туберкулезом в Таджикистане, Отчет миссии, 2018.

⁶⁶ Отчет Уполномоченного по правам человека Республики Таджикистан за 2019 г. <http://ombudsman.tj/wp-content/uploads/2015/12/Maryzai-VXI-2019.pdf>

республике уровня бедности.^{67,68} Вопросы трудовой миграции занимают особое место в повестке целей развития страны и в отношениях Таджикистана с государствами, принимающими мигрантов.

В новой Национальной программе по ТБ «вернувшиеся мигранты» выделены как приоритетная группа. выделена В 2014г. мигранты составляли 19% от всех пациентов с МЛУ-ТБ. В 2012-2014 гг. заболеваемость ТБ среди граждан с опытом миграции оказалась в два раза выше, чем в общей популяции, а их доля среди всех новых выявленных случаев ТБ достигала одной пятой в 2015 г., но к концу 2018 г. снизилась на 13%.^{69,70}

Тенденции снижения доли новых случаев ТБ, которые приходятся на трудовых мигрантов, могут быть связаны с 30-процентным сокращением объемов миграции за последнее десятилетие.⁷¹ В 2019 г. официально 530 883 трудовых мигранта выехали из страны, из них 85% составляли мужчины; 97% направлялись в Российскую Федерацию.⁷² Статистика Российской Федерации за 2019 г. показывает, что 1,18 млн. граждан РТ, с целью получить работу, встали на миграционный учет.⁷³ По данным Международной организации миграции, за пределами Таджикистана в миграции могут находиться около 2 млн. его граждан. Мигранты живут и работают в трудных условиях, которые способствуют распространению ТБ: «большая скученность людей на небольшой площади, антисанитарные условия, а также скудное питание, несвоевременное обращение за медицинской помощью, но самое главное – боязнь депортации из России».⁷⁴ Имеется также немало случаев, свидетельствующих о нарушении прав мигрантов, включая случаи трудовой эксплуатации и преступления на почве ненависти.⁷⁵ Согласно Российскому законодательству^{76,77}, наличие ТБ (как и ВИЧ, и сифилиса) у мигрантов является причиной признания иностранцев нежелательными и основанием для их депортации, если заболевание оказывается неизлечимым. Доступ к диагностике и лечению ТБ во многом зависит от правового статуса и экономических возможностей человека. Мигрантам положено тестирование на ТБ в России, но угроза депортации, незнание своих прав, плохая

⁶⁷ UNDP Tajikistan, Analytical Brief, April 2017. Accessed at http://www.untpj.org/jambi-project/images/Extreme-Poverty_ENG.pdf

⁶⁸ Всемирный банк. Миграция и денежные переводы: последние события и перспективы. Краткий обзор миграции и развития 31 апреля 2019 г. <https://www.knomad.org/sites/default/files/2019-04/Migrationanddevelopmentbrief31.pdf>

⁶⁹ Официальные данные, которые приводятся в отчете USAID. Экспресс-ситуационный анализ доступа мигрантов и членов их семей к комплексным услугам по ТБ, МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ в Таджикистане (на англ.яз.) Душанбе, 2016.

⁷⁰ Национальная программа по борьбе с туберкулезом для защиты населения Республики Таджикистан на 2021-2025 г.г.(проект, апрель 2020 г.).

⁷¹ IOM & KAZISS. Внешняя молодежная миграция в странах Центральной Азии: анализ рисков и минимизация негативных последствий, 2019.

⁷² Отчет Уполномоченного по правам человека Республики Таджикистан за 2019 г. Душанбе, 2020. [на таджикском языке]. <http://ombudsman.tj/wp-content/uploads/2015/12/Marʻzai-VXI-2019.pdf>

⁷³ Министерство внутренних дел Российской Федерации. Отдельные показатели миграционной ситуации в Российской Федерации за январь - декабрь 2019 г. с распределением по регионам, 22.01.2020. <https://мвд.рф/Deljatelnost/statistics/migracionnaya/item/19365693/>

⁷⁴ Наргис Хамрабаева «Туберкулез и ВИЧ – «импортируемые» болезни мигрантов». Статья для AFEW International, 8 августа 2017. Доступ по ссылке: <http://afew.org/ru/novosti/tajikistan-imported-diseases-ru/>

⁷⁵ Комитет по правам трудящихся-мигрантов рассматривает отчет Таджикистана. Новости, включая отчет об обзоре и документацию. 4 апреля 2019 г. <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24451&LangID=E>

⁷⁶ Государственная Дума Российской Федерации. Федеральный закон "О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию". Актуальная сводная версия доступна в системе <http://pravo.gov.ru>

⁷⁷ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 июня 2015 г. N 384Н «Об утверждении перечня инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, а также порядка подтверждения их наличия или отсутствия, а также формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) указанных заболеваний». Доступ в системе <http://pravo.gov.ru>

информированность, слабое знание русского языка и местных условий, культурные и религиозные особенности, мобильность и сокрытие места фактического проживания и работы - всё это весьма затрудняет обращение мигранта к услугам в области ТБ.⁷⁸ Мигранты, у которых есть регистрация и страховка в Российской Федерации, отметили, что «в случае заболевания ТБ лучше находиться в РФ». Нередки случаи обращения мигрантов не к медицинским работникам, а к муллам, которые в качестве лечения предлагают воду («оба дам мекунад, бад вай оба мехури ёки обоzi мекуни» - «он подует на воду, затем ты пьёшь эту воду, или обливаешься ею»⁷⁹).

Соотношение среди трудовых мигрантов групп по срокам пребывания в чужой стране в последние годы меняется. В 2017 г. количество мигрантов, вернувшихся из-за рубежа, составило около 75% от всех, выехавших на заработки.⁸⁰ Из возвратившихся почти 270 тыс. чел. получили запрет на въезд в Российскую Федерацию на 5-10 лет.⁸¹ Согласно Руководству по ТБ, перед миграцией люди должны проходить тестирование на ТБ. Однако после возвращения тестирование в Руководстве не предусмотрено. В новой Национальной программе мигранты рассматриваются, как одна из целевых групп для активного выявления ТБ, подлежащая более активному охвату с помощью использования множества современных подходов. По возвращении мигранты испытывают трудности с трудоустройством и поиском дохода для своих семей. Женщины-мигрантки после возвращения сталкиваются с высокой стигмой, особенно в сельской местности.⁸² В Национальной стратегии по миграции предлагается ряд мер по повышению квалификации, трудоустройству и обеспечению доступа к небольшим кредитам с целью развития Таджикистан стремится развивать более тесное трансграничное сотрудничество для постоянной помощи в области ТБ для людей, находящихся в миграции и по их возвращении. При этом страна руководствуется рекомендуемым региональным офисом ВОЗ «Минимальным пакетом для трансграничного контроля и противотуберкулезной помощи»⁸⁵. В конце 2019 г. Таджикистан и Казахстан подписали двусторонний договор по обеспечению непрерывного доступа к услугам ТБ гражданам двух стран во время миграции. Казахстан уже предоставляет полную диагностику и лечение ТБ за свой счет. При содействии Международной организации по миграции подобный меморандум о сотрудничестве был подписан также между Таджикистаном и Россией (1 июня 2018 г.).⁸⁶

⁷⁸ Михайлова Юлия Васильевна, Нечаева Ольга Брониславовна, Шикина Ирина Борисовна, Сорокин В.Н. Влияние миграционных факторов на эпидемическую ситуацию по туберкулёзу и ВИЧ-инфекции в России // Социальные аспекты здоровья населения. 2018. №4. <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyaniye-migratsionnyh-faktorov-na-epidemicheskuyu-situatsiyu-po-tuberkulyozu-i-vich-infektsii-v-rossii> (дата обращения: 25.03.2020).

⁷⁹ Проект Норе. Поиск путей выздоровления в случае заболевания ТБ: знание, отношение и практика, 2017.

⁸⁰ Комитет ООН по защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей. Доклад Таджикистана. Вторые периодические доклады государств-участников, подлежащие представлению в 2017 г. <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24451&LangID=E>

⁸¹ Eurasianet. «Таджикистан-Россия: Рахмон просит Путина амнистировать депортированных мигрантов». Статья 18 апреля 2019 года. Доступ по ссылке: <https://russian.eurasianet.org/таджикистан-россия-рахмон-просит-путина-амнистировать-депортированных-мигрантов>

⁸² Международная организация по миграции. ХРУПКАЯ СИЛА МИГРАЦИИ: потребности и права женщин и девочек Республики Таджикистан и Кыргызской Республики, затронутых трудовой миграцией, 2018.

⁸⁵ Минимальный пакет для трансграничной борьбы с ТБ и противотуберкулезной помощи в Европейском регионе ВОЗ: консенсусное заявление Вольфхезе. (Dara M, de Colombani P, Petrova-Benedict R, Zellweger RCJP, Sandgren A, Haldal E, Sotgiu G, Jansen N, Bahtijarevic R и Migliori GB от имени членов специальной группы Вольфхезе по вопросам трансграничной миграции). European Respiratory Journal 40 (5) 1081-1090; 31 October 2012. Доступ к русской версии по ссылке: https://erj.ersjournals.com/content/erj/suppl/2012/11/12/40.5.1081.DC2/Cross_border_TB_rus.pdf

⁸⁶ Хайме Калдерон / МОМ. Доклад «Миграция как главный вызов в борьбе с ТБ в Центральной Азии». III Международная конференция по интегрированному контролю за ТБ в Центральной Азии. 13-14 сентября 2018, Душанбе, Таджикистан.

Статистические формы для пациентов службы ТБ содержат признак «мигрант». При этом четкого определения понятий «мигрант» и «трудовой мигрант» нет.. На практике чаще всего используется разная интерпретация термина – люди, которые уехали и/или которые вернулись из миграции. При этом к людям, которые являются мигрантами из других стран и находятся на территории Таджикистана, эти понятия не применяются.⁸⁷ Анализ осложняется и тем, что данные об охвате возвращающихся мигрантов тестированием и о показателях лечения среди этой категории людей нигде не опубликованы.

Люди, живущие с ВИЧ

Согласно международным исследованиям, вероятность развития ТБ у людей с ВИЧ в 20–37 раз превышает аналогичный показатель среди людей, не инфицированных ВИЧ. В Республике Таджикистан, как и в регионе Восточной Европы и Центральной Азии, как и во всем мире, среди причин смерти ВИЧ-инфицированных людей на первом месте стоит туберкулез. ВОЗ уделяет особое внимание реализации совместных усилий в сфере ранней диагностики ВИЧ и ТБ, их профилактики, лечения и ухода за больными. В данном случае предполагается, что при оказании услуг по ТБ должны учитываться и вопросы ВИЧ и наоборот.⁸⁸ Люди, живущие с ВИЧ, определены в качестве приоритетной группы во всех страновых национальных программах по ТБ.

По имеющимся данным, в Таджикистане с ВИЧ живут 13 000 людей, из них две трети к концу 2019 г. знали свой статус на ВИЧ. Среди знающих статус 78% получали антиретровирусную терапию (АРВТ). Наблюдается высокая концентрация ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения, часть которых пересекается с ключевыми группами повышенного риска для ТБ. Самое широкое распространение зафиксировано среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (11,9%). Растет число заболевших и среди секс-работников (на 3,2% в 2018 г.). По данным Республиканского центра СПИД, в 2019г. доля новых случаев ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов после возвращения составила около 17%. Мужчины преобладают в группе ЛЖВ, однако в последние годы увеличивается и доля женщин.

Около 4% людей знают о своем диагнозе – сочетанной инфекции ТБ и ВИЧ⁸⁹, причем количество таких людей растет.⁹⁰ В 2018 г. 78% людей с сочетанной инфекцией находились на антиретровирусном лечении.⁹¹ Улучшаются показатели охвата тестированием на ВИЧ больных ТБ и химиопрофилактикой среди ЛЖВ, а также показатели положительных исходов лечения ТБ. В 2018 г., согласно отчету РЦЗНТ, 97% людей, у которых был выявлен ТБ, были также протестированы на ВИЧ. Вопросы по ТБ и ВИЧ

⁸⁷ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Обширный обзор профилактики, контроля и лечения туберкулеза в Таджикистане. 15–24 июль 2013, 2014.

⁸⁸ Ресурсы ВОЗ по сочетанной инфекции ТБ и ВИЧ: https://www.who.int/hiv/topics/tb/about_tbru/

⁸⁹ Страновые профили ВОЗ по туберкулезу: Таджикистан. www.who.int/tb/data

⁹⁰ STOP TB Partnership. Dashboard: Tajikistan, Tuberculosis Situation in 2018. Data from WHO. Accessed at:

http://www.stoptb.org/resources/cd/TJK_Dashboard.html

⁹¹ Страновые профили ВОЗ по туберкулезу: Таджикистан. Доступ по адресу: www.who.int/tb/data

являются частью «Руководства по диагностике, лечению и диспансерному наблюдению при ВИЧ-инфекции», утвержденного в 2019 г.⁹²

ЛЖВ сталкиваются с проявлением стигмы, дискриминации и существенными правовыми барьерами в доступе к услугам профилактики, лечения и ухода при ВИЧ. Одним из ярких проявлений дискриминации в отношении ЛЖВ является закрепление в уголовном законодательстве таких составов преступления, как заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией (до двух лет лишения свободы) и инфицирование другого лица ВИЧ-инфекцией (от 2 до 5 лет лишения свободы).⁹³ Нормы об уголовной ответственности в отношении ЛЖВ активно применяются правоохранительными органами. Национальный координационный комитет по борьбе со СПИДом, ТБ и малярией отмечает, что правоохранительные и судебные органы при применении данного законодательства не учитывают того факта, что при приеме АРВТ можно достигнуть неопределяемой вирусной нагрузки, при которой вирус передать невозможно.⁹⁴ При этом не принимаются во внимание рекомендации ВОЗ и ЮНЭЙДС о необходимости ограничения применения уголовного законодательства только к случаям умышленного заражения ВИЧ-инфекции, когда наличие умысла доказано за пределами разумных сомнений и с учетом научных и медицинских данных о ВИЧ-инфекции и современных средствах лечения. ВОЗ, ЮНЭЙДС, международные научные и медицинские сообщества в области ВИЧ отмечают, что криминализация постановки в опасность заражения и широкое применение уголовного законодательства к случаям передачи ВИЧ выступают в качестве барьеров для профилактики, лечения и ухода при ВИЧ, так как под страхом возможной стигмы и дискриминации на фоне уголовной ответственности люди избегают диагностики и программ профилактики.⁹⁵ Административный кодекс РТ предусматривает меры за уклонение от лечения ВИЧ (как и ТБ).⁹⁶ «Индекс стигмы» показывает высокий уровень стигмы, самостигмы и дискриминации среди ЛЖВ, как со стороны семьи, так и медицинских работников. Около 15% опрошенных ЛЖВ отказались от медицинского обслуживания. Две трети ЛЖВ испытывают чувство стыда и вины в связи со своим статусом, и одна треть из-за этого избегает обращения в медицинские учреждения. Среди ЛЖВ наблюдается высокий уровень само- и взаимопомощи: около половины из них за последний год предоставляли эмоциональную поддержку, давали советы или делились личным опытом жизни с ВИЧ.⁹⁷

⁹² «Руководство по диагностике, лечению и диспансерному наблюдению при ВИЧ-инфекции», 2019.

⁹³ Санкции были ужесточены в декабре 2019 года. Ст. 125 Уголовного кодекса Республики Таджикистан от 21 мая 1998 г. № 574 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.01.2020 г.). https://online.zakon.kz/document/?doc_id=30397325#pos=1002;-50&sdoc_params=text%3D%25D0%25B2%25D0%25B8%25D1%2587%26mode%3Dindoc%26topic_id%3D30397325%26spos%3D1%26Synonym%3D1%26tShort%3D1%26tSuffix%3D1%26useAPI%3Dfalse&sdoc_pos=0

⁹⁴ Протокол 6/25-43 заседания Национального координационного комитета по борьбе со СПИДом, ТБ и малярией, 16 мая 2019 г. Доступ по адресу: <http://ncc.tj/wp-content/uploads/2019/06/Протокол-заседания-НКК-от-16.05.2019-№6-25-43-1.pdf>

⁹⁵ Barré-Sinoussi, F., Abdool Karim, S. S., Albert, J., Bekker, L.-G., Beyrer, C., Cahn, P., Calmy, A., Grinsztejn, B., Grulich, A., Kamarulzaman, A., Kumarasamy, N., Loutfy, M. R., El Filali, K. M., Mboup, S., Montaner, J. S. G., Munderi, P., Pokrovsky, V., Vandamme, A.-M., Young, B. and Godfrey-Faussett, P. Expert consensus statement on the science of HIV in the context of criminal law (Заявление об экспертном консенсусе в отношении научных данных о ВИЧ-инфекции в контексте уголовного права). *J Int AIDS Soc.* 2018; 21(7):e25161. Доступ к русской версии по адресу: https://onlinelibrary.wiley.com/action/downloadSupplement?doi=10.1002%2Fjia2.25161&file=jia25161-sup-0004-Sup_MaterialS4.pdf

⁹⁶ Ст.120 Кодекс Республики Таджикистан об административных правонарушениях (принят Законом Республики Таджикистан от 31 декабря 2008 г. № 455) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.01.2020 г.). https://online.zakon.kz/m/Document/?doc_id=30414710#sub_id=1100000

⁹⁷ Центральнаяазиатская ассоциация людей, живущих с ВИЧ и НПО «СПИН-Плюс». Индекс стигматизации людей, живущих с ВИЧ: Таджикистан. Аналитический отчет. Душанбе, 2015.

Люди, употребляющие инъекционные наркотики

Наркозависимость является одним из факторов наибольшего риска устойчивой формы ТБ⁹⁸. Исследования о распространенности ТБ среди людей с наркозависимостью или людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), либо людей, получающих заместительную терапию, в Таджикистане, не проводились. Во время дозорных эпиднадзорных исследований среди ЛУИН данные о ТБ не собираются.

В 2018 г. количество людей, употребляющих инъекционные наркотики, составило 22 208 чел.⁹⁹. К концу 2017 г. в наркологических учреждениях страны было зарегистрировано 6 947 людей с наркозависимостью, в основном от героина и опия¹⁰⁰. Доступ к научно обоснованной наркологической помощи остается невысоким. Охват заместительной терапией остается ниже 1% от оценочного количества ЛУИН, несмотря на рекомендации ВОЗ обеспечивать средний охват на уровне 40–60% людей с опиоидной зависимостью¹⁰¹. В Душанбе в четырех учреждениях, а также в одном учреждении в Согдийской области реализуется пилотный проект интегрированных услуг по ТБ, ВИЧ и заместительной терапии по принципу «единого окна».¹⁰² Люди, находящиеся на наркологическом учете, подлежат обязательному ежегодному обследованию на ТБ.¹⁰³ Скрининг на симптомы ТБ и перенаправление в туберкулезные службы включен в комплексный пакет анонимных услуг по ВИЧ.

Обращение за наркологической помощью в государственные учреждения влечет постановку на наркологический учет сроком на пять лет.¹⁰⁴ Согласно ст. 204 Кодекса здравоохранения РТ, «наркологические учреждения органов здравоохранения и другие ведомства, имеющие аналогичные учреждения, обязаны сотрудничать с правоохранительными органами при оказании наркологической помощи лицам, страдающим наркологическими заболеваниями, по предотвращению совершения с их стороны действий, угрожающих жизни и здоровью их самих и окружающих». Обзор исследований и интервью с клиентами ЗТ показывают, что постановка на учет не только существенно ограничивает права клиентов, но и приводит к нарушению конфиденциальности их диагноза и сокращает возможности их реинтеграции. Зачастую работодатели требуют справки об отсутствии постановки на наркологический учет. Имеется информация о том, что правоохранительные органы используют сведения о

⁹⁸ Комитет зеленого света миссии технической помощи Европейского региона ВОЗ по реализации Национального плана ответных мер по борьбе с туберкулезом в Таджикистане, Отчет миссии, 2018 .

⁹⁹ Республиканский центр СПИД Таджикистана, ИСАР. Отчет о результатах интегрированного биоповеденческого исследования по ВИЧ и оценки численности работников секса и лиц, употребляющих инъекционные наркотики в Республике Таджикистан. Душанбе, 2018.

¹⁰⁰ Махсутов, М., Мухабатов, М., Содаткадамов, Ш., Мурадзода, Ф., Рачабов, А., Назаров, М., Хасанова, Е., Амиров, Д., Шарипов, С. и Хасанов, Х. (2019). *Национальный отчет о наркоситуации в Республике Таджикистан, 2018*. Государственное учреждение «Национальный центр мониторинга и профилактики наркомании» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. КАДАП–6, ResAd.

¹⁰¹ Латыпов А. Республика Таджикистан: Анализ устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию, (проект, март 2020 г.)

¹⁰² Латыпов А. Республика Таджикистан: Анализ устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию, (проект, март 2020 г.)

¹⁰³ Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Руководство по ведению случаев лекарственно-чувствительного ТБ. Третье пересмотренное издание, 2018.

¹⁰⁴ Ширвинскене А. Анализ работы сайтов опиоидной заместительной терапии в Таджикистане, 2018 .

