

ОЦЕНКА ГЕНДЕРНЫХ ВОПРОСОВ В  
КЫРГЫЗСТАНЕ

САМАНТА СОКОЛОВСКИ  
2016

## Содержание

Список сокращений.....	3
Резюме .....	4
1 Гендерно-правовая оценка: подход и методология.....	5
2 Результаты.....	6
2.1 Распространенность и заболеваемость туберкулезом и поведенческая информация .....	6
2.2 Гендерное равенство в политике и программах борьбы с туберкулезом.....	9
2.2.1 Доступ к услугам.....	9
2.2.2 Социальные, культурные и экономические факторы .....	10
3 Всеобъемлющие ответные меры на туберкулез.....	11
3.1 Профилактика туберкулеза.....	11
3.2 Тестирование и лечение.....	11
3.3 Пенитенциарные учреждения .....	12
4 Стигма и дискриминация .....	13
5 Гендерные аспекты .....	15
5.1 Гендерные стереотипы.....	15
6 Гендерное насилие .....	17
7 Рекомендации.....	18
8 Ссылки.....	20
Приложение 1. Список опрошенных лиц.....	22
Приложение 2. Основные характеристики страны.....	26
Приложение 3. Профиль страны по туберкулезу. Кыргызстан 2014 г. ....	28
Приложение 4. Законы в области здравоохранения и Национальные программы Кыргызстана.....	29
Приложение 5. Краткий анализ опрос проекта “Победим ТБ» .....	31
Приложение 6. Вопросник проекта “Победим ТБ» .....	38
“Победим ТБ”“Победим ТБ»	

## Список сокращений

ЛНН	Лечение под непосредственным наблюдением
ЛУ-ТБ	Лекарственно-устойчивый туберкулез
ГПО	Гендерно-правовая оценка
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
МЛУ-ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
МЗ	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
НПО	Неправительственная организация
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ЛЖВС	Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
ТП	Техническая помощь
ТБ	Туберкулез
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ПРООН	Программа развития ООН

## Резюме

Все чаще признается, что гендерные аспекты играют важную роль в доступе к медико-санитарной помощи и лечению туберкулеза (ТБ). Настоящий технико-консультационный доклад, созданный по инициативе Партнерства «Стоп ТБ», способствует расширению доказательной базы, на основе которой будут разрабатываться целенаправленные меры вмешательства для ликвидации гендерных барьеров в борьбе с туберкулезом.

Данные по заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза в Кыргызстане дезагрегированы по гендерному признаку. Однако, дополнительную важную информацию можно было бы получить благодаря разбивке по гендерным признакам данных о туберкулезе с лекарственной устойчивостью (ЛУ-ТБ) и результатах лечения, в особенности у пациентов, выпавших из поля зрения.

Как мужчины, так и женщины утверждают, что они не испытывали какой-либо дискриминации, а методика лечения не различалась по гендерным признакам. Однако, благодаря информации, полученной от фокус-групп, можно сделать вывод, что поведение в плане обращения за медицинской помощью значительно различается: женщины обращаются за диагностикой на более поздней стадии, чем мужчины. Были описаны некоторые факторы, влияющие на такие отложенные обращения за медико-санитарной помощью, как недооценка важности роли женщины в семье, а также страх социальной изоляции в семье или сообществе. Респонденты отмечали еще один характерный для женщин фактор — самолечение, вызванное опасениями высокой стоимости диагностики, которое предшествует обращению в государственные структуры здравоохранения, особенно, в случаях невысокого социально-экономического статуса семьи. Этот фактор не был отмечен в отношении мужчин. Необходимы дальнейшие исследования для идентификации гендерных различий в поведении при обращении за медико-санитарной помощью лиц с симптомами туберкулеза.

Стигма как среди мужчин, так и среди женщин была описана как сильный отрицательный фактор воздействия на жизнь людей, затронутых туберкулезом. Стигма приводит к сокрытию заболевания туберкулезом, что, в свою очередь, приводит к отсутствию информированности о заболевании среди тесных контактов пациента с туберкулезом, способствуя таким образом распространению заболевания. Показано наличие серьезной самостигматизации у многих пациентов. К самостигматизации относятся информированность о стереотипах, согласие с ними и проецирование их на себя.

Весьма необходимы дальнейшие исследования масштабов и форм стигмы, что позволит понять степень ее влияния на жизнь лиц с туберкулезом и,

как следствие, разработать меры противодействия. Для успешного перехода на амбулаторное лечение необходимо решить проблему стигмы.