наркоучете, «чтобы повесить на кого-либо из наркозависимых нераскрытые преступления (кражи, грабежи)».¹⁰⁵

Таджикистан имеет более, чем 1400-километровую границу с Исламской Республикой Афганистан, мировым лидером по незаконному производству опиатов. Это, конечно, влияет не только на динамику употребления наркотиков, но и предопределяет приоритетность борьбы Таджикского государства с наркоторговлей. Употребление наркотиков запрещено¹⁰⁶ причем без предусмотренного наказания. Приобретение же и хранение наркотиков *без цели сбыта* предусматривает административную и уголовную ответственность¹⁰⁷. Административный штраф за любое количество меньше того, что предусмотрено в законе (например, 0,5 г героина), составляет от 1160 до 4060 сомони (примерно 118–413 долл. США)¹⁰⁸. За особо крупное количество без цели сбыта уголовная ответственность составляет до 12 лет тюремного заключения. Среди ЛУИН наблюдаются особенно высокие показания судимости. У одной четверти (24,5%) ЛУИН есть опыт пребывания в МЛС. При этом 41,1% ЛУИН употребляли инъекционные наркотики во время заключения.¹⁰⁹ Среди заключенных женщин 70% были осуждены за преступления, связанные с наркотиками.¹¹⁰

Секс-работники или лица, предоставляющие сексуальные услуги

По последним оценкам, в 2018 г. в стране насчитывалось более 17 500 женщин секс-работников. (СР). Их средний возраст - 32 года, 64% их них находятся в разводе. Большинство СР имеет среднее образование, проживает в крупных городах и населенных пунктах. Социальная характеристика женщин СР в зависимости от города значительно разнится. Например, в Хороге у 22% из них - высшее образование по сравнению с 3% в среднем по республике. В Душанбе не имели (другой) работы 90,6%, а в Рудаки 91,4% все же имели источники дохода, т.е. работали. Средний доход СР за предоставление секс-услуг равнялся 1000 сомони в Вахдате/Душанбе и в три раза ниже этого в Кулябе.¹¹¹

Данных о распространенности ТБ среди СР нет. Судя по нескольким факторам, эта группа пересекается с другими ключевыми группами в области ТБ. Например, среди СР распространенность ВИЧ-инфекции достигает 3,2% по стране, в Худжанде - 7,2%, а среди СР, употреблявших когда-либо инъекционные наркотики, этот показатель составил 9,1%. СР отличаются высокой мобильностью. Более 25% СР предоставляли секс-услуги за пределами своего города, но внутри страны; а за пределами РТ такие услуги оказывали

¹⁰⁵ Латыпов, А. Республика Таджикистан: Анализ устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию, (проект, март 2020 г.)

¹⁰⁶ Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» (Статья 15)

¹⁰⁷ Ст. 128 Кодекса Республики Таджикистан об административных правонарушениях (принят Законом Республики Таджикистан от 31 декабря 2008 г. № 455) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.01.2020 г.); Ст. 201 Уголовного кодекса Республики Таджикистан (принят Законом от 21.05.1998г., № 574 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.01.2020 г.)

¹⁰⁸ Подсчет согласно установленному Показателю для расчетов на 2020 г. 58 сомони (примерно 5.9 долл. США).

¹⁰⁹ Республиканский центр СПИД Таджикистана, ИСАР. Отчет о результатах интегрированного биоповеденческого исследования по ВИЧ и оценки численности работников секса и лиц, употребляющих инъекционные наркотики в Республике Таджикистан. Душанбе, 2018.

¹¹⁰ Tajikistan country funding request to the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2018-2020).

¹¹¹ Республиканский центр СПИД Таджикистана, ИСАР. Отчет о результатах интегрированного биоповеденческого исследования по ВИЧ и оценки численности работников секса и лиц, употребляющих инъекционные наркотики в Республике Таджикистан. Душанбе, 2018.

3,7% женщин из Таджикистана, Среди женщин СР из Хорога, употреблявших инъекционные наркотики, показатель составил ,18,3%.¹¹²

У секс-работников высокая правовая уязвимость. За занятие проституцией предусматриваются штраф и административный арест.¹¹³ Секс-работники «подвергаются дискриминации, запугиванию, притеснению, вымогательству и взяточничеству, принудительному анализу на ВИЧ и инфекции, передаваемые половым путем, произвольному содержанию под стражей и физическому насилию со стороны представителей органов милиции».¹¹⁴ В таджикском законодательстве криминализация деяния, связанного с заражением ВИЧ, в первую очередь направлена на секс-работниц¹¹⁵. Низкопороговые анонимные профилактические программы по ВИЧ и дружеские кабинеты вполне доступны для лиц данной группы и могут способствовать развитию деятельности по выявлению ТБ. При этом одновременно можно решать и задачи, связанные с защитой прав СР, снижением уровня их социальной уязвимости и таким образом уязвимости к ТБ.¹¹⁶

Военная служба

Обязательная военная служба предусматривается законами РТ «О всеобщей воинской обязанности и военной службе» и «О правовом положении военнослужащих. По неофициальным оценкам, ежегодно в Вооруженные силы страны призывается около 15–16 тыс. призывников мужского пола¹¹⁷. Они подлежат обязательному обследованию на ТБ. Статистика о количестве протестированных на ТБ, о заболеваемости, либо какие-либо другие данные, свидетельствующие об уязвимости военнослужащих к ТБ, отсутствуют. Уполномоченный по правам человека отмечает нарушение прав граждан, связанных с призывом на военную службу, в частности неадекватность набора, злоупотребление служебными и административными мерами, «мобилизация» (насильственный призыв молодых людей в армию), унижение человеческого достоинства, несправедливость и неравенство, наличие коррупционных факторов. Министерство обороны Республики Таджикистан в 2019 г. зарегистрировало 24 официальных заявления о нарушении гражданских прав призывников.¹¹⁸

¹¹² Республиканский центр СПИД Таджикистана, ИСАР. Отчет о результатах интегрированного биоповеденческого исследования по ВИЧ и оценки численности работниц секса и лиц, употребляющих инъекционные наркотики в Республике Таджикистан. Душанбе, 2018.

¹¹³ Ст. 130 Кодекса Республики Таджикистан об административных правонарушениях (принят Законом Республики Таджикистан от 31 декабря 2008 г. № 455) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 02.01.2020 г.). Доступ по адресу: https://online.zakon.kz/m/Document/?doc_id=30414710#sub_id=1100000

¹¹⁴ Комитет ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин. Заключительные замечания по шестому периодическому докладу Таджикистана о выполнении Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, 14 ноября 2018 г. Доступ по адресу: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/TJK/CO/6&Lang=En

¹¹⁵ «В Таджикистане возбудили новые дела против проституток за распространение ВИЧ». Фергана. Информационное Агентство. 15.10.2018. <https://www.fergananews.com/news/33351>

¹¹⁶ Республиканский центр СПИД Таджикистана, ИСАР. Отчет о результатах интегрированного биоповеденческого исследования по ВИЧ и оценки численности работниц секса и лиц, употребляющих инъекционные наркотики в Республике Таджикистан. Душанбе, 2018.

¹¹⁷ ASIA-Plus. В Таджикистане стартовал осенний призыв в армию. Кто не пойдет, того заставят? 1 октября 2019 г. Доступ по адресу: <https://asiaplus.tj.info/ru/news/tajikistan/security/20191001/v-tadzhikistane-startoval-osennii-priziv-v-armiyu-kto-ne-poidet-togo-zastavyat>

¹¹⁸ Отчет Уполномоченного по правам человека Республики Таджикистан за 2019 г. Душанбе, 2020. [на тадж.яз.]. Доступ по ссылке: <http://ombudsman.tj/wp-content/uploads/2015/12/Marʼyazai-VXI-2019.pdf>

Люди с сахарным диабетом

При диабете риск заболеть ТБ повышается в три раза. Недостаточный гликемический контроль негативно влияет на клинический исход лечения ТБ. В свою очередь и ТБ также может ухудшить гликемический контроль. В связи с этим, ранняя диагностика ТБ у людей с диабетом и диабета у людей с ТБ, а также тщательное ведение лечения и ухода за людьми с двойным диагнозом имеют очень важное значение.¹¹⁹

Согласно официальной медицинской статистике, в Таджикистане за 7 лет заболеваемость сахарным диабетом удвоилась и достигла 498,1 случая на 100 тыс. населения. Особенно высокая заболеваемость в ГБАО (874,2), РРП (768,6) и Душанбе (687,3). Статистического сбора данных о пересечении ТБ и диабета в стране не ведется. По данным ВОЗ, около 15% случаев ТБ в мире могут быть связаны с диабетом.¹²⁰ Системный обзор исследований в 2019 г.¹²¹ показал, что в Европейском регионе ВОЗ среди активных случаев ТБ распространенность диабета составляет примерно 7,5%, в то время как в центральноазиатских странах данные варьируют от 7,1% в Казахстане до 22% в Пакистане.

Медицинские руководства как по ТБ, так и по ведению диабета предусматривают регулярный осмотр на ТБ людей с установленным сахарным диабетом.¹²²

Медработники служб ПМСП и ТБ

Фтизиатрические службы и первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) наделены ответственностью за организацию и ведение противотуберкулезных мер согласно Руководству по ТБ¹²³. Как и все другие работники лечебно-профилактических организаций, они подлежат обязательному ежегодному флюорографическому обследованию на туберкулез.

Аудит случаев ТБ среди штата медицинских учреждений, покрывающий 6 лет с 2009 по 2014 г.,¹²⁴ показал, что заболеваемость штата фтизиатрических учреждений по сравнению с общей популяцией был в среднем в 7 раз выше. Из 44 сотрудников с ТБ 9 были врачами, 13 - медицинскими сестрами, 11 - помощниками медсестер, 5 - лаборантами и 6 - немедицинскими сотрудниками - охранник, электрик, администратор, уборщик и садовник. У 5 был также диабет, а у 6 статус диабета не известен; среди них 2 имели МЛУ-ТБ, и один

¹¹⁹ Всемирная организация здравоохранения. Совместная основа оказания помощи и борьбы с туберкулезом и диабетом, 2011.

¹²⁰ ВОЗ. Туберкулез и диабет, 2016. Доступ по адресу: https://www.who.int/tb/publications/diabetes_tb.pdf

¹²¹ Нубиап Дж., Нубиап Дж.Дж., Нансё Дж.Р., Нияга У.Ф., Нкек Дж.Р., Эндомба Ф.Т., Кейз А.Д., Агбор В.Н., Ишнья Дж.Дж. Глобальная распространенность диабета при активном туберкулезе: систематический обзор и метаанализ данных, полученных от 2-3 миллионов больных туберкулезом // Журнал «Lancet Glob Health», 2019; 7: с. 448–60.

¹²² Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали Ибни Сино, Республиканская Ассоциация эндокринологов-диабетологов Таджикистана. Пересмотренный вариант клинических протоколов основных эндокринных заболеваний, 2015.

¹²³ Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. Руководство по ведению случаев лекарственно-чувствительного ТБ. Третье пересмотренное издание, 2018.

¹²⁴ Мирзоев А., Лученко И., Пиров К., Дустматова З., Ахмедов А., Набирова Д., Сулейменов С., Акоста С., Захария Р. (2016). Общенациональная оценка заболеваемости туберкулезом среди медицинских работников в противотуберкулезных учреждениях в Таджикистане, 2009–2014 гг. Панорама общественного здравоохранения, т. 2, вып. 1, март 2009–2014. Панорама общественного здоровья. Т. 2, вып. 1, март 2016 (1-116). Доступ по адресу: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/304471/8-assessment-TB-HC-workers-Tajikistan-09-14.pdf?ua=1

умер. Исход лечения был 89% при чувствительной форме ТБ, 60% - среди 6 повторного ТБ и 33% - среди МЛУ и ШЛУ-ТБ. Данное исследование рекомендует существенно улучшить инфекционный контроль в Таджикистане.

По НТП данным, предоставленным по запросу в рамках данной оценки, в стране за последний год было установлено всего 36 новых случаев ТБ среди медиков (т.е. меньше 1% от всех новых случаев). Среди них одна четвертая часть были сотрудниками фтизиатрической службы.

Международный обзор ситуации по ТБ среди медицинских работников показывает, что, помимо улучшения инфекционного контроля и инфраструктуры учреждений, важно устранить и другие барьеры, такие, как: недостатки в системе скрининга; отсутствие прозрачности и подотчетности системы; неадекватная и бюрократизированная система компенсаций; стигма; низкая информированность медперсонала о своих правах и его неуверенность в необходимости собственной защиты при ТБ; нехватка персонала.¹²⁵

7. Стигма по отношению к людям с ТБ

Стигма (от греческого слова *στίγμα* - «ярлык, клеймо») – динамичный процесс девальвации личности, который в значительной степени дискредитирует человека в глазах окружающих¹²⁶. Стигма является важной социальной детерминантой здоровья из-за своей повсеместности, влияния на доступ к жизненно необходимым ресурсам и отношениям, негативного влияния на здоровье групп населения¹²⁷. Стигма является фундаментальной причиной неравенства в сфере здоровья¹²⁸. Стигма, связанная с ТБ, выраженная в действии, становится дискриминацией – несправедливым обращением с кем-либо на основании реального или подразумеваемого ТБ-статуса¹²⁹.

Стигма в отношении заболевания усиливается стигмой в отношении других обстоятельств, таких как гендер, сексуальная ориентация, идентичность, образ жизни, гражданство или правовой статус, материальное положение, профессия или наличие других заболеваний¹³⁰. Распространение стигмы подпитывают мифы вокруг ТБ.¹³¹

Стигма во всех ее проявлениях препятствует получению и предоставлению связанной с ТБ помощи и услуг на всех этапах – от обращения за помощью и постановки диагноза до завершения лечения и возвращения к нормальной жизни¹³².

¹²⁵ Партнёрство «Остановим ТБ». Работники сферы здравоохранения. Краткий обзор ключевых групп населения. Доступ по адресу: http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_HealthCareWorker_ENG_WEB.pdf

¹²⁶ Гоффман Е. *Stigma: Стигма: заметки об управлении испорченной идентичностью*. Нью-Йорк: Саймон и Шустер, 1963.

¹²⁷ Партнёрство «Остановим туберкулез», *Оценка стигматизации ТБ - Руководство по внедрению, 2019* (<http://www.stoptb.org/communities/>); Партнёрство «Остановим туберкулез», *Глобальный план по прекращению туберкулёза (на англ.яз.)/TheParadigmShift 2018-2022* (<http://www.stoptb.org/global/plan/plan1822.asp>).

¹²⁸ Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. *Stigma as a fundamental cause of population health inequalities*. Am J Public Health. 2013;103(5):813–21 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3682466/>)

¹²⁹ Адаптировано из: CDC. *Deadline with stigma and discrimination of people living with HIV* (<https://www.cdc.gov/hiv/basics/livingwithhiv/stigma-discrimination.html>)

¹³⁰ Партнёрство «Остановить туберкулез», *Оценка стигматизации ТБ - Руководство по внедрению, 2019*.

¹³¹ Ким Т.М, Чубаков Т.Ч, Токтогонова А.А, Душимбекова К.А. Стигма и дискриминация, связанные с туберкулёзом. Вестник Авиценны. 2019;21(1):90-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-1-90-94>.

¹³² Партнёрство «Остановим туберкулез», *Оценка стигматизации ТБ - Руководство по внедрению, 2019*.

Признание проблемы стигмы в Таджикистане

В соответствии с Политической декларацией по борьбе с ТБ, принятой в сентябре 2018 г., Таджикистан принял на себя обязательства по устранению стигмы и всех форм дискриминации в отношении ТБ¹³³. Важность борьбы со стигмой для обращения за помощью, своевременного начала лечения и завершения полного курса терапии признается в Национальном стратегическом плане по ТБ.¹³⁴

Проблема стигмы в отношении ТБ в Таджикистане была отмечена и в отчете Специального докладчика Совета по правам человека ООН по вопросу о праве на здоровье. По мнению Специального докладчика,

«в основе стигматизации в Таджикистане лежит низкая информированность населения о методах профилактики ТБ и путях его распространения»¹³⁵.

Специальный докладчик обратил внимание также на важность обеспечения конфиденциальности личных медицинских данных для снижения стигматизации и повышения обращаемости за диагностикой и лечением.

Исследования по вопросам роли стигмы в доступе к диагностике и лечению ТБ

Изучению и оценке стигмы в отношении ТБ было уделено внимание в рамках нескольких более комплексных исследований (например, по знаниям, отношению и практике по ТБ среди медицинских работников, больных ТБ и населения в Таджикистане, по изучению потребностей больных ТБ и их семей, и оценке удовлетворенности ТБ и МЛУ-ТБ больных предоставляемыми медицинскими услугами и их стоимостью). Следует заметить, что инструмент по оценке стигмы в связи с ТБ, разработанный глобальным Партнерством «Остановить туберкулез», был представлен лишь в декабре 2019 г.¹³⁶

Анализ ранее проведенных исследований показывает, что стигма оказывает существенное влияние на оказание противотуберкулезной помощи. По результатам опроса 292 пациентов с ТБ в 15 районах страны и 16 фокус-групп с 211 пациентами ТБ, проведенных в 2016 г., были выделены шесть особенно важных аспектов, связанных со стигмой; значительная часть респондентов с МЛУ-ТБ признала, что «после постановки диагноза отношение к ним со стороны окружающих и медработников изменилось в худшую сторону, в связи с чем они старались скрывать своё заболевание от других людей». Исследование еще раз подтвердило необходимость решения проблем, связанных с отношением к людям с ТБ со стороны медработников и окружающих.¹³⁷

¹³³ Политическая декларация заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по борьбе с ТБ (A/RES/73/3). <https://undocs.org/pdf/symbol=ru/A/RES/73/3>

¹³⁴ Национальный стратегический план защиты населения от ТБ в Республике Таджикистан на период 2015 – 2020 гг.

¹³⁵ Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Ананда Гровера. Добавление: Миссия в Таджикистан (24–31 мая 2012 года). (A/HRC/23/41/Add.2). https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/23/41/Add.2

¹³⁶ Партнерство «Остановим туберкулез», Оценка стигматизации ТБ - Руководство по внедрению, 2019. (<http://www.stoptb.org/communities/>)

¹³⁷ Отчет по проведенной оценке удовлетворенности ТБ и МЛУ ТБ больных предоставляемыми медицинским услугам по ТБ и их стоимости. KNCV. Таджикистан, 2016 .

В 2017 г. было проведено исследование с применением количественных и качественных методов¹³⁸. В рамках этого исследования были проведены анкетирование 901 представителя общего населения и 103 людей, закончивших лечение ТБ, а также углубленные и полуструктурированные интервью и обсуждения в фокус-группах с участием представителей общего населения, людей, прошедших лечение ТБ, и представителей особо уязвимых групп населения – мигрантов, людей, употребляющих инъекционные наркотики и живущих с ВИЧ, а также членов их семей.

Отношение среди общего населения измерялось по двум параметрам: а) гипотетическая ситуация, при которой определялось отношение к некоему человеку, ТБ-больному; б) гипотетическая ситуация, когда предлагалось определить своё состояние при возможном заболевании ТБ. По первому параметру отношение 64% из числа опрошенных было охарактеризовано как толерантное, в то время как в основе отношения 36% участников лежал страх, выражаемый в неприятии («плохо») и желании «избегать» столкновения с ТБ. Вариант ответа «не знаю» также был отнесён к категории отрицательных, так как при обсуждении сенситивных тем уход от ответа является показателем нежелания демонстрировать негативную реакцию (рис. 1). Такие социально-демографические характеристики, как пол, тип поселения и возраст, никак не влияли на отношение к ТБ, в то время как уровень толерантного отношения оказался выше среди респондентов с более высоким уровнем образования (рис. 2).

Рис. 1. Декларируемое отношение к ТБ, N=901

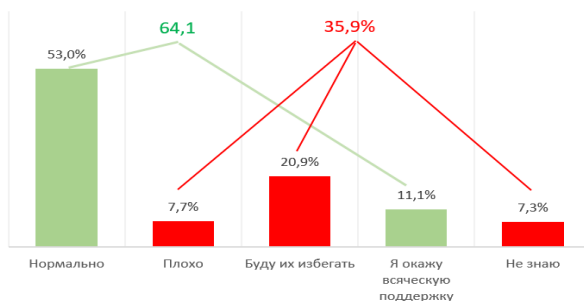
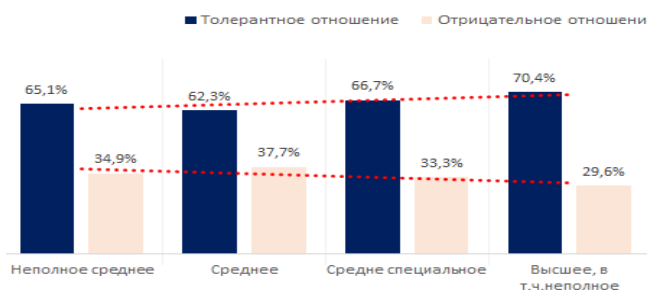


Рис. 2. Декларируемое отношение по уровню образования, N=901



По второму параметру уровень отрицательных ответов оказался значительно выше. Более половины респондентов сообщили, что испытали бы отчаяние, а около четверти – стыд, и лишь 6,6% сказали, что начнут лечение (рис. 3). Четверть респондентов считала, что диагноз никак не повлияет на их жизнь, в то время как еще четверть респондентов

¹³⁸USAID. Поиск путей выздоровления в случае заболевания ТБ: знание, отношение и практика, февраль 2017 г.

предполагала, что в результате диагноза они потеряют друзей, 13,5% - что диагноз приведет к социальной изоляции, и 8% - к потере работы (рис. 4). Среди городских респондентов готовность активно действовать в 2,8 раза выше по сравнению с сельскими респондентами; также наблюдался поступательный рост людей, готовых предпринять действия в случае заболевания ТБ - как по возрасту, так и по образованию.

Рис. 3. Отношение к получению гипотетического статуса ТБ, N=901

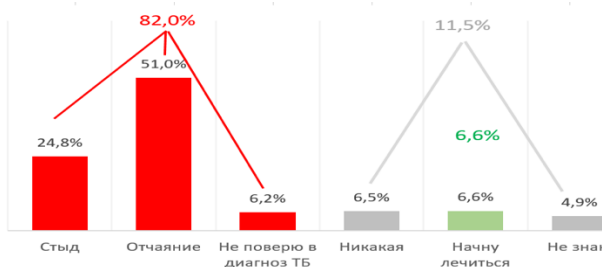


Рис. 4. Следствие гипотетического получения статуса ТБ, N=901

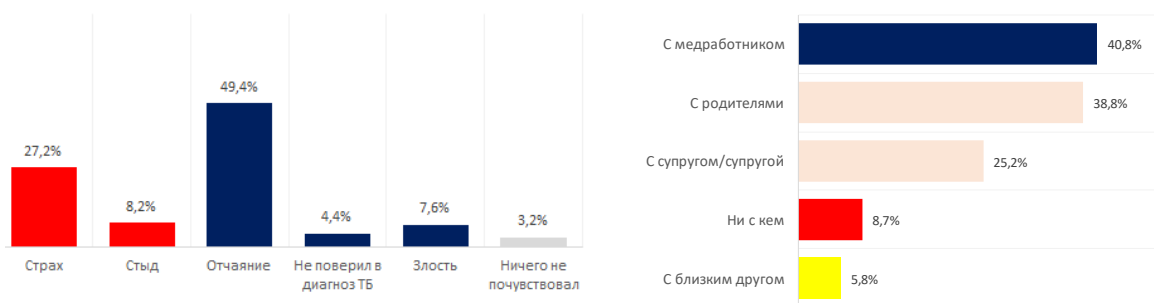


В процессе проведения фокус-групп с трудовыми мигрантами и их членами семей, не сталкивавшихся близко с ТБ, прозвучало мнение о необходимости изоляции заболевших ТБ, ограничения, по возможности, их общения с членами семьи и с окружением. Как выяснилось, стигма распространяется и на членов их семьи: в ходе практически всех проведённых фокус-групп было выявлено, что представление о ТБ, как о наследственном заболевании, является достаточно распространённым. При этом участники фокус-групп, чьи родственники (дальние или близкие) болели ТБ, выражали толерантное отношение, поскольку они знали и понимали, что собой представляет ТБ, и говорили о необходимости поддержки болеющих ТБ.

Среди людей с ТБ и уже переболевших ТБ треть респондентов испытывала страх или стыд, которые считаются признаками самостигматизации, в то время как отчаяние (отмеченное почти половиной всех респондентов), недоверие к полученному диагнозу и злость более связаны с недостатком знаний и неготовностью воспринять и осознать полученную информацию (рис. 5). Отвечая на вопрос о том, с кем в первую очередь делятся информацией о полученном статусе, большинство респондентов указывало в первую очередь семью (родителей и супругов) и медработников. Каждый пятый респондент, завершивший лечение, указал на ухудшение отношения родных после поставленного диагноза.

Рис. 5. Отношение к полученному диагнозу ТБ, n=103

Рис. 6. С кем поделились в первую очередь при получении диагноза, N=103. Респондент имел возможность выбрать несколько вариантов ответа



Исследование 2017 г. выявило как положительные практики, так и проблемы на различных этапах получения противотуберкулезной помощи. Две трети людей, прошедших лечение, и 45% респондентов из числа общего населения верно указали кашель и еще один симптом ТБ. При этом около трети респондентов из общего населения не смогли указать симптомы, либо назвали неверные симптомы.

На вопрос, куда они обратились при появлении первых признаков, похожих на ТБ, 68% ответили, что обратились в поликлинику по месту жительства, а 24% - в противотуберкулезный диспансер. При этом 1% респондентов сначала обратился к знахарям. Среди общего населения порядка 3% респондентов указали, что, когда в семье кто-либо заболевает, они обращаются к знахарям или занимаются самолечением.

Около половины респондентов из числа перенесших ТБ обратились за медицинской помощью в течение семи дней, в то время как 38% значительное время откладывали посещение медицинского учреждения, в том числе 14% - на срок свыше 40 дней. Среди причин задержки в обращении за помощью основная доля ответов пришлась на низкий уровень знаний, хотя также было большое количество ответов, связанных с инфраструктурными барьерами (7%) и самостигматизацией («переживал о реакции семьи» - 9,9%; «переживал о реакции на работе» - 1,4%, «переживал о реакции соседей» - 2,8%). Респонденты указали, что лечение бесплатно лишь после постановки диагноза, а все анализы, необходимые для этого, являются платными; кроме того, нужно покрывать расходы на проезд. Две трети респондентов отметили, что причиной позднего обращения за медицинской помощью в связи с ТБ стало отсутствие денег.

Респондентов из числа прошедших лечение ТБ спросили о возможных причинах прерывания лечения. 44% указали на улучшение самочувствия, что свидетельствует о недостатке информации о необходимости обязательного прохождения полного курса лечения; 37,3% отметили усталость от продолжительного лечения, включая усталость от приёма препаратов (15%); реакции на побочные эффекты (17%) и представление об отсутствии эффекта от лечения (6%). Еще около 3% указали на материальные затруднения; согласно результатам проведенных кейс-стади, материальные затруднения связаны с транспортными расходами, необходимыми для посещения медицинского учреждения, где приём препаратов осуществляется под наблюдением врача.

Таким образом, проведенные исследования выявили слабые места в уровне знаний по ТБ как среди общего населения, так и среди людей, перенесших заболевание. Недостаток

знаний и распространенность мифов о ТБ в обществе в свою очередь провоцируют стигму в отношении к людям с ТБ.

Снижение стигмы по отношению к людям с ТБ в Таджикистане

В Таджикистане в 2011-2015 гг. действовала Национальная стратегия по адвокации, коммуникации и социальной мобилизации в борьбе с ТБ, в рамках которой проводился ряд действий по повышению информированности населения о ТБ, предоставляемых услугах и важности своевременного обращения за медицинской помощью. В реализации данной стратегии важную роль играли неправительственные организации. В 2014 г. в стране было сформировано национальное партнерство «Остановим туберкулез в Таджикистане» - объединение активистов, организаций гражданского общества, медицинских специалистов и представителей государственных учреждений. Как указывается в документе, подготовленном Европейской коалицией по борьбе с ТБ¹³⁹, Партнёрством были созданы 23 группы поддержки пациентов в 14 районах Таджикистана. В состав этих групп входили как люди, перенесшие ТБ, так и доктора, медсестры и волонтеры. Их работа была расширена и включала содействие в выявлении людей с ТБ, оказание поддержки в лечении и последующей помощи, а также издание аудио-, видео- и печатных материалов о ТБ. В некоторых районах Партнёрством были проведены круглые столы с ключевыми лицами, принимающими решения, специалистами здравоохранения и людьми, перенесшими ТБ.

На фоне снижения финансирования, выделяемого на деятельность по социальной мобилизации, в последние годы снижалось и вовлечение НПО в деятельность по социальной мобилизации в различных регионах страны. В то же время Партнёрство способствовало росту вовлеченности бывших пациентов в общественную жизнь, в процессы принятия решений и в различные программы. Кроме того, активизировалось участие послов доброй воли – певцов, поэтов и других известных общественных фигур – в повышении информированности общества о ТБ и снижении стигмы¹⁴⁰.

На глобальном уровне выработан комплекс мер, направленный на снижение уровня стигмы в связи с ВИЧ. Так, ЮНЭЙДС рекомендует ряд инициатив по снижению стигмы в отношении людей, живущих с ВИЧ¹⁴¹, которые могут быть распространены и на людей с ТБ. Такими мерами являются, например, повышение информированности населения о ТБ; работа со средствами массовой информации с целью повышения терпимости общества к людям, затронутым ТБ, и понимания их проблем и обстоятельств; мобилизация религиозных лидеров для формирования уважения и сочувствия к людям с ТБ; оказание психосоциальной поддержки людям с ТБ; вовлечение людей, перенесших ТБ, в различные мероприятия по поддержке пациентов и повышению их информированности. Данные предложения отражены и в рекомендациях рассмотренных выше исследований, а также в отчете Специального докладчика по вопросу о праве на здоровье, Докладчик обратил

¹³⁹ Европейская коалиция по борьбе с туберкулезом. В центре внимания Таджикистан: член ЕКТБ запускает первое в истории социальное предприятие по борьбе с туберкулезом в стране! 2017. <https://www.tbcoalition.eu/wp-content/uploads/2020/02/Tajikistan-case-study-Final-En.pdf>

¹⁴⁰ См., например, страницу Партнёрство «Остановим ТБ в Таджикистане» в Фейсбуке: <https://www.facebook.com/Хамкории-боздошти-сил-дар-Тоҷикистон/Stop-TB-Partnership-Tajikistan-916892898327124/>

¹⁴¹ ЮНЭЙДС, Стигма, дискриминация и нарушения прав человека в связи с ВИЧ. Тематические исследования успешных программ. UNAIDS/05.05R, 2005 г.

особое внимание и на необходимость реализации права на конфиденциальность информации о диагностике и лечении для сокращения стигматизации и дискриминации людей с ТБ. По его словам, «обеспечение права на конфиденциальность способствует обращению лиц, которые в противном случае опасались бы стигматизации, в службы диагностики и лечения»¹⁴².

8. Изложение результатов исследования

8.1. Знание о туберкулезе

Исследование показало, что у населения существуют некоторые весьма существенные пробелы в знаниях о ТБ, что обуславливает проведение неадекватных профилактических мер, позднюю диагностику, стигму и социальную изоляцию заболевших людей и их семей. Как выяснилось, группы населения, подвергнувшиеся целевому вмешательству, лучше осведомлены о ТБ.

Распознавание симптомов

Большинство участников всех фокус-групп из немедицинских лиц считало, что общины, в которых они живут, не имеют достаточных знаний о ТБ. Восемьдесят процентов (n-16) из 20 проинтервьюированных ТБ пациентов отметили, что не знали о ТБ до получения диагноза. Обсуждения в фокус-группах показали, что мигранты, люди с диабетом и секс-работники практически не распознавали симптомы ТБ. Медики обязаны информировать людей с диабетом о симптомах ТБ, которые имеют о них очень слабое представление. Они склонны принимать симптомы ТБ за симптомы диабета. *"Когда у меня появились симптомы ТБ, я не обратил на это внимания, потому что у меня слабый организм, и я часто болеваю простудой. Я думал, что это обычный ОРВИ, и так как у меня сахарный диабет, простуда протекает сложнее. В связи с этим, я поздно обратился к врачу,"* - сказал участник на обсуждении фокус-группы с людьми с диабетом в Душанбе.

Ключевые информаторы предположили, что причиной низкого уровня знаний о симптомах среди людей с диабетом может быть халатность врачей. Они также высказали мнение, что плохое знание симптомов ТБ среди таджикских мигрантов можно объяснить отсутствием юридического или практического соглашения по решению этой проблемы между Таджикистаном и Российской Федерацией. Недостаток знаний о симптомах ТБ среди секс-работников объясняется ограниченными возможностями для образования и тем фактом, что иногда они просто неграмотны. ЛЖВ, некоторые ЛУИН (около половины участников фокус-групп), военные и медики, как правило, были хорошо осведомлены о симптомах ТБ.

Ключевые информаторы считают, что особенно плохо о ТБ осведомлены женщины, в том числе беременные. Было высказано мнение, что у сельских женщин очень низкий уровень знаний, Возможно, это связано с тем, что они рано выходят замуж, становятся

¹⁴² Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Ананда Гровера. Добавление: Миссия в Таджикистан (24–31 мая 2012 года). (A/HRC/23/41/Add.2). https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/23/41/Add.2

домохозяйками и лишаются возможности продолжить учебу. По оценке ключевых информаторов, даже среди женщин, контактировавших с больными ТБ, осведомленность об этом заболевании весьма низкая.

Заблуждения

Многие заявления, прозвучавшие в интервью и фокус-группах, показали распространенность существенных заблуждений о туберкулезе. Во многих заявлениях отражено отсутствие понимания микробного происхождения ТБ, например, заболевание ТБ объясняется питьем холодной воды. Некоторые участники фокус-групп во всех трех исследованных регионах полагали, что ТБ может передаваться по наследству, что является заблуждением, и, вероятно, способствует стигме и снижению количества браков заключаемых между членами определенных семей. Даже от людей, переболевших ТБ, прозвучали заявления, что ТБ является онкологической проблемой или вирусной инфекцией. Многие участники фокус-групп считали, что ТБ является осложнением после простуды или гриппа. Один из участников фокус-группы среди ЛУИН в Хороге был уверен, что вакцинация обеспечивает достаточную защиту от ТБ, что также является заблуждением.

Многие участники фокус-групп во всех трех регионах выразили убеждение, что туберкулез является смертельной болезнью. *“У меня мама болела и умерла. Поэтому и все наши родственники, и знакомые смотрят на меня с жалостью, думая, что я тоже умру,”* - сказал 23-летний мужчина, ТБ пациент из Хорога (*заразился во время миграции*),

Отсутствие знаний о ТБ усугубляет социальную изоляцию людей, страдающих ТБ. *“Сообщество нас принимает по-разному: те, кто имеет какую-либо информацию, относятся положительно, а остальные, которые не имеют понятия, они нас избегают и постоянно дискриминируют,”* – поделился 21-летний ТБ пациент из Хорога. Люди зачастую все еще верят, что люди с ТБ должны быть изолированы. Такое мнение было высказано во время проведения фокус-группы с контактными лицами в Хороге. В интервью же с ТБ пациентом в Душанбе было отмечено, что большинство людей не знает, что ТБ не передается после того, как пациент в течение 2 недель лечился от своего заболевания

Был предпринят ряд мер для просвещения людей о ТБ. В целом при проведении фокус-групп, участниками которых были военнослужащие, ЛЖВ и ЛУИН, заблуждений прозвучало гораздо меньше. Люди во всех этих трех группах отметили тот факт, что они проходили тренинги или просматривали информационные материалы, посвященные теме ТБ. Кроме того, к решению проблемы были привлечены средства массовой информации.

Возможности для повышения осведомленности

подавляющая часть чиновников признаёт, что работу по просвещению населения о ТБ нужно значительно расширить. Ключевой информатор из международной НПО предложил активнее использовать в этом процессе примеры из жизни пациентов, которые были больны и вылечились. Желательно, конечно, чтобы сами пациенты могли открыто поделиться своим опытом и рассказать о стигме. Как эффективную меру, можно рассматривать участие известных людей в пропаганде знаний о ТБ, в частности о том, что

ТБ излечим, что лечение является бесплатным, что ТБ не передается по наследству, что это заболевание не влияет на фертильность и что ТБ не передается через 2 недели после начала лечения. Респонденты рекомендовали расширить использование радио и телепередач по этой проблеме. Например, выступления врачей оцениваются населением как достоверная информация, и поэтому их участие в радио- и телепередачах даст хорошие результаты. Один из респондентов из международной НПО считает, что о конкретных историях людей, вылечившихся от ТБ, могли бы информировать печатные и электронные СМИ. Было признано, что НПО должны играть важную роль в информировании конкретных ключевых групп населения (ЛЖВ, ЛУИН и секс-работники) и их сообществ о туберкулезе с помощью аутрич программ, в том числе программ помощи, проводимых в сельской местности совместно с местными властями.

Профилактика

Несмотря на то, что исследование не было предназначено для оценки успехов и слабых мест в профилактике, тем не менее и здесь были получены некоторые ценные результаты. В интервью и фокус-группах с ключевыми информаторами и среди работников здравоохранения было выражено общее согласие с тем, что профилактическая работа нуждается в усовершенствовании.

Интервью и фокус-группы показали, что многие люди, особенно заключенные и мигранты, часто живут в условиях, способствующих распространению ТБ, это и плохое питание, и теснота, и плохая вентиляция помещений. Некоторые респонденты высказали мнение, что женщины в сельской местности тоже могут подвергаться угрозе заболевания ТБ, потому что часто недоедают, занимаясь делами по дому.

Прозвучало также несколько комментариев относительно необходимости улучшения контроля за инфекцией в медицинских учреждениях. В фокус-группах в Душанбе, участниками которых были работники здравоохранения, тоже говорилось о том, что инфекционный контроль в области первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) нуждается в усовершенствовании. Поступали предложения о более эффективном использовании ультрафиолетового излучения в медицинских учреждениях. Один из респондентов предположил, что химиотерапевтическое лечение изониазидом охватывает недостаточное количество ВИЧ-инфицированных.

Посещения медсестер на дому, которые реализуются, например, в Восейском районе, очень ценны для пациентов. Один из ключевых информаторов из НПО предложил, чтобы женщины чаще посещали пациентов на дому с целью ухода и научили их лучше соблюдать меры предосторожности. Один из участников фокус-группы медицинских работников в Хороге считает, что санитарно-эпидемиологическая станция (СЭС) оказывает недостаточную поддержку семьям, которым необходимо проводить дезинфекцию дома, и что в целом сотрудничество между СЭС и туберкулезной больницей должно быть более тесным.

8.2. Барьеры, препятствующие получению медицинских услуг

Руководители и специалисты здравоохранения, опрошенные на республиканском и местном уровнях, признают, что большинство пациентов получают медицинскую помощь

поздно, после того как уже нанесен вред их здоровью. Скрининг на ТБ в Таджикистане *де-факто* более пассивен, чем проактивен, и в значительной степени исходит из того, что пациенты сами обращаются за помощью, вместо того чтобы скрининг систематически проводился в районах с более высокой распространенностью ТБ и основными группами населения. Существует множество препятствий, мешающих пациентам обращаться за помощью. Помимо низкого уровня знаний о туберкулезе и вытекающей из этого стигмы, о чем говорилось выше, существует ряд других факторов, препятствующих обращению за медицинской помощью, включая: стоимость различных услуг; самостоятельное лечение; гендерные проблемы; проблемы, специфичные для различных ключевых групп населения.

Фактические и предполагаемые финансовые барьеры

Отсутствие денег на оплату лечения является сдерживающим фактором при обращении за медицинской помощью. В интервью и фокус-группах во всех трех изученных регионах стоимость лечения часто упоминалась как препятствие для обращения за медицинской помощью. *“для нас это не бесплатно. К сожалению, даже просто для осмотра у меня нет денег,”*- сказал участник ЛУИН фокус-группы из Душанбе.

Расстояние до медицинских учреждений

Многие люди в Таджикистане живут в отдаленных населенных пунктах, из которых сложно добраться до учреждений, оказывающих медицинские услуги. Собеседник из Хорога подчеркнул, что в районе Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО) часто одно учреждение первичной медико-санитарной помощи обслуживает 2 джамоата (общины или муниципалитеты), в каждом из которых может быть 10 или более сел. Ключевые информаторы и участники фокус-групп из всех трех регионов отметили, что расстояние до медицинских учреждений было препятствием для скрининга. Участники фокус-группы в Душанбе рассказали, что есть населенные пункты, из которых в зимние месяцы вообще невозможно добраться до учреждения первичной медицинской помощи. В интервью и фокус-группах расходы на проезд до клиники, особенно в отдаленных сельских районах, часто упоминались как существенный барьер. *“Дорога же не бесплатная,”* - сказала участница фокус-группы из Восейского района. Хотя общепризнанно, что расходы на проезд являются барьером, они не компенсируются. Нет программ, предлагающих услуги мобильного тестирования для охвата удаленных районов.

Самостоятельное лечение

Многие люди откладывают обращение за медицинской помощью, пока их состояние здоровья не начинает ухудшаться. Некоторые пытаются сначала бороться с симптомами, выпивая чай с медом или обращаясь к безрецептурным лекарствам. Один из респондентов упомянул о приобретении антибиотиков без рецепта в местной аптеке по совету фармацевта. В более редких случаях люди прибегают к нетрадиционной медицине. *“У нас в Хороге многие верят нетрадиционной медицине, я очень поздно поняла, что это неправильно, было ухудшение здоровья, и мы обратились к врачу. Нас госпитализировали, мы начали лечение”,* - сказала участница фокус-группы с контактными лицами в Хороге. Некоторые полагаются на муллу (религиозных лидеров) и обращаются к нему за исцелением.