После проведения экспертных интервью и фокус-групп стало ясно, что пол пациента не влияет на доступ к системе здравоохранения. Как женщины, так и мужчины утверждали, что они не испытывали никакой дискриминации и не сталкивались с неодинаковым обращением по причине их половой принадлежности. Представляется, что гендерные различия проявляются до обращения в систему здравоохранения — очень сильно различается поведение при обращении за медико-санитарной помощью, и, как результат, женщины получают диагноз заболевания туберкулезом на более поздней стадии, чем мужчины.

Доклад отмечает необходимость проведения повторных исследований для получения дополнительных количественных данных, позволяющих полностью понять дифференцированное воздействие туберкулеза на жизни мужчин и женщин, а также выявить имеющиеся отношения к гендерным аспектам барьеры, препятствующие доступу к диагностированию туберкулеза.

## 1 Гендерно-правовая оценка: подход и методология

Техническая помощь (ТП) для проведения Гендерно-правовой оценки (ГПО) в Кыргызстане была оказана Партнерством [«Стоп ТБ»](#).

Оценка базируется на данных, полученных в результате первичных и вторичных исследований. Вторичные исследования включали кабинетный анализ подобных исследований, политической, регуляторной и правовой документации, в особенности Закон Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» и доклады по имплементации ратифицированных международных соглашений.

После вводной программы были проведены первичные исследования, которые включали в себя двухнедельный сбор данных на местах (полуструктурированные интервью и 15 фокус-групп в Бишкеке и Чуйской области). Вводная программа ставила за цель разъяснение основ оценки заинтересованным сторонам на национальном уровне, презентацию инструмента оценки (Инструмент оценки гендерных вопросов ЮНЭЙДС и Партнерства «Стоп ТБ» для национальных программ по ВИЧ и ТБ) и формирования консультативных групп для этой оценки. Вопросник по оценке правовых аспектов был разработан специально для целей этой оценки. Группа по оценке состояла из внештатных советников, [Нонны Турусбековой](#) и Саманты Соколовски, при поддержке членов ОФ «Кыргызская коалиция для борьбы с туберкулезом». Фокус-группы для гендерной оценки были сформированы в основном по гендерным признакам, а для правовой оценки были в основном смешанными. Темы обсуждения в фокус-группах были следующие:

прошлый опыт участников в плане доступа к диагностике и лечению, ощущаемые различия между мужчинами и женщинами, их осведомленность о своих правах и потенциальные нарушения таких прав.

Основными экспертами были представители Национального центра фтизиатрии, национальных министерств и ведомств, занимающихся борьбой с туберкулезом, поставщики медицинских услуг, международные организации, организации, предоставившие техническую помощь, организации гражданского общества и люди с туберкулезом. Полный список экспертов приведен в Приложении 1.

По окончании программы, предусматривающей выезд на места, был проведен круглый стол с различными заинтересованными сторонами, целями которого были обсуждение и проверка достоверности полученных данных.

## 2 Результаты

### 2.1 Распространенность и заболеваемость туберкулезом и поведенческая информация

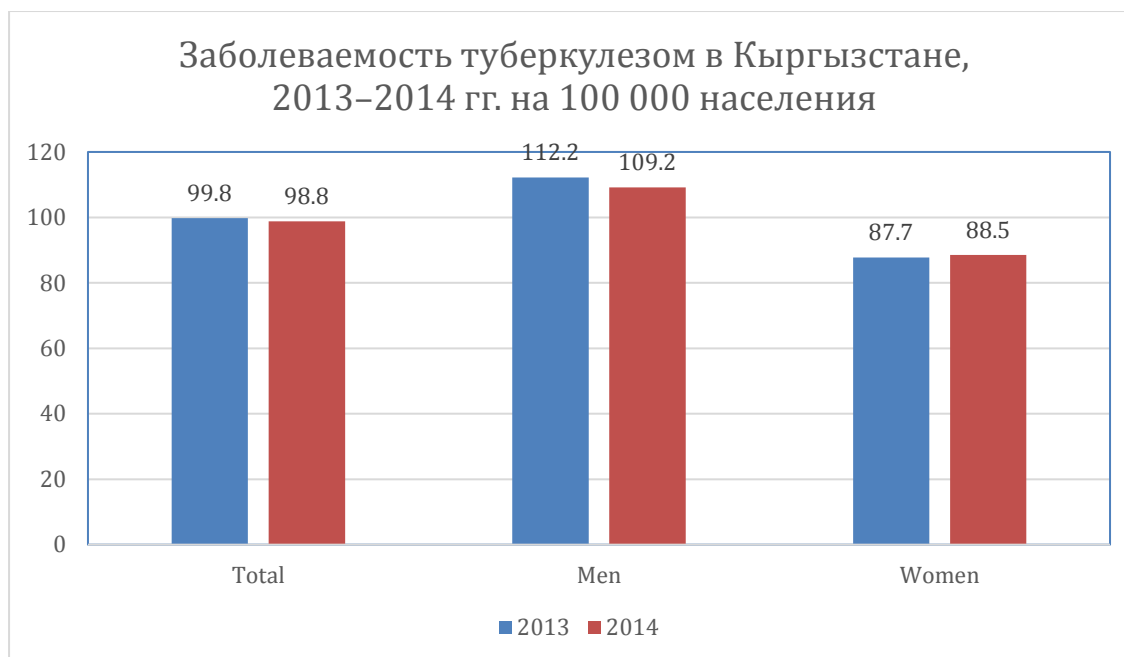
Уровень распространенности туберкулеза в Кыргызстане очень высок, и эта страна находится в перечне стран с высоким бременем МЛУ-ТБ, составленным ВОЗ<sup>1</sup>. Основные характеристики страны описаны в Приложении 2, статистические данные по туберкулезу в Кыргызстане приведены в Приложении 3.

В период с 2013 по 2014 гг. наблюдалось незначительное снижение общего числа людей с диагностированным туберкулезом. Снижение заболеваемости наблюдается среди мужчин, но График 2 демонстрирует очень незначительное увеличение заболеваемости среди женщин.

График 1. Заболеваемость туберкулезом в Кыргызстане, 2013–2014 гг.

---

<sup>1</sup>[http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/high\\_tb\\_burden/countrylists2016-2020.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/high_tb_burden/countrylists2016-2020.pdf)

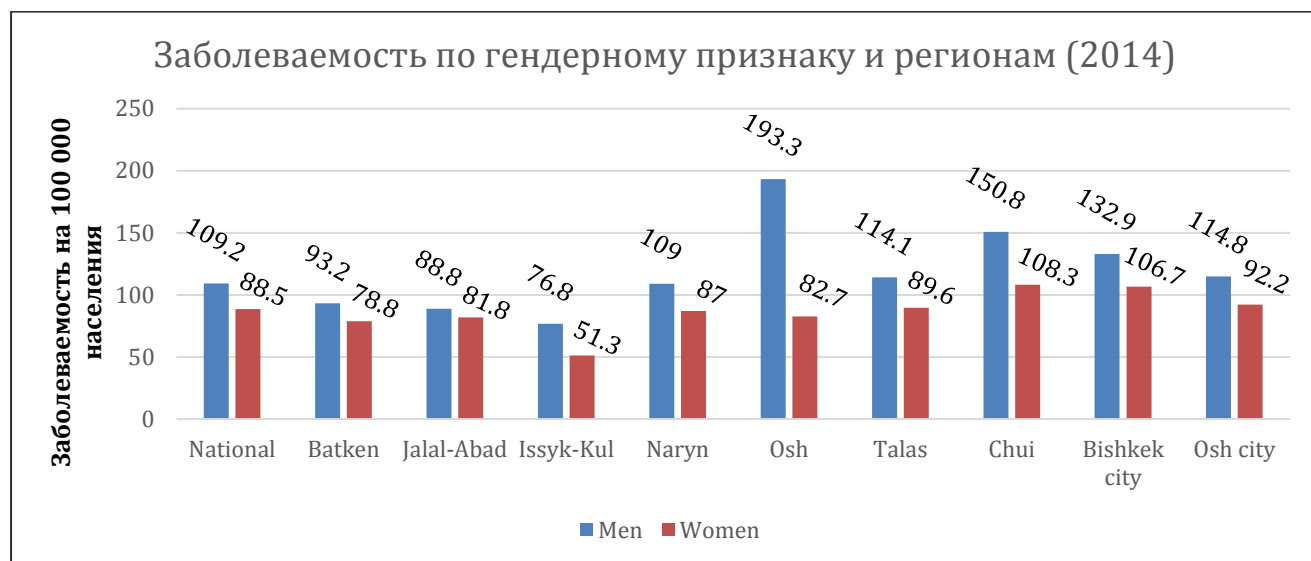


Source	Target
Total	Всего
Men	Мужчины
Women	Женщины

Источник: НПТ

В графике ниже (График 2) данные за 2014 год по заболеваемости туберкулезом демонстрируют как различия между мужчинами и женщинами, так и между областями и двумя главными городами (Бишкек и Ош). По всем областям мы видим большее количество зарегистрированных случаев заболевания среди мужчин, чем среди женщин, однако Ошская область демонстрирует не только высокий уровень заболеваемости, но и особенно ощутимые гендерные различия. Во время проведения круглого стола этому факту было дано потенциальное объяснение: все больше мужчин из Ошской области мигрируют в поисках работы в Россию и другие страны, возвращаются инфицированными туберкулезом, что, как следствие, и является причиной увеличения количества уведомлений о случаях заболевания среди мужчин; также упоминался факт более консервативного отношения общества к женщинам, что приводит к высокому уровню стигмы при обращении женщин за диагностикой и лечением туберкулеза. Для объяснения таких гендерных различий необходимы последующие исследования.

График 2. Заболеваемость туберкулезом в разбивке по гендерным признакам и регионам, 2014 г. Источник: НПТ.



Source	Target
National	По стране
Batken	Баткен
Jalal-Abad	Джалал-Абад
Issyk-Kul	Иссык-Куль
Naryn	Нарын
Osh	Ошская область
Talas	Талас
Chui	Чуйская область
Bishkek city	Бишкек
Osh City	Город Ош
Men	Мужчины
Women	Женщины

Эпидемия туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) в Кыргызстане считается одной из самых тяжелых в мире<sup>2</sup>. У многих людей диагноз туберкулеза был поставлен с запозданием, а зачастую люди, пораженные МЛУ-ТБ, не получали надлежащего лечения по причине нехватки противотуберкулезных препаратов второй линии<sup>3</sup>. Медицинские учреждения Кыргызстана только усугубляют это бремя по причине низкого качества профилактических и противоэпидемических мероприятий: сроки пребывания в стационаре по-прежнему слишком длительны, а качество услуг — низкое (там же). Учреждения по оказанию первичной медико-санитарной помощи так же сталкиваются с проблемами, причинами которых является туберкулез. Существует необходимость улучшения ведения пациентов с туберкулезом в