Стигма и страх дискриминации и изоляции

Участник фокус-группы с контактными лицами из Душанбе подчеркнул, что люди избегают первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), где надо регистрировать место проживания, чтобы сохранить свою конфиденциальность. Стигма ухудшает проблему с тестированием контактных лиц. Информатор из центрального правительства сказал: *«В моей практике были случаи, когда контактные лица отказывались встречаться с нами у себя дома из-за страха, что кто-то может заподозрить у них туберкулез. Они вынуждены его скрывать, особенно это отмечалось среди детей, дети отказывались встречаться даже в школах. Мы были вынуждены встречаться в других местах, чтобы они не попали под подозрение».*

Гендерные проблемы

Большинство опрошенных высокопоставленных должностных лиц признало, что гендерные вопросы оказывают существенное влияние на доступ к медицинской помощи. Так, высокопоставленный правительственный информатор отметил, что часто женщины приходят на лечение позже, чем мужчины, и причины здесь самые разные. Женщины, состоящие в браке, могут избегать скрининга, чтобы скрыть свой потенциальный статус от своих родственников по мужу, так как диагноз ТБ может привести к разводу и к тому, что женщин могут вынудить уйти из дома. Респондент из Восейского района подчеркнула, что она отложила приезд на скрининг, чтобы ее свекровь не узнала о нем. Задержка в обращении за помощью зачастую связана с чрезвычайной занятостью женщин домашними делами. *“Женщины не имеют определенного времени для отдыха и определенного времени для работы,”* – отметил участник фокус-группы с контактными лицами в Хороге. 30-летняя ТБ пациентка из Душанбе сказала: *«Пока я не свалилась с ног, меня не отвели к врачу».*

Расходы на проезд до медицинского учреждения и реальная или предполагаемая стоимость скрининга могут быть для женщин почти непреодолимыми препятствиями, потому что они часто финансово зависят от своих мужей или от родственников мужа. Несколько респондентов отметили, что женщинам часто требуется разрешение от своих мужей, чтобы обратиться за медицинской помощью. Один высокопоставленный правительственный информатор отметил, что женщинам, чьи мужья работают за границей, часто приходится ждать их возвращения домой, прежде чем обратиться к врачу. *“У нас такой менталитет, что у женщины в семье нет голоса, она болеет, но она не может пойти в медучреждение из-за занятости по дому, детей не с кем оставить, или надо получить разрешение у свекрови, у мужа попросить деньги. Учитывая все это, женщина не обратится в медучреждение, пока не упадет с ног,”* - сказала 54-летняя ТБ пациентка из Душанбе.

Несколько участников интервью и фокус-групп отметили, что ТБ диагноз может привести к тому, что девушка или женщина не сможет выйти замуж. А один из респондентов выразил убеждение, что ТБ диагноз с большей вероятностью приведет женщину к тому, что она не сможет выйти замуж, чем мужчину к невозможности жениться, и поэтому незамужние женщины более склонны избегать скрининга, чем неженатые мужчины. Сдерживающим фактором для обращения за медицинской помощью у мужчин являются страх потери работы или депортации, если они мигранты.

Ключевые группы населения

Ключевые группы населения сталкиваются с конкретными, иногда пересекающимися препятствиями при обращении за медицинской помощью. В интервью высокопоставленный правительственный информатор подчеркнул, что работа с ключевыми группами населения напрямую более эффективна, чем массовый скрининг, причем наиболее приоритетными группами являются контактные лица и люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ).

Лица, непосредственно контактирующие с людьми с ТБ, определено являются группой риска, и все они, в соответствии с законом, подлежат скринингу, но многие из них не проверяются.

Шесть из 20 (30%) опрошенных ТБ пациентов сказали, что члены их семей не проходили скрининг. Несколько респондентов отметили, что проверка контактных лиц проводится формально. Туберкулезный центр информирует ПМСП, когда они идентифицируют случай ТБ, чтобы ПМСП могли проверить тех лиц, которые контактировали с заболевшим. Между тем, как отметил один из респондентов, туберкулезная служба редко отслеживает, были ли контактные лица реально проверены. Другой респондент (из ПМСП) рассказал, что некоторые контактные лица и в самом деле не проверяются, потому что при выезде к ним их не оказывается дома. Такие факты свидетельствуют о пассивном (если не равнодушном) отношении сотрудников ПМСП к своим обязанностям.

В фокус-группах среди медиков из всех трех регионов участники отметили, что ПМСП были недофинансированы и не доукомплектованы персоналом, и зачастую у них не было времени, чтобы провести скрининг всех контактных лиц, которых они должны были проверить. Респонденты также говорили о том, что в ПМСП очень высокая текучесть кадров, и каждого нового работника приходится обучать и наставлять, как следует проверять на ТБ. Участники интервью и фокус-групп отмечали, что семейные врачи тоже нуждаются в лучшей подготовке. Кроме того, финансирование НПО для участия в скрининге сократилось. Потенциально важную роль НПО признали многие, включая высокопоставленных правительственных информаторов.

Люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН) и секс-работники в интервью и фокус-группах во всех регионах сообщили о том, что испытывают недоверие к медикам первичной медико-санитарной помощи и чувство стигматизации, мешающие им обращаться за медицинской помощью. Люди в фокус-группах из числа ЛЖВ и ЛУИН упомянули случаи, когда их «отфутболивали» при обращении за медицинской помощью в ПМСП, их направляли либо в наркологические центры, либо в центры СПИД, либо в противотуберкулезные центры, а затем снова в ПМСП.

Интервьюируемые из Хорога и НПО, обслуживающие ЛУИН, в некоторой степени проводят скрининг своих клиентов, а затем отправляют их к «дружественным» медикам, которые, как они знают, не демонстрируют стигматизирующего отношения. Директор Республиканского центра по борьбе с ТБ признает, насколько важна роль НПО в выявлении

случаев среди этих групп. Секс-работница из фокус-группы в Душанбе особо отметила, что она предпочла бы получать помощь от НПО, которой она доверяет. Важность роли НПО в скрининге упоминалась в нескольких интервью с поставщиками услуг и даже с высокопоставленными правительственными информаторами.

Трудовые мигранты систематически проходят скрининг на туберкулез в процессе получения разрешений на работу в Российской Федерации. Но как только они приезжают в Россию и по возвращении в Таджикистан из России, возникает множество барьеров, препятствующих в доступе к скринингу. Мигранты не знают своих прав в России. В фокус-группах среди препятствий для обращения за медицинской помощью они упоминали стоимость, отсутствие страховки, страх потери работы и депортацию. По возвращении из России их не проверяют и даже не информируют о важности скрининга и о том, где его делают бесплатно.

Многие из бывших заключенных отметили, что им поставили диагноз уже после освобождения. Участник фокус-группы из Хорога отметил, что их не проверяли в тюрьме, хотя они и просили об этом. Среди других проблем, с которыми сталкиваются бывшие заключенные, - бедность, отсутствие документов и регистрации по месту жительства, необходимых для доступа к медицинской помощи, и стигматизирующее отношение среди работников здравоохранения.

8.3. Препятствия для постановки правильного диагноза и лечения

Чтобы начать лечение, опрошенным ТБ пациентам потребовалось от 9 дней до 6 месяцев после появления первых симптомов. К препятствиям для своевременной диагностики и начала лечения после обращения к системе здравоохранения относятся:

- пропускная способность системы здравоохранения и лабораторий;
- ресурсы пациента (платная диагностика, физическое расстояние до медучреждений и ТБ врачей);
- умение справиться с диагнозом и его последствиями, включая неправильное представление о лечении.

Пропускная способность системы здравоохранения и лабораторий

Все ключевые информаторы отметили значительное улучшение лабораторных, структурных и кадровых ресурсов для диагностики и лечения ТБ, включая форму ТБ со множественной лекарственной устойчивостью. Возросшая роль служб первичной медико-санитарной помощи в лечении ТБ способствовала тому, что случаи ТБ стали выявляться раньше, и люди стали активнее перенаправляться для подтверждения диагноза в туберкулезные службы. Услуги первичной медико-санитарной помощи позволили начать раннее лечение (в течение 2-3 недель с момента появления симптомов) двум из 20 опрошенных ТБ пациентов.

Нескольким опрошенным ТБ пациентам был поставлен неверный диагноз: их первоначальный диагноз варьировался от гриппа и пневмонии до аллергии и рака. «Сначала

мне поставили неправильный диагноз, я принимала лекарства, но мне становилось все хуже. Потом мне поменяли лечащего врача, и он определил, что у меня неправильный диагноз. Только после этого я стала немного лучше себя чувствовать», - сказала 37-летняя ТБ пациентка из Восейского района. Некоторые пациенты были направлены семейным врачом к узкоспециализированным врачам. Пациенты начинали лечение по неправильному диагнозу, и только после того, как их здоровье ухудшалось, проводились дополнительные анализы и выявлялся туберкулез, в одном случае - через 6 месяцев после первичных симптомов. «Я бы хотела, чтобы ПМСП работала лучше. Они меня направляли то к одному врачу, то к другому, то решили, что у меня аллергия и что-то другое. Меня лечили неправильно, диагноз нормально никто поставить не мог долгое время, я очень мучилась» - сказала 58-летняя женщина, ТБ пациентка, из Душанбе.

В Восейском районе было зарегистрировано два случая с неверной диагностикой, оба из которых были случаями ШЛУ-ТБ, который изначально не был диагностирован, что означает, что уровень устойчивости ТБ не был подтвержден на ранней стадии. Ключевые информаторы подтвердили сохраняющуюся проблему с ошибочными диагнозами, подчеркнув, что недостаток знаний и возможностей врачей на первичном уровне, а также нехватка врачей-фтизиатров в некоторых районах страны лежат в основе проблемы. Медработники ПМСП и ТБ центров отметили также отсутствие достаточной координации между службами первичной медико-санитарной помощи и службами по борьбе с ТБ. Ожидается, что зарплата врачей-фтизиатров, увеличенная в два раза в середине 2019 г., поможет привлечь новых специалистов и сократить отток врачей из сферы борьбы с ТБ.

Люди сталкиваются с проблемами даже при получении своевременного доступа к диагностическим анализам. Несколько ТБ пациентов отметили, что столкнулись с задержками в получении результатов лабораторных исследований. *«Я бы предложил улучшить диагностику, <...> пока поймут, что у тебя ТБ, пройдет достаточно времени, чтобы начать лечение, но в случае ТБ каждый день важен», -* _ сказал 54-летний мужчина, больной ТБ из Душанбе.

Некоторые ТБ пациенты из Душанбе говорили об очередях на флюорографию и получение заключения. В Восейском районе ключевые информаторы и ТБ пациенты сообщили, что рентгеновский аппарат был сломан в течение 6 месяцев. В этом районе все опрошенные пациенты узнали о своем диагнозе через 2 или более месяцев после появления симптомов, что намного дольше, чем потребовалось пациентам в двух других исследованных районах. Там, где есть проблемы с диагностическими тестами, пациентам предлагается обратиться в другие учреждения. *«Я бы улучшил работу лаборатории, так как из-за них я поздно начал свое лечение»* (слова 57-летнего мужчины, ТБ пациента из Душанбе).

Некоторые ПМСП в Душанбе сталкиваются с проблемами из-за недостаточного финансирования, из-за этого они вынуждены взимать плату за флюорографию, и поэтому часто направляют контактных лиц в ТБ центры, где можно пройти бесплатное тестирование. Проблемы со сбором мокроты, системой транспортировки и коммуникации с лабораториями приводят к промедлению и неэффективному использованию существующих лабораторных мощностей.

Сообщений об отсутствии доступа к лечению ТБ не было. Лечение ТБ бесплатно. Несколько ключевых информаторов рассказали, что доступ к бесплатной инновационной диагностике и лечению существует, потому что есть поддержка со стороны Глобального фонда и других международных доноров, но если правительство не начнет финансировать и институционализировать эти усилия, то они могут оказаться временными..

Ресурсы пациента и расстояние

Для многих пациентов диагностические тесты не являются полностью бесплатными. Когда люди обращаются в частные лаборатории, некоторые ПМСП или больницы общего профиля с ограниченными ресурсами, нередко их просят оплатить анализы крови и флюорографию, особенно если они хотят получить результаты быстрее. Эти финансовые барьеры особенно тяжелы, когда тестирование необходимо для нескольких членов больших семей. Каждый рентген стоит 50 сомони, что для семьи из 10 человек обойдется в 500 сомони – практически весь месячный доход.

Люди, живущие в отдаленных сельских и горных районах, испытывают дополнительные трудности, им достаточно сложно добраться до диагностических учреждений и врачей-фтизиатров. Некоторыми дорогами в горах практически невозможно пользоваться зимой. Общественная транспортная сеть в республике пока еще только формируется, и плохие автомобильные перевозки – это бремя с точки зрения финансов и времени для семей. Раньше существовали мобильные службы для решения этой проблемы, но они были упразднены. Руководитель здравоохранения из Восейского района упомянул: *«Раньше были очень удобные мобильные передвижные машины- рентген- аппараты. Это очень удобный инструмент для выявления больных ТБ. Ведь многие из-за того, что живут далеко от центра, затягивают с диагностикой и запускают болезнь, - это и дорога, и финансовые затраты. И плюс эти больные - они становятся слабее».*

Кроме того, в городах медицинские учреждения часто находятся очень далеко друг от друга, поэтому для решения многочисленных проблем со здоровьем требуются значительное время и деньги на проезд. Стоимость проезда не возмещается, даже если пациентам нужно ехать в другой город (например, из-за поломки диагностического аппарата, как это было в Восейском районе) или добираться из сельской местности. Есть также барьеры для людей с ограниченными физическими возможностями. *«Для меня на костылях поехать в ТБ-центр или же в наркологический центр - это очень далеко », - сетовал человек, живущий с ВИЧ, во время проведения фокус-группы в Хороге.*

Умение справиться с диагнозом и его последствиями, включая неправильное представление о лечении

Интервью с ТБ пациентами показали, насколько пугающим является диагноз для ряда людей, а также стали свидетельством того, как врачи, работающие с ТБ, эффективно помогали людям преодолевать страхи перед лечением. Несколько человек сообщили, что они испытывали экстремальный эмоциональный стресс, связанный с принятием диагноза, и у них возникали суицидальные мысли. *«Конечно, очень сильно расстроилась, готова была пойти на суицид», - поделилась своими чувствами 43-летняя ТБ пациентка из Восейского района.*

О поддерживающем, не стигматизирующем и недискриминационном отношении медицинского персонала по туберкулезу неоднократно говорили благодарные пациенты и представители ключевых групп населения. Несмотря на проблемы и ожидаемую стигму, подавляющее большинство людей рассказали о своем ТБ диагнозе своим семьям и друзьям. Многие люди приходят на лечение со своими членами семьи или друзьями, которые помогли им справиться с ситуацией.

Некоторые пациенты не были готовы немедленно приступить к лечению из-за недоверия к медицинским учреждениям. *“Поначалу не хотел принимать лечение. Потому что где-то слышал, что противотуберкулезные препараты отрицательно влияют на организм, а еще были слухи, что противотуберкулезные препараты тестируют на нас, как на подопытных кроликах,”* - сказал 57-летний ТБ пациент из Душанбе.

Многие участники фокус-групп во всех трех исследуемых регионах упомянули, что врачи-фтизиатры оказали поддержку, помогли им смириться с диагнозом и принять решение начать лечение.

“Когда я прошла обследование, и пришли результаты моих анализов, мне поставили диагноз туберкулез. Я очень расстроилась, у меня были истерика и слезы. Но врач-фтизиатр, спасибо ей, она меня вытащила из этой ситуации, дала обзор по туберкулезу и объяснила, что он лечится, если я правильно буду употреблять противотуберкулезные препараты,- рассказывала 58-летняя женщина из Душанбе.

Другая 30-летняя пациентка ТБ из Душанбе, которая работала медсестрой, поделилась своими воспоминаниями:

“Помню, как разрыдалась, думала, что все, я умру, и мои дети останутся сиротами. Спасибо врачам, успокоили и объяснили, что ТБ излечим, и я вылечусь.”

ТБ пациенты рассказали о нескольких случаях отказа от начала лечения. Только один ТБ пациент испытывал недоверие к медикаментам, полагая, что лечение является экспериментальным, и не желал быть «подопытным кроликом», пока его не проконсультировал врач. Другие слышали, что лечение тяжелое, особенно лечение «сложного ТБ», то есть МЛУ и ШЛУ-ТБ. Некоторые врачи считают, что решением проблемы может стать введение мер по обязательному лечению, от которого просто невозможно отказаться. В то же время многие врачи и пациенты поделились своими историями о том, как врачи помогли преодолеть сомнения и начать лечение. Например, одна молодая женщина, которая чувствовала слабость после родов и первоначально отказалась принимать соответствующие меры, передумала; постоянное наблюдение со стороны врачей повлияло на ее решение.

В жизнь большинства людей получение диагноза внесло изменения - как положительные, так и отрицательные. Некоторые сообщили о повышении внимания со стороны членов их семей, но многие сообщили и о проблемах. Работающие люди часто теряли работу или оставляли ее по состоянию здоровья. Основным препятствием для начала длительного лечения несколько респондентов назвали финансовые затруднения, с которыми сталкиваются ТБ пациенты и их семьи, особенно люди с более низким доходом. Некоторые сообщили, что диагноз увеличил изоляцию от друзей и соседей. *«Отношение*

друзей изменилось, как только узнали о моей болезни. Родственники тоже отделились, не заходили к нам в дом, думая о том, что могут заразиться», - рассказал 39-летний ТБ пациент из Хорога. Были сообщения о негативном отношении и в учреждениях общей первичной помощи и больницах из-за ТБ диагноза. Другие упоминали о проблемах в браке и с родственниками, например, их не приглашали на семейные свадьбы. Диагноз ТБ может привести даже к разводу. “Родственники мужа заставили, чтоб мы развелись. Они не приняли мою болезнь”, - поделилась 33-летняя ТБ пациентка из Душанбе. Хотя это не стандартная практика, один врач упомянул, что помог пациентке, поговорив с супругом. Та же пациентка, проинтервьюированная в Душанбе, отметила, что она хотела бы, чтобы ее семья получила психологическую поддержку, «Я бы, наверное, обратилась к врачу, затем попросила бы психологическую помощь моей семье для сохранения семьи,» - сказала она.

Гендерные проблемы

Как и на предыдущих этапах каскада лечения при ТБ, гендерные роли оказывают большое влияние на задержку диагностики и лечения ТБ. Семьи усиленно отговаривают женщин идти к врачу-мужчине ставить диагноз и проходить лечение, в то время как за пределами крупных административных центров у них может не быть выбора и может быть доступен только один врач-фтизиатр. В туберкулезном центре Душанбе было принято решение, чтобы в нем более половины врачей были женщинами. Почти все женщины сообщили, что их сопровождали члены семьи (мать, тетя, муж, свекровь или маленькие дети, которых они не могли оставить дома, или подруга). Это означает, что они должны были подстроиться под расписание членов своей семьи, чтобы пойти на прием в их сопровождении. Часто они получали диагноз именно при их присутствии или же ждали на улице. Также ожидается, что члены семьи будут оказывать медицинскую помощь и вести домашнее хозяйство, если в их семье еще кто-то болеет ТБ, и в некоторых случаях, даже если они сами болеют ТБ. “*Меня отпустили к маме лечиться. Но через 10 дней была вынуждена вернуться, так как дома свекровь была больна, и некому было смотреть за хозяйством*”, - сказала 30-летняя ТБ пациентка из Душанбе.

Существует гендерный аспект возможных последствий наличия ТБ. Мужчины больше не могут выполнять то, что считается их основной функцией в семье, - защищать и приносить доход своим многодетным семьям, где зачастую они являются единственными работающими членами семьи. “*Меня уволили с работы. Я глава семьи. Я кормилец семьи. Как я дальше буду их содержать. Мой старший сын бросил школу и пошел работать чернорабочим. У меня вся жизнь изменилась. Мне надо выдавать замуж дочку. Хорошо, что у меня есть сыновья, и они мне помогают,*” - сказал 57-летний ТБ пациент из Душанбе.

Другой мужчина поведал о том, что ему отказали во входе в мечеть после того, как он рассказал о своем ТБ диагнозе. Много историй было рассказано о женщинах, но не о мужчинах, чьи свадебные планы разрушились или чьи мужья развелись с ними из-за ТБ. Один врач-фтизиатр рассказал, как он пытался связаться с мужем своей пациентки, чтобы поговорить с ним и разъяснить про туберкулез, но безуспешно. Еще одну историю рассказали о женщине, которую обвиняли за появление ТБ в семье, хотя она заразилась им дома во время ухода за мужчиной – членом семьи, больным ТБ. После постановки диагноза одну женщину отправили в родную семью на время лечения, что повлияло на ее физический

доступ к медицинским учреждениям и туберкулезным центрам, в которые она обращалась вначале.

Ключевые группы населения

Контактные лица сталкиваются с проблемами осознания и принятия необходимых мер предосторожности, когда член их семьи получает положительный диагноз на ТБ и начинает лечение. Как уже отмечалось ранее, стигма затрагивает не только людей с ТБ, но и их семьи. Некоторые лица не доверяют службе ПМСП и противотуберкулезным службам в сохранении конфиденциальности своего диагноза и поэтому едут в другой район или административный центр для прохождения тестирования, увеличивая свои расходы на проезд, что особенно ощутимо для больших и бедных семей. Более того, их поездки на общественном транспорте могут увеличить общественный риск заболевания ТБ.