<sup>2</sup> [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/273308/HIV-Programme-Review-in-Kyrgyzstan.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/273308/HIV-Programme-Review-in-Kyrgyzstan.pdf?ua=1)

<sup>3</sup> <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/country-work/Kyrgyzstan>



стационарных и амбулаторных условиях<sup>4</sup>. Дополнительными проблемами для системы здравоохранения стали нехватка квалифицированных фтизиатров — среди медицинского персонала произошла существенная «утечка мозгов», особенно в Россию, а также низкая привлекательность пульмонологии для студентов-медиков. Несмотря на то, что медицинские учебные заведения по-прежнему привлекают студентов, серьезную проблему представляет вопрос удержания выпускников в медицинских учреждениях и по этой причине система продолжает терять квалифицированных сотрудников<sup>5</sup>.

Несмотря на наличие эпидемиологических данных с разбивкой по возрасту и гендерным признакам, координация управления данными по туберкулезу между учреждениями Министерства здравоохранения (МЗ) и другими ведомствами остается слабой. Также наблюдается недостаточная поддержка краткосрочного курса лечения под непосредственным наблюдением (ЛНН) на уровне учреждений по оказанию первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Меры борьбы с инфекционными заболеваниями на период постановки диагноза, лечения и изоляции пациентов с положительным результатом тестирования мазка мокроты, пораженных МЛУ-ТБ, являются несовершенными. Приверженность к лечению МЛУ-ТБ является непростой проблемой, а мониторинг и оценка людей с лекарственной устойчивостью к туберкулезу нуждаются в улучшении<sup>6</sup>. Отмечается увеличение заболеваемости туберкулезом, сочетанного с ВИЧ. Только в 2013 году туберкулез стал причиной 53 % случаев смерти среди людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС).

## 2.2 Гендерное равенство в политике и программах борьбы с туберкулезом

### 2.2.1 Доступ к услугам

Многочисленные законы гарантируют равный доступ к услугам здравоохранения, а программы в области здравоохранения на национальном уровне нацелены на улучшение здоровья всего населения (Приложение 4). Закон Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» гарантирует бесплатное лечение от туберкулеза и уход. Однако, по свидетельствам респондентов, неофициальные выплаты из своего собственного кармана, такие как покупка лекарственных средств у медицинского персонала или непосредственная передача денег наличными, являются обычной практикой. По словам больных, это относится к любой медицинской услуге, а не только к лечению туберкулеза.