Люди с диабетом уже столкнулись с финансовым бременем прохождения многочисленных тестов. В некоторых районах они не могут пройти регулярную проверку или своевременно начать лечение из-за слабой координации эндокринологических и туберкулезных служб. Но следует отметить, что в целом на этой стадии каскада лечения ТБ перед заболевшими, по их же словам, встают незначительные специфические проблемы.

Те, кто состоит на военной службе, вообще не упоминали о каких-либо препятствиях для диагностики и лечения ТБ. Со слов участников этих фокус-групп их просто отправляют в «вынужденный отпуск» на лечение.

Бывших заключенных, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и людей, живущих с ВИЧ, чаще всего направляют из учреждений первичной медико-санитарной помощи, которые, как они рассказали, не хотят иметь с ними дело, в специализированные учреждения. Например, ЛЖВ направляют в центры СПИДа для решения их проблем со здоровьем, ЛУИН - в наркологию, а в некоторых случаях - в центры по туберкулезу и СПИДу. Как и секс-работники, эти группы сообщили об отсутствии семейной поддержки, вдохновляющей на заботу о своем здоровье, и недостатке финансовых средств, даже на проезд. Многие не имеют постоянных адресов. Семьи отказываются от них, и в итоге медицинские работники, направляясь по домашнему адресу, чаще всего обнаруживают, что их пациент там не проживает. *«Их называют «потеряшками», по месту жительства не могут их найти»,* - сказал медицинский работник, участвующий в фокус-группе в Восейском районе. У одного из пациентов ТБ был диагностирован сразу после освобождения из тюрьмы, что говорит о наличии проблемы со своевременной диагностикой в закрытых учреждениях.

Как упоминалось выше, низкая правовая грамотность, отсутствие легализации трудового статуса у многих таджикских мигрантов в России негативно сказывается на их каскаде лечения при ТБ. Люди, имеющие правовой статус («патент») и полисы медицинского страхования, имеют право на бесплатную диагностику и лечение в России. Но некоторые люди не знают о своих правах. *«Если у него с документами все в порядке, и он знает, куда обратиться, то проблем (с доступом к лечению в России) не должно быть. Наверное, он просто не знает, что можно получить бесплатное лечение»,* - сказал

таджикский мигрант во время проведения фокус-группы в Восейском районе. По крайней мере, двум респондентам диагноз был поставлен в России, они начали там лечение от ТБ и успешно продолжили его дома.

Большинство людей не знало о своем праве на лечение. Среди мигрантов были разные мнения о том, является ли доступ к лечению приоритетом в России. Некоторые считали, что в России хорошая инфраструктура здравоохранения, и настаивали на заключении межгосударственных соглашений о предоставлении бесплатного лечения во время миграции. Другие высказывали сомнение в том, имеет ли смысл проходить лечение от ТБ в России, если они приехали туда на работу, т.к. во время лечения они не будут работать, и у них не будет средств для существования. *«Многие наши парни из-за ТБ возвращаются, потому что они становятся очень слабыми, а какая в этом случае работа»*, - отметил один вернувшийся мигрант из Восейского района.

Те, у кого нет легального трудового статуса и полиса медицинского страхования, должны будут оплатить расходы на диагностику и лечение. Среди опрошенных ТБ пациентов двум в России был поставлен неправильный диагноз. По возвращении же в Таджикистан ошибочный диагноз благодаря местным врачам был исправлен. Еще один ТБ пациент прервал свою работу в России из-за ухудшения здоровья и потратил очень много денег, чтобы вернуться домой. Он сказал, что жалеет, что не сдал анализы на туберкулез в России и не вернулся раньше в Таджикистан, чтобы начать лечение. Этот факт свидетельствует о том, что ранняя диагностика и начало лечения – даже если мигранты решили вернуться домой из России – являются приоритетом для многих. Между тем, как выяснилось при проведении фокус-групп лишь немногие из вернувшихся сдали анализы на ТБ. После подтверждения диагноза особых проблем с доступом к лечению в Таджикистане не было.

8.4. Приверженность лечению

Лечение ТБ доступно в Таджикистане, и ТБ пациенты являются одними из немногих пациентов, кто имеет право на бесплатное лечение. Этот факт высоко оценивается и ключевыми, и контактными группами. *«Хорошо, что на данный момент лечение ТБ бесплатное. Хотя мы знаем, как это дорого»*, - сказал участник фокус-группы, военнослужащий из Душанбе.

Таджикистан закупает лечение первой линии за счет собственных средств, но многое здесь зависит и от международной поддержки финансирования закупки более современных лекарств. Об отсутствии перебоев в цепочке поставок противотуберкулезных препаратов, об отказе в доступе к лечению для ключевых групп населения в ходе фокус-групп никто не говорил. В проекте Национальной программы по борьбе с ТБ для защиты населения Республики Таджикистан на 2021-2025 гг. (далее – проект Национальной программы по туберкулезу) констатируется, что помощь, ориентированная на пациента, является важным этапом эволюции борьбы с ТБ и что услуги должны быть разработаны таким образом, чтобы дать пациентам автономию и оказать им поддержку в решении личных и материальных затруднений, а также в уменьшении стигмы. В этом документе также признается, что для поддержки пациентов следует применять целостный подход, включающий «психосоциальную и диетологическую поддержку, консультирование по

вопросам приверженности, поддержку приверженности с использованием различных инструментов цифровых технологий, санитарное просвещение, поддержку развития детей, временно не посещающих школу в связи с ТБ, и комплексную помощь от соответствующих служб». Все эти задачи в Таджикистане еще предстоит реализовать, причем повсеместно.

Во время лечения ТБ пациенты сталкиваются с самыми разнообразными проблемами, которые можно сгруппировать по таким четырем областям, как: :

- (1) качество лечения ТБ;
- (2) физическое и психологическое бремя длительного лечения;
- (3) стигма;
- (4) материальные затруднения и недостаточная социальная поддержка.

Последняя область проблем, с которыми сталкиваются пациенты, в ходе интервью и фокус-групп была отмечена практически всеми заинтересованными группами. Кроме того, были определены барьеры, связанные с гендером и ключевыми группами населения.

Качество лечения ТБ

Таджикистан внедряет амбулаторную модель помощи. Согласно проекту Национальной программы борьбы с ТБ на 2021-2025 гг. (который должен быть утвержден правительством), около 40% пациентов начинают лечение в амбулаторных условиях, остальные начинают лечение в противотуберкулезных больницах. Последующее лечение, включая поддержку приверженности ему, должно предоставляться в условиях первичной медико-санитарной помощи. Несколько ключевых правительственных информаторов выразили сожаление по поводу того, что если ранее НПО оказывали гораздо больше помощи в этой сфере, включая группы поддержки, но сегодня она значительно сократилась из-за отсутствия финансирования.

Некоторые государственные и областные специалисты здравоохранения в ходе интервью и фокус-групп подняли вопрос о качестве поддержки лечения ТБ в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Ключевой государственный информатор особо подчеркнул, что, хотя ПМСП поручено оказывать поддержку в лечении ТБ, она все еще не полностью готова к выполнению всех функций по борьбе с ТБ в рамках своего комплексного функционирования.

В другом интервью правительственный информатор отметил, что есть случаи, когда медсестры из первичной медико-санитарной помощи должны проводить терапию под непосредственным наблюдением (Directly observed therapy - "DOT") Вместо этого они просто выдают пациентам лекарства для самостоятельного приема, что делает невозможным проверку листов регистрации врачами и внесение изменений в случае предполагаемых проблем с приверженностью. Некоторые ключевые респонденты сообщили о случаях, когда медсестры из первичной медико-санитарной помощи, проводящие терапию под непосредственным наблюдением, боятся напрямую контактировать с больными ТБ, в частности из-за низкого уровня знаний и отсутствия таких

защитных средств, как маски и респиратор. Один из государственных информаторов порекомендовал фтизиатрам (специалистам по туберкулезу) более тесно сотрудничать с медсестрами из ПМСП для устранения возможных пробелов в знаниях и разрешения сомнений ее персонала. *«К сожалению, нет надлежащего контроля [лечения] со стороны медработников ПМСП»*, - сказал участник фокус-группы из фтизиатрической службы в Душанбе.

Ключевой правительственный информатор подчеркнул проблему недостаточного кадрового обеспечения в некоторых регионах, приводящую к неравному качеству лечения ТБ в стране, заявив: *“Возможно, в стране в некоторых отдаленных районах существует нехватка лабораторных работников и фтизиатров. Мы работаем над этим вопросом и стараемся привлекать молодые кадры.”*

Два ключевых информатора из фтизиатрической службы выразили мнение о том, что при переходе пациента из одного учреждения в другое лечение может прерваться. В первую очередь возникают проблемы при передаче ведения лечения от одной организации другой, например от тюремной службы здравоохранения гражданской. Вопросы сложного или упрощенного перехода из одного ТБ учреждения в другое во время интервью и фокус-групп с их участниками специально не обсуждались. Большинство пациентов говорило о положительном опыте общения со специалистами здравоохранения из фтизиатрических учреждений, особенно с врачами-фтизиатрами. Но некоторые сообщили о том, что они либо сталкивались сами, либо наблюдали ненадлежащее обращение или стигму в этих учреждениях. Ключевой государственный информатор отметил, что были случаи, когда из-за стигмы и страха служба здравоохранения не предоставила услуги, которые она должна была предоставить, и привел в пример случай, когда медсестра не принесла пациенту лекарства из-за страха заразиться. Ключевой информатор из Восейского района и несколько пациентов отметили, что в государственных медицинских учреждениях существуют проблемы со стигмой и дискриминацией ТБ пациентов. Например, ТБ пациент из Восейского района рассказал, что в региональной противотуберкулезной больнице к нему *«было плохое отношение»*.

Кроме того, в Восейском районе несколько пациентов и ключевых информаторов сообщили о серьезных проблемах в инфраструктуре местной противотуберкулезной больницы и в учреждениях первичной медико-санитарной помощи при проведении мониторинга лечения ТБ. Рентгеновский аппарат, необходимый для мониторинга и завершения лечения, а также для последующего наблюдения, не работал в течение 6 месяцев до проводимого исследования. *“Да, лечение доступно, лекарства бесплатные, но у нас сейчас в районном ПМСП не работает рентгеновский аппарат, и больным приходится ехать в другие районы ...Больному приходится пользоваться транспортом, даже такси. Это дальняя дорога, некоторые больные не сразу понимают, что это ТБ и запускают болезнь. У некоторых нет денег на дорогу. То есть медицинские услуги вроде есть и вроде их нет”*, - поделился своим мнением мигрант из Восейского района. Рассказывали, что условия в больнице в Восейском районе настолько плохи, что некоторые люди обращаются за лечением в другие районы. *“Необходимо улучшить условия районной туберкулезной больницы, моя свекровь не смогла там оставаться, очень плохие условия, мы её отвезли в г. Душанбе, она там лечилась. Но не у всех есть финансовые возможности*

ездить в Душанбе и там лечиться“, – резюмировал представитель контактных лиц в ходе проведения фокус-группы в Восейском районе.

Ключевой информатор из Восейского района отметил, что из-за отсутствия возможности получить качественную помощь многие пациенты, нуждающиеся в стационарном лечении, предпочитают ехать на лечение в Куляб или Мачитон. Некоторые пациенты, проходящие лечение в окружной больнице Восейского района, прекращают лечение, как только чувствуют себя лучше. Другой ключевой информатор из Восейского района подтвердил проблему, подчеркнув, что в корне проблемы лежит недостаточная финансовая поддержка: *“финансирования, которое выделяется для больницы, конечно, абсолютно недостаточно, очень маленькое финансирование. Из-за плохих условий больницы не все больные соглашаются оставаться там”*.

Физическое и психологическое бремя длительного лечения

Туберкулезное лечение, особенно лечение лекарственно-устойчивого ТБ (ЛУ-ТБ), как известно, является длительным физическим и психологическим бременем для пациентов, испытывающих побочные эффекты, недостаток полноценного питания, усталость от лечения; а также получающих неудовлетворительную психологическую поддержку.

Побочные эффекты и усталость от лечения

Лечение ТБ требует долгосрочной приверженности от пациентов, особенно от пациентов с резистентными формами ТБ, лечение которых может длиться до 24 месяцев. Лечение часто сопровождается неприятными побочными эффектами, особенно на начальных этапах, в частности при приеме сильнодействующих препаратов при лечении МЛУ и ШЛУ-ТБ.

Недавно введенные новые краткие схемы лечения МЛУ-ТБ, могут быть завершены всего за 8 месяцев, что очень удобно для многих, но это лечение еще недоступно всем, кому оно подходит, т. к. является достаточно дорогостоящим. Оно подразумевает прием большего количества таблеток и вызывает множество побочных эффектов.

Большинству опрошенных пациентов было трудно переносить лечение. Они испытывали много проблем со здоровьем, а побочные эффекты выражались в следующем: тошнота; головная боль; кожная сыпь и потемнение (постоянное); общая слабость; головокружение; нервозность и другие психологические проблемы; неспособность сосредоточиться; онемение частей тела; некоторые упомянули кардиологические проблемы и потерю слуха. Пожилые люди, получавшие лечение от ТБ, рассказывали и о других проблемах. Наиболее сложным периодом лечения для пациентов было его начало (в частности, подробно описанное двумя пациентами с лекарственно-чувствительным ТБ из Хорога, а также четырьмя ТБ пациентами из Душанбе).

Некоторые из упомянутых побочных эффектов поддаются лечению, но в большинстве случаев оно платное (пациенты часто не могут себе этого позволить), хотя в некоторых регионах, где существуют международные программы, лекарства для лечения побочных эффектов доступны, здесь же решаются и другие проблемы со здоровьем. Один

из информаторов подсчитал, что в среднем лекарства для лечения побочных эффектов могут стоить около 200 сомони (около 30 долл. США) в квартал. «Побочные эффекты и отсутствие лекарств для лечения побочных эффектов приводят к прерыванию лечения», - сказал один из ключевых государственных информаторов. По крайней мере, один человек из фокус-группы сообщил, что он сам/а или его/ее член семьи прервал лечение, потому что оно было настолько тяжелым, что он больше не мог его выносить.

Питание

Для адекватного усвоения противотуберкулезных препаратов и предотвращения потери веса пациентами и/или для набора веса необходима высококалорийная диета с высоким содержанием белка. Считается, что многие пациенты в Таджикистане, за некоторым исключением, не получают достаточного питания - многие, особенно из семей с более низким доходом, не могут себе этого позволить, и если пациент покидал стационар, то какая-либо помощь тут же прекращалась.

Программа Врачи без Границ (MSF), ориентированная на детей и ТБ, обеспечивает дополнительное питание некоторым пациентам в Душанбе и в прилегающих к нему районах. Один из опрошенных врачей подсчитал, что правильное питание обходилось бы в 50 сомони в день (около 5 долл. США). Большинство пациентов, проинтервьюированных в Хороге и Восейском районе, сообщали о существующих проблемах с питанием еще до постановки диагноза ТБ. *“Я из бедной семьи, у меня нормального питания нет, противотуберкулезные препараты необходимо пить на сытый желудок, а как мне их пить, я не знаю”*, – сказал ТБ пациент, мужчина 37 лет из Душанбе. Кроме того, людям необходимы консультации по питанию, особенно тем, у кого МЛУ-ТБ и диабет. Никто из респондентов не упомянул о получении подобной консультации (правда, конкретные вопросы по этой проблеме не задавались).

Психологические потребности и поддержка

Процесс лечения от ТБ сопровождается у пациентов существенным психологическим стрессом. Свою негативную роль здесь играют побочные эффекты. Люди устают от суточного приема большого количества таблеток, от длительного лечения, от одиночества (особенно те, кто изолирован от контактов), от страха, стигмы, переживают за то, что не могут работать (более подробно обсуждается ниже). Многие люди с ТБ говорили о том, что они получали действенную психологическую поддержку, в том числе от психолога во время постановки диагноза. Им было дано четкое разъяснение важности соблюдения режима лечения и приверженности лечению до его окончания. *“Мне все объяснили, что ТБ излечим, если я непрерывно буду принимать противотуберкулезные препараты”*, - отметил ТБ пациент из Душанбе. Несколько человек упомянули, что врачи и медсестры помогли им успокоиться и вселили в них надежду на выздоровление. При этом они ежедневно были на связи со своими врачами. Один человек, закончивший лечение, сказал: *“На человеческом уровне это очень хорошие – дружеские, родственные отношения [между пациентом и медсестрой]. Даже после завершения лечения я общаюсь с медсестрой, которая меня лечила. Это очень важные люди в нашей жизни”*. Другой человек с ТБ о том, как он борется с болезнью, высказался так: *“Я очень счастлив, хотя*

мои родные отвернулись от меня, я не падаю духом, у меня есть мои друзья. Лечащих врачей я считаю своей семьей.”

И все же психологическая поддержка все еще нуждается в усовершенствовании - и на этапе первоначальной диагностики, и на протяжении всего лечения. Один из ключевых государственных информаторов подчеркнул, что центры первичной помощи не оборудованы соответствующим образом для оказания психологической поддержки, и если в противотуберкулезных центрах и имеются психологи, то они перегружены. ТБ пациентка рассказала о важности психологического консультирования во время лечения на примере своего собственного положительного опыта получения психологической консультации от психолога из программы Врачи без Границ (MSF) в Душанбе. Психолог помог ей преодолеть ежедневную тошноту, которую пациентка испытывала, просто глядя на лекарства, даже перед тем, как принять их. Информатор особо отметил, что система здравоохранения не имеет ресурсов для подготовки, а также финансовых и человеческих ресурсов для оказания оперативной психологической поддержки в течение всего периода лечения ТБ, хотя люди очень нуждаются в этом. По его мнению, существенную роль в обеспечении постоянной психологической поддержки могут играть и члены семьи, если их обучить и поддержать в этом направлении. Кроме того, раньше НПО предоставляли психологическую поддержку, включая группы взаимопомощи и индивидуальное консультирование, и пациенты высоко ценили эти услуги, но в настоящее время эти услуги предоставляются реже из-за сокращения финансирования НПО.

Стигма

Влияние стигмы при лечении ТБ может быть меньше, чем на ранних этапах, тем не менее это важный фактор, воздействующий на пациентов. Как подчеркнул один из ключевых информаторов из Восейского района, *“стигма и дискриминация – это те проблемы, которые стоят на пути лечения ТБ, и эти проблемы всегда присутствуют в отношении лиц, заболевших ТБ. В сельской местности, несмотря на то, что мы проводим информационные мероприятия, рассказываем, что ТБ при своевременном лечении излечим, заболевшие лица все же сталкиваются с ней.”* Многие не знают, что у большинства заболевших после приема антибиотиков в течение двух недель ТБ перестает быть заразным. Некоторые респонденты из Хорога говорили о том, что местные общины выступают за изоляцию больных ТБ. Это отметила, например, одна из участников фокус-группы (контактное лицо). Более того, некоторые ТБ пациенты сами продолжают думать, что их нужно изолировать. В Восейском районе ключевые информаторы рассказали две истории о больных ТБ, которые изолировали себя от других членов семьи, запретив им посещать их в больнице, причем одному из этих пациентов пришлось провести в больнице 6 месяцев.

Стигма и самостигматизация влияют на частоту обращений людей в соответствующие учреждения по поводу методов лечения. По словам ТБ экспертов, а также по результатам обсуждений в двух фокус-группах, установлено, что люди с ТБ боятся, что конфиденциальность информации об их длительном лечении не будет соблюдена. Между тем ежедневные контакты заболевшего с ТБ системой необходимы. В результате они могут обратиться за лечением в другие места, особенно, если живут в небольшом, более или менее закрытом сообществе, где новости распространяются быстро.

Участники фокус-групп среди контактных лиц рассказали о нескольких семьях, которые высказались за госпитализацию члена своей семьи с ТБ, однако они опасались, что госпитализация может раскрыть его туберкулезный статус. Один из пациентов попросил медицинских работников не приходить к нему домой из-за страха, что его соседи увидят туберкулезную службу. В трех других случаях ТБ пациенты предпочли получать лечение дома, чтобы другие не узнали, что они проходят лечение. Люди иногда вообще боятся приходить в специализированные противотуберкулезные учреждения.

Участники фокус-групп из противотуберкулезных служб сообщили, что некоторые люди меняли место жительства на время лечения, чтобы никто не узнал, что они его проходят. Ключевой информатор в Восейском районе рассказал, что человек, нуждавшийся в госпитализации, отказался от стационарного лечения, потому что не хотел, чтобы кто-то узнал, что он лечится. Есть признаки того, что стигма сильнее в отдаленных районах. Бывают случаи, когда в других медицинских учреждениях к ТБ пациентам относятся иначе, чем к другим пациентам. Например, государственный информатор из правительства рассказал о случае, когда врач, испытывающий страх, попросил ТБ пациента оплатить использование одноразового оборудования для лапароскопии в больнице общего профиля.

Потенциальная помощь и даже финансовая помощь от членов семьи или соседей может быть полезной, но страх обнародования может сделать ее невозможной. *“Некоторые, конечно, после того как узнавали, что ТБ, помогали как могли, но были и такие, которые пытались сторониться,”* - сказал один из участников фокус-группы для контактных лиц в Восейском районе.

Исследование показало, что некоторые медицинские работники подчеркивали необходимость применения принудительного лечения от ТБ, причем один участник фокус-группы из Хорога предложил ввести принудительное лечение в стационаре. Государственные информаторы отметили, что действующие правовые меры по обеспечению принудительного лечения или штрафы за отказ от лечения используются врачами как угроза, и что существует необходимость в правовой реформе для введения декриминализации и снятия штрафов. Исследование не выявило каких-либо общих жалоб от ТБ пациентов, но опрошены были в основном люди, проходящие лечение, а не избегающие его.

Материальные затруднения и недостаточная социальная поддержка

Нельзя недооценивать материальные затруднения, с которыми сталкиваются люди, проходящие лечение от ТБ. Им не разрешается вернуться на работу или учебу, пока не будет установлено, что они полностью свободны от инфекции и способны работать и что их возвращение на работу и учебу не скажется отрицательно на завершении лечения. Даже после того, как установлено, что люди свободны от инфекции, они чувствуют себя слишком плохо, чтобы работать, из-за болезни и/или из-за побочных лекарственных эффектов. Эти затруднения особенно характерны для пациентов с ЛУ-ТБ, которые проходят 24-месячное лечение. Поэтому более короткие курсы лечения для пациентов с ЛУ-ТБ весьма существенно влияют на облегчение материальных затруднений, и, не считая усталости от лечения, люди более мотивированы, несмотря на более сильные побочные эффекты.

ТБ и лечение, вызывающие материальные затруднения

Материальные затруднения могут отражаться на всей семье, если тот, кто был основным кормильцем, должен пройти курс лечения, или если более одного человека в семье нуждаются в лечении, или если у семьи низкий доход. *“Не все больные в сельской местности имеют финансовые возможности. Иногда получается так, что в одной семье по несколько человек заражается ТБ. Им, может быть, говорят, что лечение бесплатное, но многие из них долгое время не могут работать, и если их несколько, то экономическое благосостояние их семьи падает. Это тоже влияет на лечение, на то, чтобы это лечение довести до конца. Вы спрашиваете, кто с большей вероятностью завершит лечение? Я скажу: тот, у кого есть финансовые возможности. Болезнь – это всегда большие денежные затраты»*, - сказал мигрант во время фокус-группы в Восейском районе. Если основной кормилец начинает лечение, то дети иногда должны бросить школу, чтобы вносить свой вклад в семью. Другие респонденты сообщили о том, что бросили работу за границей, чтобы вернуться домой и заботиться о родителях, проходящих лечение. Ключевые государственные информаторы признали проблему людей, которым в силу необходимости приходится вернуться к работе для решения материальных проблем.

Помимо упущенного заработка, имеют место и другие расходы на лечение ТБ, которые ухудшают материальное положение. Жители Хорога и Восейского района, живущие за пределами городов, говорили о расходах на проезд, т.к. они должны ездить на дальние расстояния, чтобы ежедневно получать лекарства и сдавать регулярные контрольные анализы. Таким образом, расходы на проезд либо ухудшают материальное положение, либо препятствуют продолжению лечения. *“Раньше проезд больным оплачивали. А сейчас они не приезжают за лекарствами и прямо говорят, что из-за отсутствия финансов на дорогу не смогли приехать за медикаментами”*, - рассказал ключевой информатор из Восейского района. Иногда людям приходится ехать очень далеко, чтобы сдать некоторые необходимые анализы, особенно если нужен обширный набор контрольных анализов для людей с ЛУ-ТБ. Если люди идут сдавать анализы не по направлениям, а обращаются в частные учреждения для экономии времени, то они должны оплачивать анализы, что также приводит к дополнительным расходам. Помимо поездок и анализов, лечение побочных эффектов чаще всего тоже является платным.

Материальные затруднения, ставящие лечение под угрозу

Материальные затруднения могут поставить лечение под угрозу. Как упоминалось выше, расходы на проезд, анализы или лечение побочных эффектов могут быть выше, чем могут позволить себе некоторые сельские и бедные семьи. Государственные чиновники признают, что это барьер для доступа. *“Лечение очень длительное, в этот период они не работают, расходуются большие средства на визиты в медучреждения, анализы и т.д. Основные ограничения могут наблюдаться среди бедных слоев населения,-* отметил один из ключевых правительственных информаторов.

Кроме того, несколько человек отметили, что они чувствуют давление, связанное с необходимостью вернуться на работу до завершения лечения. *“Первый раз я заболел чувствительной формой ТБ. Чтобы не потерять работу, после трех месяцев лечения я вышел на нее и перестал принимать противотуберкулезные препараты, потому что я*

чувствовал себя хорошо”, – сказал ТБ пациент, мужчина из Душанбе. Некоторые мигранты тоже испытывают давление, считая себя обязанными вернуться в Россию как можно скорее. И они пытаются вернуться, как только начинают чувствовать себя лучше, т.е. до окончания лечения.

Недостаточная социальная поддержка и трудовые права

Люди имеют право на государственную социальную поддержку и льготы, но чаще всего они недостаточны и труднодоступны. Иногда местные органы власти (хукуматы) оказывают дополнительную поддержку, например, касающуюся оплаты налога на землю или коммунальных услуг. Лица, занятые полный рабочий день, имеют право на получение 50–60% (максимум 70% в зависимости от трудового стажа) от их заработной платы во время лечения. Между тем большинство проинтервьюированных уволились сами, или были уволены, или взяли неоплачиваемый отпуск. В итоге они не могли использовать компенсацию по болезни. Человек, которого уволил работодатель, сообщил, что намерен бороться против увольнения, как только почувствует себя немного лучше. Люди считают, что, если они работают в частном секторе, то не защищены трудовым законодательством. *“Если бы ты работал в государственном секторе, тогда да, ты мог бы взять больничный, но это не тот случай, если ты работаешь в частном секторе”*, - сказала одна 30-летняя бывшая ТБ пациентка из Душанбе.

Люди, которые были безработными до того, как заболели ТБ (или те, кто уволился или кого уволили), имеют право на государственную социальную поддержку по временной нетрудоспособности, размер которой зависит от тяжести состояния здоровья человека. В случае ТБ это обычно приводит к получению инвалидности третьей группы или второй, по которым выделяется около 10 или 30 долл. США в месяц соответственно. Первая группа – это группа тяжелой инвалидности, такой, как дыхательная недостаточность: по ней выделяют пособие в размере менее 50 долл. в месяц. Но подача заявки на получение пособий является сложной процедурой, требует заполнения большого количества документов на местном и региональном уровнях, что может потребовать дополнительных поездок или расходов.

Один из проинтервьюированных упомянул, что решение о том, имеет ли человек право на получение государственных пособий, может быть принято очень поздно, тогда, когда лечение уже закончилось. Государственный информатор сообщил, что некоторые областные центральные стационарные службы по борьбе с ТБ, например в Хатлонской, Согдийской областях и в Душанбе, автоматически инициируют процесс подготовки документов для подачи на социальные пособия для пациентов с ЛУ-ТБ. Только двое из 20 проинтервьюированных пациентов сообщили о получении какой-либо социальной поддержки. Многие вообще не знают об этой возможности, сталкиваются с проблемами доступа к ней или думают, что она существует только для людей с очень низким уровнем дохода. *«Пока вы не объясните систему, они [больные ТБ] не будут обращаться за [пособиями по временной нетрудоспособности]»*, - сказал один из государственных информаторов.

Глобальный фонд предоставлял больным ТБ социальную поддержку в дополнение к государственной поддержке, но ее объем уменьшается из-за сокращения ресурсов для

стран. Вдобавок к этому местные агенты фонда (LFA) выражают озабоченность по поводу того, используются ли льготы непосредственно для пациентов, чтобы сохранить их приверженность лечению. На момент публикации данного отчета дополнительная международная социальная поддержка поступала только от Врачей без Границ (MSF), и доступна она только в Душанбе и районах, прилегающих к столице. Заинтересованные стороны на государственном уровне намеревались вновь обратиться в Глобальный фонд с просьбой о помощи в устранении пробелов в решении вопросов приверженности лечению и материальных затруднений для людей, проходящих лечение.

Гендерные проблемы

Исследование показало, что существуют разные мнения о том, как пол влияет на приверженность лечению. Ряд ключевых информаторов, особенно из центров первичной медицинской помощи, а также из Хорога и Восейского района, не видит гендерных барьеров для соблюдения режима лечения. *“Если у человека выявляется ТБ, независимо от пола, он сразу же обращается за лечением. Члены семьи все делают для того, чтобы больной, независимо от пола, получил полный курс лечения. У нас больные проходят лечение, и ещё не было выявлено ни одного случая, чтобы женщине запрещали лечиться”*, – сообщила ключевой информатор из Восейского района. Несколько женщин рассказали из личного опыта, что их семьи помогали им во время лечения ТБ. *“Сыновья, муж, снохи, все очень заботились обо мне”*, - сказала 26-летняя ТБ пациентка из Восейского района.

В то же время несколько правительственных информаторов, людей с ТБ и контактных лиц подчеркнули, что в некоторых семьях, особенно в сельских районах с более традиционными ценностями женщины сталкиваются с трудностями, связанными с полом. Молодые девушки и их семьи, опасаясь, что диагноз ТБ может повлиять на их шансы вступить в брак, подчеркивают необходимость конфиденциальности и выбирают методы лечения, которые не раскрывают их контакт с туберкулезными службами. *“Расскажу Вам из своего опыта: у молодой девушки был выявлен туберкулез, мама не то что просила, она умоляла, чтобы дочку не регистрировали, чтобы мы лечили ее тайно, потому что у нее должна была состояться свадьба, и если кто-нибудь узнает, то ее свадьба может сорваться, и она никогда не сможет выйти замуж и обрести счастье”*, - рассказал один из государственных правительственных информаторов.

Были случаи, когда из-за ТБ женщин отвергали семьи, в которые они вошли, вступив в брак, что создавало дополнительные проблемы для пациентов, начинающих лечение в новом месте и испытывавших дополнительный эмоциональный стресс из-за изгнания из семьи. *“Да, имеются такие случаи, когда члены семьи мужа выгоняли заболевших ТБ женщин”*, – подтвердил ключевой информатор из Восейского района. В некоторых случаях постоянные домашние обязанности и даже уход за другими членами семьи с ТБ снижают приверженность девушки или женщины к лечению. *“Женщинам, затронутым ТБ, гораздо сложнее сохранить приверженность лечению и осуществлять систематический прием лекарств в силу большого круга обязанностей в домохозяйстве”*, - констатировал государственный ключевой информатор. Женщины в Таджикистане сталкиваются с большей финансовой зависимостью, а в семьях с меньшим доходом они могут быть еще более уязвимыми из-за отсутствия государственной поддержки на оплату поездок, высокобелковой пищи или доплат за лечение побочных эффектов.

В учреждениях первичной медицинской помощи и в обществе в целом женщины из ключевых групп населения, особенно ЛЖВ, секс-работницы и употребляющие инъекционные наркотики, могут столкнуться с еще более негативным к ним отношением, чем к мужчинам из тех же групп. В то же время эксперты и участники фокус-групп из ЛУИН и ЛЖВ сошлись во мнении, что женщины с большей вероятностью будут придерживаться лечения. *“Насчет завершения лечения, наоборот, женщины более ответственные, они завершают лечение, в отличие от мужчин, потому что они ценят затраты, которые были сделаны на покупку лекарств. Они не “бросают деньги на ветер,”* - сказал один из ЛУИН в фокус-группе в Душанбе. Ключевой правительственный информатор подтвердил: *“Плохая приверженность к лечению, невыполнение соответствующих врачебных предписаний чаще всего касаются мужчин. Женщины, употребляющие инъекционные наркотики, являются более ответственными в плане лечения, соответственно, случаев удачного завершения лечения больше среди женщин.”* Большая приверженность лечению отмечена именно среди женщин, несмотря на тот факт, что у них может быть меньше доступа к группам поддержки, таким, как группы взаимопомощи, которые существуют, но которые ведут и посещают в основном мужчины. Последнее делает посещение этих групп некомфортным для женщин.

Мужчины, больные ТБ, тоже сталкиваются с серьезными проблемами при завершении лечения. Они и их сыновья считаются основными кормильцами своих семей, зачастую единственными, у которых есть оплачиваемая работа. Они испытывают сильное давление и поэтому стремятся вернуться на работу для поддержания дохода семьи. Если отец не может работать, то на помощь приходят сыновья. Сообщалось о случаях, когда сын бросал школу, чтобы начать работать в Таджикистане или мигрировать в Россию. Государственный ключевой информатор даже высказал мнение, что анализ приверженности и поддержка в Таджикистане должны быть сфокусированы больше на мужчинах: *“Больше уделять внимания мужчинам, ввиду того, что их среди больных больше, и они не привержены к лечению.”*

Оценка не распространялась конкретно на людей, которые прервали лечение. Тем не менее опрошенные явно предпочли бы пройти более краткосрочное лечение, особенно те, кто обеспечивает свои семьи, включая мужчин и одиноких матерей, чтобы они могли как можно раньше вернуться к работе и другим делам. Необходимы более эффективное консультирование и поддержка мужчин с ТБ, в том числе от их семей, на протяжении всего курса лечения, и особенно на этапе, когда они начинают чувствовать себя хорошо и ошибочно думают, что могут прервать лечение. *“Проблема уязвимости мужчин... - это психологическое давление и стресс, к ним относятся потребительски. Поэтому необходимо в период лечения оказать им психосоциальную поддержку,”* - сказал ключевой государственный информатор.

ТБ пациент рассказал историю о том, как он прервал лечение лекарственно-чувствительного ТБ, потому что ему стало хорошо, но теперь, спустя несколько лет, у него проявились последствия – лекарственно-устойчивый ТБ, и он опять чувствует себя слишком слабым, чтобы работать и обеспечивать свою семью. Одна мать поделилась, как она пытается убедить своих двух сыновей не уезжать в Россию на работу до того, как они полностью завершат прием лекарств, несмотря на значительные материальные затруднения.

Ключевые группы населения

Некоторые ключевые группы населения испытывают особые потребности и проблемы, связанные с приверженностью к лечению. Например, консультирование по вопросам питания особенно важно для людей с диабетом, которые уже соблюдают определенную диету и нуждаются в новых корректировках для соблюдения своего режима лечения.

Многие люди, находясь в стесненных финансовых обстоятельствах и желая вернуться к работе, могут прервать лечение, когда готовятся к миграции. *“Мигранты, не до конца пролечившись, уезжают на заработки,”* - сказал ключевой информатор из Душанбе. Казахстан и некоторые регионы России могут обеспечить таджикам лечение от ТБ. В Казахстане существует даже техническая группа с межведомственным подходом для решения проблемы ТБ среди мигрантов, а также заключено двустороннее соглашение с Таджикистаном на государственном уровне. Многие мигранты, заболевшие ТБ, даже если диагноз им поставлен в России, предпочитают проходить лечение дома, но при этом чувствуют необходимость как можно скорее закончить лечение и вернуться на работу. Некоторые возвращаются на работу, не завершив лечения.

Существуют четыре ключевые группы населения со схожими основными взаимосвязанными проблемами, но в то же время и с некоторыми различиями: секс-работники, ЛУИН, ЛЖВ, заключенные и бывшие заключенные. Подавляющее большинство ЛУИН, ЛЖВ и бывших заключенных имели негативный опыт получения первичной медицинской помощи и предпочитают получать поддержку от учреждений, с которыми у них более позитивное взаимодействие, таких, как туберкулезные, наркологические или СПИД-центры. Фокус-группы с работниками здравоохранения подтвердили их недоверие в способности ЛУИН соблюдать режим лечения в связи со многочисленными социальными и правовыми проблемами. Аналогичные взгляды были высказаны в отношении ЛЖВ, которые являются «капризной группой», как выразился медицинский работник в фокус-группе в Душанбе, и сталкиваются в медицинских учреждениях с серьезной стигмой и дискриминацией из-за ВИЧ. Некоторые из участников этих фокус-групп рекомендовали создать систему мониторинга на уровне каждого учреждения здравоохранения для выявления и устранения барьеров, с которыми сталкиваются уязвимые группы населения.

Большинство ЛУИН, секс-работников, бывших заключенных и некоторые ЛЖВ сталкиваются с бедностью, в связи с ограниченными перспективами трудоустройства, и не имеют денег на проезд и лечение побочных эффектов. *“Многие из нас, девушек, даже не имеют денег на продукты. Питаемся, когда есть клиенты, когда их нет, голодаем”,* - сказала секс-работница, участница фокус-группы в Душанбе. *“Как узнали, что я наркоман, выгнали меня из дома. Не имею определенного места жительства,”* – поделился своим положением один из ЛУИН, участник фокус-группы в Хороге.

Среди ЛЖВ многие потеряли работу из-за своего ВИЧ-статуса и связанной с этим дискриминации, и не могут найти работу по специальности. Кроме того, некоторые из них практически не имеют поддержки семьи, не имеют постоянного адреса, а некоторые даже бездомны. Отсутствие постоянного адреса также означает, что медицинские работники не

могут оперативно выходить с ними на связь, а тем трудно регулярно посещать медицинские учреждения. Для ЛУИН, участвующих в программах опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), ежедневное посещение учреждений, которые не выдают на дом дозы заместительных лекарств, уже вызывает большую усталость. Иногда им приходится прибегать к уличным наркотикам. Бывшие заключенные сообщали о более низком качестве лечения ТБ и меньшей поддержке со стороны персонала в тюрьмах по сравнению с общими туберкулезными службами вне пенитенциарной системы.

Все четыре группы сталкиваются с правовыми проблемами. Для ЛЖВ это во многом связано с сохранением конфиденциальности в отношении их статуса, особенно с учетом криминализации передачи и постановки в опасность заражения ВИЧ, или с невозможностью продолжать работать. Секс-работники, ЛУИН и бывшие заключенные подвергаются жестокому преследованию со стороны полиции. Аресты влияют на их возможности доступа к медицинским услугам и могут поставить под угрозу возможность продолжения лечения. Секс-работники сообщают, что им часто приходится платить взятки и штрафы во время полицейских рейдов или клиенты им не платят, что ухудшает их и без того тяжелую финансовую ситуацию. Юридическая поддержка существует для некоторых групп, например в Хороге, и она ценится высоко, но ее недостаточно.

8.5. Завершение лечения и последующее наблюдение

Два последних этапа каскада лечения при ТБ относятся к завершению лечения и последующему наблюдению. Согласно государственному клиническому протоколу по туберкулезу, завершение лечения требует, чтобы человек прошел окончательные диагностические анализы, подтверждающие отрицательный результат, а затем врач-фтизиатры должны дать заключение, что человек "вылечен" или что "лечение завершено". Если же будет констатирована терапевтическая неудача, то лечение либо возобновляется, либо организуется паллиативная помощь. После лечения людей с ТБ наблюдают в течение года, чтобы подтвердить успех лечения (рентгенография, отрицательная микроскопия и культуральное исследование каждые шесть месяцев). Большинству людей разрешают вернуться на работу или учебу до завершения лечения.

При оценке на двух последних этапах каскада лечения были учтены некоторые передовые практики, барьеры и возможности, но в целом оценка все же была сфокусирована на людях, проходящих лечение. Ключевые информаторы подтвердили, что контрольные анализы для завершения и последующего наблюдения бесплатны, хотя могут возникнуть некоторые проблемы, как и на предыдущих этапах, особенно для сельских жителей. Люди, лечение которых не увенчалось успехом и которым требуется паллиативная помощь, сталкиваются с серьезными проблемами, поскольку в стране практически отсутствуют службы паллиативной помощи, включая рекомендованные ВОЗ методы обезболивания с помощью опиоидов.

Ключевые информаторы и два пациента, которые завершили лечение, подтвердили, что завершение лечения важно не только с медицинской точки зрения, но и для интеграции человека в общественную жизнь. Некоторые люди избегают медицинских осмотров после завершения лечения, чтобы их не видели входящими в туберкулезные центры. На осмотры они приходят только тогда, когда им нужно продлить получение социальных пособий.

Следует отметить и тот факт, что таким людям достаточно трудно вернуться на рынок труда, тем более, что здесь они не получают какой-либо основательной поддержки. По словам ключевых информаторов и бывших ТБ пациентов, людям определенных профессий, связанных с большим количеством людей, например, работающим в детских садах, школах или ответственным за приготовление пищи, ТБ учреждения не дают разрешения вернуться на работу до окончания этапа последующего наблюдения. При этом излечившиеся лишены возможности получить какое-либо профобразование и помощи в поиске работы. В итоге они полагаются на своих знакомых. Ключевой государственный информатор отметил: *«Окончание лечения и возвращение к нормальной жизни – это когда про человека снова забывают. Последующего наблюдения по сути не происходит, если человек не получил инвалидность и не нуждается в ее продлении своим лечащим врачом. Туберкулезные центры слишком перегружены, чтобы принимать активные меры по последующему наблюдению. Все социальные, психологические проблемы, с которыми сталкивается человек, он/она должны решать самостоятельно»*. Кроме того, ключевой государственный осведомитель упомянул, что в настоящее время существует нормативно-правовой акт, запрещающий пациентам с ТБ, в том числе людям, завершившим лечение, поступать в медицинские колледжи, однако он не располагал сведениями о том, применялась ли когда-либо эта правовая норма на практике».

Людям зачастую трудно вернуться на свои прежние рабочие места из-за опасений работодателей по поводу того, что они, возможно, могут быть инфицированными. Например, 3 из 8 человек в фокус-группе среди контактных лиц не смогли вернуться на работу по специальности. Очень немногие люди, прошедшие лечение от ТБ, борются за восстановление на работе. Занятость в целом является проблемой в стране, и возможности работы, особенно за пределами Душанбе, ограничены. По словам одного из ключевых государственных информаторов, социально уязвимые группы населения часто испытывают стигму и серьезную самостигматизацию даже после лечения. Трудовые мигранты сообщили, что в России они не сталкивались с какими-либо трудностями при возвращении на работу, в том числе к тому же работодателю в России. Возвращались же они, если им позволяло здоровье. При этом они уточняли, что все равно не остались бы в Таджикистане для последующего наблюдения. Ключевой государственный информатор упомянула, что некоторые из ее пациентов могли пройти последующие анализы во время миграции, но признала, что они сталкиваются с дополнительными трудностями.

Из-за стигмы и мифов о ТБ бывшие пациенты чаще всего продолжают скрывать, что лечились от ТБ, последствия лечения, даже после его окончания, дают знать о себе. Особенно это присуще молодым людям, которые имеют намерение вступить в брак. Уже несколько лет система медицинских сертификатов для людей, намеревающихся вступить в брак, помимо других болезней, включает в себя туберкулез в дополнение к ВИЧ. По словам ключевого государственного информатора, это заставило больше людей пройти лечение, но при этом и больше семей стало испытывать страх перед ТБ. Семьи опасаются даже излеченного туберкулеза, что осложняет их планы на заключение браков. Особенно это проблематично для женщин. *“Если переболел ТБ мужчина, то вероятность того, что он найдет супругу, в разы больше, чем девушке, которая переболела ТБ”*, - сказал ключевой государственный информатор. Столкнувшись с такими проблемами, люди нуждаются в помощи своих врачей и людей, прошедших через ТБ, чтобы убедиться, что туберкулез лечится и не влияет на семейную жизнь.

9. Выводы и рекомендации

Результаты исследования подтвердили предварительные выводы кабинетного исследования о недостаточном нормативном обеспечении мер профилактики, лечения и ухода при ТБ, а также о том, что некоторые законы и правоприменительные практики сами по себе являются факторами, затрудняющими доступ к услугам при ТБ. Плохая информированность о ТБ, укоренившиеся в сознании людей мифы об этом заболевании, стигма в отношении людей с туберкулезом, отсутствие предусмотренной в законе защиты от дискриминации, недостаточная подготовленность медицинских работников, особенности структуры системы охраны здоровья, неустойчивое финансирование противотуберкулезной деятельности, а также слабое обеспечение социально-экономических прав людей, затронутых проблемой туберкулеза, являются определяющими препятствиями в доступе людей к услугам охраны здоровья в связи с ТБ. На каждом этапе каскада лечения ТБ эти факторы играют явно негативную роль.

Ключевые группы испытывают на себе наиболее тяжкие последствия названных факторов. В силу прямых уголовных и административно-правовых запретов в отношении видов поведения, связанных с состоянием здоровья или занятостью, люди, употребляющие наркотики, люди, вовлеченные в секс-работу, люди, живущие с ВИЧ, находятся в состоянии повышенной уязвимости к ТБ, включая лекарственно-устойчивые формы ТБ. В отношении названных ключевых групп вряд ли можно говорить о том, что законодательство об уголовных и административных правонарушениях способствует охране здоровья населения. Тем не менее данные законы активно применяются правоохранительными органами. Принятие подобных законов и практика их активного и прямого применения во многом были обусловлены устаревшими и не основанными на науке и международных стандартах взглядами на проблему наркотиков, секс-работу и ВИЧ-инфекцию. Суровость уголовных законов, с одной стороны, не оказывает значимого влияния на решение проблемы наркотиков, на поддержку людей, вовлеченных в секс-работу, либо на профилактику ВИЧ, однако напрямую влияет на маргинализацию больших групп людей, увеличивая таким образом количество людей, попадающих в места лишения свободы. В итоге риск заболевания ТБ значительно возрастает.

В силу несовершенства законов и недостаточной информированности, мигранты, особенно работающие в России, оказываются фактически исключенными из системы охраны здоровья. С одной стороны, обнаружение ТБ в России является основанием для отказа или аннулирования патента на работу, либо основанием для депортации, что не способствует обращаемости за диагностикой ТБ в России, даже в случаях, когда медицинская страховка могла бы обеспечить мигранту лечение ТБ на территории России. Трудовые мигранты также не спешат проводить диагностику и лечение ТБ в Таджикистане из-за справедливых опасений потерять заработок на длительное время, необходимое для лечения. Таджикистан развивает отношения с соседними странами по вопросам взаимного обеспечения доступа своих граждан-мигрантов к услугам лечения ТБ. Однако в настоящее время такая практика складывается только между Таджикистаном и Казахстаном, хотя в отношениях с Россией также можно отметить позитивные изменения.

Противотуберкулезные меры и нормы законодательства, касающиеся ТБ, не учитывают гендерных особенностей и факторов, влияющих на доступ к услугам лечения при ТБ. Результаты исследования показывают, что культурно-исторические и социально-экономические особенности распределения ролей в семье и обществе также создают серьезные препятствия для женщин в доступе к услугам охраны здоровья, особенно когда это касается таких серьезных заболеваний, как ТБ. Связанные с ТБ стигма и мифы часто больше затрагивают женщин, чем мужчин. Вместе с тем в ходе исследования выявлены риски и препятствия в доступности услуг при ТБ, которые более характерны для мужчин, чем для женщин. В таких условиях нечувствительность противотуберкулезных мер к гендерным особенностям сама по себе является фактором, увеличивающим гендерно обусловленные препятствия в доступе к услугам по лечению ТБ.

Неэффективность работы по профилактике, лечению и уходу при ТБ в Республике Таджикистан можно объяснить зависимостью от международного финансирования. Переход на национальное финансирование происходит медленно, что усиливает неуверенность людей и отчасти медицинских работников в принятии решения о начале длительного лечения ТБ. Обеспечение пациентов современными препаратами для лечения ТБ ограничено, что также влияет на желание людей начинать лечение.

Исследование продемонстрировало, что названные выше факторы взаимно усиливают друг друга. Национальные стратегические документы по вопросам охраны здоровья и противодействия ТБ могли бы существенно повысить эффективность каскада профилактики, лечения и ухода при ТБ, учитывая все выявленные в ходе исследования факторы. Наибольшей эффективности можно было бы достичь, принимая во внимание международные стандарты уважения, защиты и продвижения права на здоровье во взаимосвязи с другими правами человека.

Для преодоления выявленных барьеров и расширения доступа больных ко всем видам услуг на всех этапах каскада лечения туберкулеза в Таджикистане предлагаются нижеследующие рекомендации:

Выявленные барьеры и рекомендации для их преодоления

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
I. ЗНАНИЯ О ТБ		
<p>1. Низкий уровень знания о ТБ (пути передачи, симптомы и лечение) и распространенность мифов среди представителей общего населения, а также среди большинства представителей ключевых групп, за исключением людей, вовлеченных в работу по вопросам ТБ, а также в некоторой степени ЛЖВ и ЛУИН.</p>	<p>1.1. Улучшить информирование общего населения и ключевых групп, особенно в отдаленных районах, о профилактике и симптомах ТБ (как распознать основные и редко встречающиеся симптомы, как отличить симптомы ТБ от симптомов гриппа, о симптомах среди людей с диабетом и др.), доступности и результатах лечения и ухода при ТБ, уделяя особое внимание развенчанию существующих мифов о ТБ.</p> <p>1.2. Подготовить и распространять информационно-образовательные материалы о ТБ (буклеты, плакаты, листовки, с учетом специфики общего и ключевых групп населения, направленные не только на распространение знаний, но и на изменение поведения.</p> <p>1.3. Подготовить с заинтересованными партнерами видео- и аудио-ролики о ТБ и регулярно транслировать их по государственным и частным каналам ТВ и радио.</p> <p>1.4. Совершенствовать механизмы сотрудничества по вовлечению в информационную работу среди населения между ТБ диспансерами, учреждениями ПМСП, гражданским обществом (включая организации, работающие с ЛУИН, ЛЖВ, РС и др.), религиозными организациями, в том числе через проведение обучающих сессий для всех партнеров по вопросам профилактики ТБ, включая вопросы стигмы и дискриминации, прав людей с ТБ и др.</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ (МЗСЗН)</p> <p>2. Комитет по ТВ и радио</p> <p>3. Общественные организации</p> <p>4. Центры ФЗОЖ</p>

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
<p>2. Более Низкий уровень информированности и знаний о ТБ у женщин, по сравнению с мужчинами, особенно у женщин с низким уровнем образования, домохозяек, сельских женщин, девушек, рано вышедших замуж, а также девушек и женщин из отдаленных кишлаков.</p>	<p>2.1. Использовать дифференцированный подход при планировании информационных кампаний и разработке информационных материалов с учетом возможностей и потребностей женщин (с образованием и без образования, молодые и взрослые, сельские и городские, ключевые группы и др.), включая вопросы по выявлению контактных лиц, добрачное обследование и др.</p> <p>2.2. С целью расширения охвата женщин информационной работой активнее использовать неформальные встречи с женщинами в местных сообществах, вовлекать в эту деятельность неформальных лидеров общин, включая женщин, перенесших ТБ.</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Комитеты по ТВ и радио, по делам женщин и семьи, молодежи и спорта, Комитет по делам религии и упорядочению традиций, торжеств и обрядов</p> <p>3. Общественные организации</p>
<p>3. Недостаток знаний о правах трудовых мигрантов на доступ к диагностике и лечению, об услугах после лечения, включая возможность социальной поддержки, в странах назначения, таких, как Россия и Казахстан.</p>	<p>3.1. Включение вопросов о профилактике и правах мигрантов в сфере ТБ в программы по предотъездной подготовке трудовых мигрантов внутри страны и с привлечением представительств миграционной службы, диаспор и общественных организаций в странах назначения.</p>	<p>1. Министерство труда, миграции и занятости населения</p> <p>2. Общественные организации</p>
<p>4. Сложности с доступом к профилактической терапии, включая неверную или недостаточную информацию о том, для кого такая терапия может быть предназначена.</p>	<p>4.1. Определение групп населения для профилактического лечения ТБ (включение как минимум в приоритетные группы людей, живущих с ВИЧ, детей и молодых людей в возрасте до 18 лет) и обеспечение доступности новых, рекомендованных ВОЗ, схем профилактического лечения.</p> <p>4.2. Регулярное проведение обучающих мероприятий для семейных врачей и медсестер по вопросам предоставления профилактического лечения от ТБ.</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. РЦЗНТ</p> <p>3. Общественные организации</p>

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
	<p>4.3. Регулярный мониторинг в учреждениях ПМСП за проведением подробного консультирования пациентов перед началом профилактического лечения ТБ о необходимости и возможности получения данной терапии, а также важности соблюдения и завершения предписанного режима терапии (данная рекомендация важна и для барьера под пунктом 26).</p>	
<p>5. Неадекватный туберкулезный контроль (включая недостаток знаний, профилактических и организационных мер) в местах лишения свободы.</p>	<p>5.1. Постоянное обучение медперсонала пенитенциарной системы профилактическим формам работы среди заключенных и лечению ТБ, в частности контроль лечения.</p> <p>5.2. Разработка и внедрение механизмов поощрения медработников за каждый вылеченный случай ТБ в исправительных учреждениях.</p> <p>5.3. Определение источников финансирования для улучшения условий содержания в местах лишения свободы, включая системы вентиляции и другие системы профилактики легочных и инфекционных заболеваний.</p>	<p>1.Министерство юстиции РТ</p> <p>2.Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>3.Общественные организации</p>
<p>6. Непостоянное использование средств индивидуальной защиты от заражения ТБ медицинскими работниками, особенно медицинскими сестрами, что обусловлено с низким уровнем знаний и информированности.</p>	<p>6.1. Обучение медицинского персонала учреждений ПМСП, в особенности амбулаторных учреждений соблюдению мер индивидуальной защиты от ТБ.</p> <p>6.2. Осуществление строгого контроля со стороны координаторов и ответственных специалистов по ИК за бесперебойным и достаточным снабжением ТБ учреждений СИЗ от ТБ и соблюдением мер индивидуальной защиты.</p>	<p>1.Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Международные партнеры</p>

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
II. ОБРАЩАЕМОСТЬ ПО ТБ		
<p>7. Представители населения с низким уровнем дохода редко обращаются за медицинской помощью, либо откладывают обращение за медицинской помощью, так как считают, что она предоставляется только за плату.</p>	<p>7.1. Пересмотреть Постановление Правительства № 600 от 2008 г. и включить в перечень гарантированной государством бесплатной медицинской помощи по тестированию и регулярные проверки на ТБ, включая контактных лиц, а также ключевые группы населения, детей и беременных женщин в учреждениях первичной медицинской помощи, а для жителей удаленных районов – в учреждениях общей медицинской помощи, в том числе бесплатной флюорографии, без взимания платы за рентгеновскую пленку, а также обеспечение резервов для быстрого восстановления, выходящего из строя рентген-оборудования. Внести соответствующие изменения в нормативные акты, в том числе в совместный Приказ Минздрава и Минфина от 5.11.2014 № 938/№135 от 5.11.2014г.</p> <p>7.2. Обязательное включение в информационные материалы и кампании вопросов о бесплатных услугах в сфере ТБ в медучреждениях страны и роли раннего выявления и обращения за медицинской помощью в излечении от туберкулеза.</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Партнеры по реализации</p>
<p>8. Пассивные стратегии по скринингу ТБ, которые сфокусированы на том, что люди сами обратятся за помощью, и в которых применение активных методов в работе системы здравоохранения, направленных на группы повышенного риска ТБ, отодвигаются на второй план.</p>	<p>8.1. Создать межведомственную рабочую группу по разработке и реализации активной противотуберкулезной стратегии, направленной на ключевые группы населения и лиц, вступающих в контакт с людьми, болеющими ТБ, и включающей такие компоненты, как услуги скрининга, перенаправления людей в медицинские учреждения для повторного тестирования, организация аутрич работы для своевременного консультирования</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Министерство юстиции РТ</p> <p>3. Программа борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан</p> <p>4. Международные партнеры</p>

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
	<p>контактных людей из числа проживающих в одном доме с человеком, у которого выявлен ТБ, и из числа соседей, коллег по работе и учебе.</p> <p>8.2. Организация мобильных ТБ услуг с доступностью флюорографии и осмотров фтизиатром для осуществления плановых ежегодных и экстренных осмотров населения в районах со вспышками ТБ.</p> <p>8.3. Продолжение внедрения различных способов интеграции регулярного скрининга и тестирования на ТБ в другие медицинские учреждения и общие медицинские услуги, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Центры СПИД, с учетом инновационных методов тестирования на ТБ (TBLAM); ✓ медучреждения, предоставляющие услуги репродуктивного здоровья, в том числе, для людей, вовлеченных в секс-работу; ✓ наркологические диспансеры и сайты опиоидной заместительной терапии; ✓ услуги для людей с диабетом во время консультаций эндокринологов; ✓ во время поступления, нахождения и по освобождении заключенных из мест лишения свободы. <p>8.4. Партнерам по развитию, включая международных партнеров и агентства ООН, содействовать в обеспечении работы веб-сайтов и онлайн консультирования по вопросам ТБ и прав</p>	

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
	человека, в том числе об услугах, доступных в Таджикистане и в России (для мигрантов, въезжающих в Россию), на таджикском и русском языках.	
9. Многие люди занимаются самолечением, полагаясь на традиционные методы лечения у знахарей и представителей духовенства, а также советы работников аптек, и используя препараты, доступные в аптеках.	<p>9.1. Повысить уровень знаний и информированности сотрудников аптек посредством проведения обучающих сессий в целях предотвращения продажи и использования антибиотиков без назначения врача, а также перенаправления обратившихся граждан в ТБ диспансеры в случаях обнаружения симптомов.</p> <p>9.2. Предусмотреть проведение мониторинга продажи препаратов, в том числе антибиотиков в аптеках без соответствующего назначения врача.</p> <p>9.3. Проводить информационные встречи в мечетях, среди религиозных лидеров.</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Партнеры по реализации Программы борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан</p>
10.Р Глубокая самостигма, связанная с ТБ, которая значительно влияет на обращаемость в медучреждения. Несмотря на доступность услуг по ТБ, люди боятся, что их увидят во время посещения медучреждений в связи с ТБ.	<p>10.1. В целях снижения воздействия самостигмы и повышения уровня обращаемости за медпомощью, необходимо в информационных кампаниях (ТВ, радио, газеты, интернет-сайты, социальные сети) и материалах использовать ключевое послание - «Туберкулез излечим».</p> <p>10.2. Рассмотреть такую меру, как переименование противотуберкулезных услуг на «противотуберкулезные и пульмонологические услуги».</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Комитет по ТВ и радиовещанию при правительстве РТ</p> <p>3. Партнеры по реализации Программы борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан</p>
11. Ограниченные возможности женщин самостоятельно принимать решение об обращении за медицинской помощью в	11.1. Для расширения доступа женщин и других уязвимых групп активнее использовать систему мобильных ТБ услуг с доступностью флюорографии	1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
<p>силу гендерного неравенства и загруженностью домашними делами и уходом за детьми и престарелыми. Все это повышает их уязвимость к ТБ.</p>	<p>и осмотров фтизиатром. С учетом распространения гендерных стереотипов среди населения в отношении осмотра пациенток врачами-мужчинами выделить отдельные часы приема для посетитель-женщин и осмотра их врачами-женщинами.</p> <p>11.2. Совместно с Комитетом по делам женщин и семьи, местными хукуматами, общественными организациями и другими партнерами проводить информационные кампании о важности обеспечения равного доступа женщин к медицинским услугам и сохранения их здоровья.</p> <p>11.3. Улучшить информированность и знания работников Комитета по делам женщин и семьи по ТБ и шире вовлекать Комитет в качестве партнера для разработки важных стратегических документов по ТБ.</p>	<p>2. Комитет по делам женщин и семьи при Правительстве РТ</p> <p>3. Международные партнеры</p>
<p>12. Жители удаленных районов и особенно районов Горно-Бадахшанской, автономной области вынуждены тратить много времени на то, чтобы добраться до медицинских учреждений, оказывающих как первичную медицинскую помощь, так и специализированные услуги, связанные с диагностикой и лечением ТБ.</p>	<p>12.1. Разработать специальные меры по развитию мобильных услуг для районов Горно-Бадахшанской, автономной области и других отдаленных районов с учетом региональных и климатических условий, включающих услуги первичной помощи, а также диагностики ТБ и информирования общего населения о важности заботы о здоровье и доступности методов лечения хронических заболеваний.</p> <p>12.2. Создать фонды для предоставления компенсаций транспортных расходов для людей, вынужденных добираться до медицинских учреждений из удаленных районов, либо для людей, вынужденных обращаться за медицинской помощью в другие районы. Необходимо предусмотреть</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Министерство финансов РТ</p> <p>3. Министерство транспорта РТ</p> <p>4. Местные исполнительные органы государственной власти</p> <p>5. Международные партнеры</p>

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
	упрощенную систему компенсации транспортных расходов.	
<p>13. Высокая криминализация людей, употребляющих наркотики, секс-работников, людей, живущих с ВИЧ, бывших заключенных.</p>	<p>13.1. Пересмотреть законы, криминализующие передачу ВИЧ-инфекции, хранение наркотиков без цели сбыта, секс работу. Инициировать активные адвокационные мероприятия в данном направлении.</p> <p>13.2. Наладить сотрудничество с правоохранительными органами по повышению информированности их сотрудников об их роли в поддержке мер профилактики ТБ среди ключевых и уязвимых групп населения.</p> <p>13.3. Необходимо обеспечить адвокатов необходимой базовой информацией о ТБ и об использовании правовых механизмов в рамках гражданских, административных и уголовных дел для снижения негативного воздействия криминализации ключевых групп населения.</p> <p>13.4. Рассмотреть возможность включения процедуры оценки воздействия на систему профилактики, лечения и ухода при ТБ в перечень обсуждаемых в Маджлиси Оли законопроектов и принимаемых в других органах власти нормативных актов, особенно при принятии нормативных правовых актов, содержащих меры наказания, либо иные меры, ограничивающие права ключевых и уязвимых групп населения.</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Министерство юстиции РТ</p> <p>3. Маджлиси Оли</p> <p>4. Партнеры по реализации ТБ программы и НПО</p>
III. ДИАГНОСТИКА ТБ		

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
<p>14. Многие люди сообщают о неверном диагнозе в учреждениях первичной медицинской помощи, в результате чего верный диагноз был поставлен с существенной задержкой, что негативно повлияло на возможность получения своевременного лечения.</p>	<p>14.1. Регулярно проводить обучающие мероприятия для медработников ПМСП по распознаванию симптомов ТБ и перенаправлению в ТБ диспансеры на местах с привлечением фтизиатров; отдельные сессии по правильному сбору мокроты и др.</p> <p>14.2. Рассмотреть вопрос о включении в обязанности фтизиатров района планирование и обучение работников ПМСП и СЭС.</p> <p>14.3. Улучшить доступ к диагностике для населения и КГН посредством правильно организованных пунктов сбора мокроты и транспортировки ее до лабораторий, включая пенитенциарный сектор.</p> <p>14.4. Расширить применение быстрых методов лабораторной диагностики и сеть бактериологических лабораторий (ТЛЧ) для улучшения доступа к диагностике и правильного диагностирования больных с симптомами ТБ, включая пенитенциарный сектор</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Международные партнеры</p>
<p>15. Незрелость механизмов взаимодействия двух уровней системы, ответственной за ТБ. Ответственность за работу с ТБ (направление и перенаправление) возложена на учреждения первичной медицинской помощи. Однако нет уверенности в том, что у этих учреждений достаточно ресурсов и мотивации для того, чтобы уделять проблеме ТБ должный приоритет по всей стране.</p>	<p>15.1. Провести оценку моделей взаимодействия первичной и специализированной помощи, включая изучение успешных практик в различных регионах, по результатам которой внести изменения в нормативные документы и распространять успешный опыт районов.</p> <p>15.2. Проводить обучающие семинары для руководителей ПМСП по результатам оценки и вопросам улучшения интеграции с ТБ службой.</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Международные партнеры</p>

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
	15.3. Проводить совместный мониторинг в учреждениях ПМСП для оказания технической помощи на местах в выявлении ТБ.	
16. Половина контактных респондентов не проходит обследование на ТБ. Основной барьер – экономический. Контактные лица не имеют права на бесплатные услуги, если не установлен туберкулез	<p>16.1. Строго отслеживать обследование контактных лиц как со стороны фтизиатров, так и со стороны ответственных учреждений ПМСП по месту жительства.</p> <p>16.2. Целесообразно провести обучение медицинских работников, контактирующих с пациентами, по вопросам корректного и качественного консультирования.</p> <p>16.3. Любые диагностические тесты для контактных лиц в государственных медицинских учреждениях должны проводиться бесплатно. В случае отсутствия государственных медицинских учреждений по месту жительства/нахождения контактных лиц, необходимо предусмотреть возможность их направления в частные медицинские учреждения с оплатой таких обследований за счет государственного бюджета.</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. ПМСП</p> <p>3. РЦЗНТ</p> <p>4. Международные партнеры</p>
17. Недостаточность ресурсов в учреждениях первичной медпомощи для диагностики ТБ	<p>17.1. Рассмотреть возможность пересмотра системы финансирования на душу населения на основе учета выявленных и пролеченных случаев ТБ пациентами ПМСП.</p> <p>17.2. Расширить практику проведения подворовых обходов, особенно в очагах ТБ, с использованием услуг аутрич работников и обученных сотрудников общественных организаций.</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты РТ</p> <p>2. Министерство финансов РТ</p> <p>3. Общественные организации</p>

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
<p>18. Фиксируется проблема принятия диагноза, а также страх сообщить о своем диагнозе в семье и знакомым, особенно у женщин, в связи с реальными случаями разводов с стороны мужей истигмы со стороны родственников и знакомых.</p>	<p>18.1. С целью обеспечения качественного консультирования пациента при сообщении диагноза ТБ и оказания психологической поддержки, особо выделить в учебных программах тему «повышение квалификации медработников»; внести в образовательные программы медицинских колледжей и университетов вопросы консультирования пациентов; регулярно проводить обучающие сессии со специалистами медучреждений, посвященные особенностям проведения консультирования с учетом гендерных отношений в семьях.</p> <p>18.2. Активно использовать при консультировании пациентов информационные материалы (буклеты, листовки и др.) с привлечением реальных историй выздоровевших людей, а также данных групп поддержки о контактных лицах, которыми они могли бы поделиться с членами своей семьи для лучшего понимания ТБ.</p> <p>18.3. Созданные группы поддержки людей с ТБ в партнерстве с отделами по делам женщин, общественными, религиозными и другими организациями следует проводить разъяснительную работу в семьях, местных общинах об излечимости ТБ, важности психологической поддержки людей, у которых выявлен ТБ с использованием различных форм.</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. РЦЗНТ</p> <p>3. Комитет по делам женщин и семьи при Правительстве РТ</p> <p>4. Партнеры по реализации ТБ программы и НПО</p>
IV. ЛЕЧЕНИЕ ТБ		
<p>19. Фиксируется дефицит врачей-фтизиатров в отдельных районах</p>	<p>17.1. Проведение оценки обеспеченности медучреждений врачами-фтизиатрами, включая</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p>

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
	<p>пенитенциарный сектор, и количества вакансий по всем районам с предоставлением рекомендуемых мер по решению данной проблемы, в том числе принятие возможных мер по повышению заработной платы для врачей-специалистов и/или введение доплат для специалистов за опасность инфицирования.</p> <p>17.2. В условиях дефицита врачей-фтизиатров в отдельных районах возможно использование таких альтернативных временных мер, как привлечение один раз в неделю врачей из других районов, установление онлайн консультирования со стороны ведущих специалистов республики по вопросам ТБ и др. (эта рекомендация касается также к барьеру в пункте 26).</p>	<p>2. ТГМУ</p> <p>3. РЦЗНТ</p>
<p>20. Предоставление не всегда качественных услуг со стороны врачей</p>	<p>18.1. Регулярное обучение фтизиатров по новым рекомендациями ВОЗ и методам лечения ТБ с использованием системы повышения квалификации медработников, проведение специализированных тренингов и т.д.</p> <p>18.2. Расширить охват пациентов, особенно среди женщин, амбулаторной моделью лечения с обеспечением тщательного мониторинга лечения со стороны фтизиатров.</p> <p>18.3. С целью повышения качества лечения КГН наладить взаимодействие и координацию между службами ТБ и другими службами по оказанию услуг ключевым и уязвимым группам населения (Центр СПИД, наркология, миграционные службы, ГУИУН и др.).</p>	<p>1 Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. РЦЗНТ</p> <p>3. Министерство финансов РТ</p> <p>4. Партнеры по реализации ТБ программы и НПО</p>

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
	18.4. Увеличить финансирование для ТБ диспансеров для расширения их возможностей; в некоторых районах отделить бюджет от ПМСП.	
21. Некоторые ключевые информаторы выступают за применение принудительного лечения, несмотря на тот факт, что в Таджикистане меры своевременного и правильного консультирования при постановке диагноза показывают хорошие результаты в том, что касается своевременного начала лечения, даже среди людей с экономическими проблемами и другими возможными препятствиями к лечению.	21.1 Необходимо отменить меры принудительного лечения и разъяснить врачам о вредности угроз применения таких мер к пациентам, которые сомневаются в необходимости начала лечения. Вместо угроз необходимо усилить работу по улучшению понимания необходимости лечения, уделяя особое внимание основным социально-экономическим проблемам, которые препятствуют обращению людей за медицинской помощью. В целях повышения результативности проводимой деятельности расширять сотрудничество с неправительственными организациями и социальными работниками	1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ 2. РЦЗНТ 3. Партнеры по реализации ТБ программы и НПО
22. Причины экономического характера часто выступают препятствиями к началу лечения среди мужчин, которые являются единственными кормильцами в семье, особенно в удаленных районах.	22.1 Необходимо повысить информирование людей о социальной поддержке во время лечения ТБ, включая людей, которым поставлен диагноз и которые сомневаются в начале лечения ТБ. Необходимо поощрять систему поддержки по принципу «равный-равному», включая такую поддержку по телефону, равно как и другие меры поддержки после постановки диагноза. 22.2 Шире использовать имеющийся в стране опыт по оказанию социальной поддержки пациентов ТБ, проходящих лечение, в таких формах, как освобождение от некоторых налогов, от выплат за коммунальные услуги, а также предоставление периодической продуктовой помощи. Внести в национальную программу по защите населения от	1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ 2. РЦЗНТ 3. Местные хукуматы 4. Партнеры по реализации Программы борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
	туберкулеза пункт по поддержке пациентов и членов семьи ТБ.	
23. Отсутствие регулярного обследования людей с диабетом на ТБ, что может являться причиной задержек в диагностике и лечении ТБ среди этой группы населения.	23.1 Необходимо обучать и периодически консультировать эндокринологов по вопросам регулярных проверок на ТБ среди людей с диабетом, равно как и по вопросам поддержки людей с двойным диагнозом.	1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ 2. РЦЗНТ
24. Бывшие заключенные, люди, употребляющие инъекционные наркотики, люди, живущие с ВИЧ, а также секс-работники испытывают проблемы с поддержкой со стороны семьи. Им чаще отказывают в оказании помощи в учреждениях первичной медицинской помощи. Отсутствие (причем частое) у людей с ТБ постоянного адреса и невозможность из-за этого представителей медицинских учреждений вступить с ними в контакт.	24.1. Среди работников учреждений первичной медицинской помощи необходимо повысить чувствительность к проблемам таких стигматизированных групп населения, как люди, живущие с ВИЧ, люди, употребляющие наркотики, секс-работники, а также заключенные. Повышению чувствительности может способствовать организация доступности помощи при ТБ в том же месте, где можно получить другие виды медицинской помощи без дискриминации и стигмы, с уважением достоинства человека. 24.2 Необходимо вовлекать НПО, работающие с людьми, живущими с ВИЧ, людьми, употребляющими наркотики, секс-работниками, а также бывшими заключенными, в процесс предоставления услуг сопровождения для постановки диагноза, получении лечения и социальной поддержки при ТБ. 24.3 Следует восполнить дефицит врачей в системе пенитенциарной медицины путем увеличения финансовых и других стимулов, а также продвижения сотрудничества пенитенциарной медицинской службы с Центрами СПИД, а также ТБ	1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ 2. РЦЗНТ 3. РЦ СПИД 4. ГУИУН 5. Партнеры по реализации ТБ программы и НПО

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
	диспансерами, в целях улучшения диагностики и поддержки лечения.	
25. Помимо низких правовых знаний, включая знания о доступе к лечению ТБ, трудовые мигранты из Таджикистана в России испытывают недостаток навыков в том, чтобы оформить свой трудовой иммиграционный статус в России и получить положенные по медицинской страховке услуги.	25.1. Обязательно проводить контроль за каскадом лечения ТБ у трудовых мигрантов, выезжающих и возвращающихся в/из России и Казахстана, включая доступность их онлайн поддержки и информирования по вопросам профилактики и своевременного диагноза.	1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ 2. РЦЗНТ 3, Партнеры по реализации ТБ программы и НПО 4. Министерство труда и занятости населения РТ
26. Отсутствие качественного консультирования и квалифицированной психологической помощи при сообщении диагноза и начале лечения.	26.1. Необходимо проводить мониторинг каскада лечения при ТБ или хотя бы мониторинг прогресса и задержек при продвижении людей от стадии диагноза к стадии получения лечения, в привязке к месту их жительства, демографическим показателям, принадлежности к ключевым группам населения. Это позволит улучшить процесс принятия управленческих решений, позволяющих устранить проблемы, исходя из конкретных потребностей людей. 26.2. Нужно разработать стандарты по консультированию пациентов при сообщении диагноза, начале лечения, в ходе лечения и по его завершении (данная рекомендация относится ко всем этапам лечения).	1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ 2. РЦЗНТ 3. Партнеры по реализации ТБ программы и НПО
27. Отсутствуют гендерно дезагрегированные статистические данные по выявленным и пролеченным случаям в разрезе форм туберкулеза, включая формы туберкулеза с	27.1 Требуется усовершенствовать нынешнюю систему сбора и анализа информации с учетом гендерных вопросов. При необходимости следует пересмотреть учетно-отчетные формы по ТБ и ЛУ-	1. РЦЗНТ 2. Международные партнеры

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
<p>множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ); данные по диагностике и лечению больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ; по показателям смертности женщин и мужчин от ТБ и др.</p>	<p>ТБ с добавлением информации о половой принадлежности и занятости пациентов. Таким образом, в рамках Программы борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан появится возможность анализа доступности женщин и мужчин к диагностике и лечению и планированию соответствующих гендерно ориентированных мероприятий. Такой анализ крайне важен, поскольку ТБ является для женщин одной из наиболее массовых болезней.</p>	
V. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ		
<p>28. На фоне низкого уровня материальной обеспеченности большинства пациентов ТБ фиксируются опасения по обеспечению доступа пациентов к бесплатному лечению после прекращения международной финансовой поддержки.</p>	<p>28.1 Обеспечить поэтапные меры перехода на полное государственное финансирование, включая закупку противотуберкулёзных препаратов первого и второго ряда, начиная с наименее обеспеченных категорий людей с ТБ.</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ 2. Министерство финансов РТ</p>
<p>29. Слабая психологическая и социальная поддержка пациентов ТБ во время лечения и членов их семей, особенно женщин, стигматизированных групп (ЛЖВ, РС, ЛУИН и др.)</p>	<p>29.1. Необходимо внедрять психологическое консультирование пациентов и членов семьи со стороны специалистов во время лечения на основе разработанных стандартов и использования различных форм, включая консультирование по телефону, через социальные сети и др.</p> <p>29.2. В целях повышения потенциала по психологическому консультированию, по соблюдению прав пациентов во время лечения и гендерной чувствительности медицинских работников учреждений первичной медицинской помощи и фтизиатров, регулярно проводить обучающие сессии, семинары по вопросам лечения ТБ с учетом особенностей работы с женщинами,</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p>

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
	<p>стигматизированными группами населения (ЛЖВ, СР ЛУИН и др.).</p> <p>29.3. Регулярно проводить мониторинг по соблюдению каскада помощи больным ТБ из различных групп (женщины и мужчины, различные возрастные группы, городские и сельские жители из числа ЛЖВ, РС, ЛУИН и др.) и использовать меры поддержки для уязвимых групп.</p>	
<p>30. Наличие значительных рисков прекращения лечения: 1. со стороны работающих пациентов ТБ по причине недовольства работодателей, отсутствия других источников средств существования; 2. со стороны женщин из-за необходимости присмотра за детьми, недовольства членов семьи и других причин.</p>	<p>30.1. Группам взаимопомощи людей, больных ТБ, органам местного самоуправления наладить взаимодействие с организациями по защите трудовых прав для сохранения и защиты трудовых прав людей с ТБ, с организациями по защите прав женщин.</p> <p>30.2. Органам местного самоуправления (джамоатам), махаллям изыскать возможности материальной поддержки и обеспечения продуктами питания людей, получающих длительное противотуберкулезное лечение (МЛУ-ТБ, ШЛУ-ТБ), особенно из малообеспеченных семей.</p> <p>30.3. При поддержке международных доноров ускорить внедрение плана ускоренного перехода на краткосрочные курсы лечения ТБ, а также внедрение новых режимов лечения, таких как ВРаL и лечения МКРЛ.</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Министерство финансов РТ</p> <p>3. Партнеры по развитию, включая международные организации и агентства ООН</p> <p>4. НПО</p>
<p>31. Дополнительные затраты на транспортные расходы для получения лекарственных препаратов, расходы на устранение побочных эффектов лечения.</p>	<p>31.1. Внедрить в практику системы выдачи препаратов на руки пациенту ТБ на несколько дней для снижения количества визитов в медицинские учреждения и транспортных расходов, при условии соответствующего консультирования и согласия пациентов, а также, по возможности, доступности</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Министерство финансов РТ</p>

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
	<p>лечения с видеонаблюдением (для некоторых пациентов).</p> <p>31.2. Для снижения расходов пациентов и достижения результативности лечения ТБ, в РТ увеличить финансирование статей закупок патогенетических препаратов и препаратов для смягчения побочных эффектов за счет государственного бюджета.</p>	
<p>32. Ограниченное понимание требований к диете, равно как и ограниченные финансовые возможности большого числа пациентов по соблюдению высококалорийной диеты, в том числе среди женщин, в семьях с невысоким доходом и других уязвимых групп.</p>	<p>32.1. Внести коррективы в систему социальной поддержки людей с ТБ, особенно в системы возмещения расходов на питание, использования существующих льготных социальных пакетов, предусматривающих продуктовую помощь или иную помощь для бедных слоев населения.</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Партнеры по развитию, включая международные организации и агентства ООН</p>
VI. ЗАВЕРШЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПОДДЕРЖКА ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ		
<p>33. Незрелость системы паллиативной помощи, включая обеспечение опиоидными анальгетиками.</p>	<p>33.1. Министерству здравоохранения и социальной защиты населения РТ в партнерстве со всеми заинтересованными структурами (государственными, общественными и международными организациями) разработать модель паллиативной помощи по ТБ с учетом особенностей домохозяйств Таджикистана, стандартов предоставляемых услуг в соответствии с рекомендациями ВОЗ и реальными возможностями.</p> <p>33.2 Из направлений деятельности структур паллиативной помощи по ТБ акцентировать внимание на таких, как:</p> <ul style="list-style-type: none"> – образовательный компонент, предполагающий подготовку компетентных 	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Партнеры по развитию</p> <p>3. Общественные организации</p>

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
	<p>и гендерно чувствительных кадров (врачей, медсестер, консультантов, аутрич-работников, волонтеров и др.) и включающий деятельность по разработке и внедрению соответствующих учебных программ в вузах, систему повышения квалификации, а также разработку модулей и проведение тренингов для консультантов, аутрич-работников из числа женских и других общественных организаций;</p> <ul style="list-style-type: none"> – создание мобильной службы оказания паллиативной помощи на дому, учитывая менталитет и особенности таджикских семей; – использование койко-мест для паллиативной поддержки, высвободившихся благодаря переходу к более широкому использованию амбулаторного лечения; – разработка новой системы обеспечения опиоидными анальгетиками, доступной для нуждающихся больных ТБ. 	
<p>34. Ограниченность социальной поддержки в ресоциализации пролечившихся женщин и мужчин, включая крайне ограниченную поддержку в переобучении и смене профессии, а также по вопросам трудоустройства.</p>	<p>34.1. В партнерстве со службами по государственному надзору в сфере труда и занятости населения, образования, правозащитными, женскими и другими общественными организациями, органами самоуправления разработать и реализовать межведомственные меры поддержки возвращения (ресоциализации) людей после лечения ТБ на работу, учебу, в сообщества, включая правовую, социальную, психологическую и другие виды поддержки.</p> <p>34.2. Расширить деятельность групп взаимопомощи по психологической поддержке людей после лечения и интеграции в жизнь местных сообществ.</p>	<p>1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ</p> <p>2. Министерство труда, миграции и занятости населения РТ</p> <p>3. Общественные организации и местные сообщества</p>

<i>Барьеры</i>	<i>Рекомендации</i>	<i>Ответственные организации</i>
<p>35. Отсутствие социального сопровождения возвращающихся после лечения трудовых мигрантов в Россию.</p>	<p>35.1. Изучить способы возможного мониторинга трудовых мигрантов после завершения лечения и возвращающихся в Россию для оказания им социальной поддержки в стране назначения.</p> <p>35.2. Общественным организациям Таджикистана посредством налаживания сотрудничества с российскими партнерами проводить информационную работу о важности постлечебной стадии и доступных возможностях обращения за услугами поддержки в РФ для полного восстановления здоровья и профилактики ТБ.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ 2. Министерство труда, миграции и занятости населения РТ 3. Общественные организации и местные сообщества

10. Заключение

В ходе исследования были выявлены и оценены барьеры в доступе к услугам профилактики, лечения и ухода при ТБ для ключевых групп населения. Эти барьеры касаются правовой среды, гендера, стигмы и прав человека. Как правило, они влияют на доступ к услугам при ТБ и дают знать о себе на протяжении всего пути, который проходит пациент с ТБ - с момента проявления симптомов и постановки диагноза до завершения лечения и последующего ухода за пациентом. Исследование показало, что действие прогрессивного законодательства о правах человека в Республике Таджикистан на практике оказывается не вполне применимым к ключевым и уязвимым к ТБ группам населения. Такая ситуация сложилась из-за недостаточных знаний о ТБ, распространенных стигматизирующих мифах об этом заболевании, из-за отсутствия гендерно чувствительных подходов к противодействию ТБ, действующей в отношении ключевых групп криминализации, а также из-за недостаточного финансового и организационного обеспечения социально-экономической и информационной поддержки ключевых и уязвимых к ТБ групп, а также медицинских работников.

Методика исследования позволила охватить три географических области Республики Таджикистан, а также представителей наиболее уязвимых к ТБ групп и медицинских работников. Благодаря такому охвату результаты исследования в должной степени отражают проблемы общенационального масштаба. Используемая методика помогла также выявить барьеры в доступе к услугам при ТБ, которые имеют место на всех этапах каскада лечения. Разработанные по результатам исследования рекомендации направлены на улучшение каскада предоставляемой помощи, ориентированной на соблюдение прав человека, устранение правовых, гендерных барьеров и снижение стигмы в обществе. Эти рекомендации должны способствовать повышению эффективности усилий Республики Таджикистан в противодействии ТБ посредством совершенствования правовой среды, удовлетворения потребностей ключевых групп населения, затронутых эпидемией, решения проблем в сфере гендера и снижения стигматизации. Согласование результатов исследования и разработанных по его итогам рекомендаций с широким кругом национальных и международных партнеров должно значительно активизировать реализацию мер по информированию и разработке дальнейших шагов по повышению эффективности противотуберкулезной работы в республике. Лидирующую роль в этом процессе должны играть представители государственных и местных органов власти, служб и учреждений, при активном привлечении НПО, включая представителей ключевых и уязвимых групп населения. При этом важное значение имеет и использование рекомендаций международных органов по защите прав человека.