<sup>4</sup> <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/country-work/Kyrgyzstan>

<sup>5</sup> Ходжамуродов, Речел, 2010 г.

<sup>6</sup> <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/country-work/Kyrgyzstan>

«Манас таалими», Национальная Программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики <sup>7</sup>, определяет борьбу с туберкулезом и респираторными заболеваниями как приоритетное направление и это, на первый взгляд, делает внедрение и оказание услуг по лечению туберкулеза, как и получение дополнительного финансирования на борьбу с туберкулезом<sup>8</sup>, легкодостижимой задачей, однако, к сожалению, этого не произошло.

Экспертные интервью и фокус-группы четко показывают отсутствие влияния гендерных признаков на доступ к медицинским услугам. Как женщины, так и мужчины утверждали, что они не испытывали никакой дискриминации и не сталкивались с неодинаковым обращением по причине их половой принадлежности. Представляется, что гендерные различия проявляются до обращения в систему здравоохранения — очень сильно различается поведение при обращении за медико-санитарной помощью, и, как результат, женщины получают диагноз заболевания туберкулезом на более поздней стадии, чем мужчины<sup>9</sup>.

### 2.2.2 Социальные, культурные и экономические факторы

Экономические трудности, особенно в сочетании с заболеванием туберкулезом, были названы всеми респондентами. Даже несмотря на то, что противотуберкулезное лечение само по себе бесплатно, дополнительное лекарственное обеспечение, например для лечения побочных эффектов или диетические добавки, остаются недоступными для многих людей, пораженных туберкулезом. Уязвимое положение женщин с экономической точки зрения только усугубляет бремя их заболевания. Диагностика возможных дальнейших осложнений, таких как проблемы с почками или печенью, уже не будет бесплатной, в результате чего такие осложнения могут остаться без лечения.

Вне зависимости от уровня образования, женщины чаще, чем мужчины оказываются безработными. В 2012 году общий уровень безработицы составлял 8,4 %, а уровень безработицы среди женщин был 9,5 % и значительно превышал показатель для мужского населения (7,7 % соответственно). У женщин также отмечается более высокий уровень длительной безработицы (12 месяцев и более) — 13,6 % против 12,3 % у мужчин (Национальный обзор Кыргызской Республики в рамках Пекинской декларации и Платформы действий, 2014 г.).

<sup>7</sup> Кыргызстан разработал две основные программы реформирования здравоохранения после обретения независимости: «Манас» (с 1996 по 2006 гг.) и «Манас таалими» (с 2006 по 2010 гг.), внедрив комплексные структурные изменения в систему оказания медицинской помощи с целью укрепления первичной медико-санитарной помощи, развития семейной медицины и реструктуризации больничного сектора.

<sup>8</sup> Тейтелбаум, Ибрагимов, Акчурин, 2006 г. [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnadp492.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadp492.pdf)

<sup>9</sup> В небольшом масштабном исследовании, разработанном и проведенном проектом «Победить ТБ», опрошенные женщины не показали никакой разницы по сравнению с мужчинами, но так как нет никакой информации об этом примере, необходимы дальнейшие исследования.

### 3 Всеобъемлющие ответные меры на туберкулез

#### 3.1 Профилактика туберкулеза

Согласно ответам респондентов, требуется безотлагательно начать информационные кампании по профилактике туберкулеза. Упоминались некие плакаты, финансирование на которые выделили доноры, однако большинство респондентов в фокус-группах признались в том, что они не только не видели этих плакатов, но и не владеют никакой информацией о профилактике туберкулеза. Один из респондентов сказал, что *«в наше время каждый школьник знает, как предохраняться от ВИЧ, как он передается, но никто не имеет ни малейшего представления о туберкулезе»*.

Согласно ответам некоторых наших респондентов, многие из которых (как мужчины, так и женщины) имеют опыт рабочего-мигранта в Российской Федерации (чаще) и Казахстане (реже), актуальной становится разработка информационных материалов, ориентированных конкретно на мигрантов. Респонденты отмечали, что если бы они знали больше о симптомах туберкулеза и его последствиях, то они бы уделили этой проблеме больше внимания, они бы раньше обратились к врачу или же раньше вернулись домой. Им также не было ничего известно об их правах в другой стране, а многие из них утверждают, что как только становилось известно об их инфицировании туберкулезом, отношение к ним менялось в худшую сторону.

Для уменьшения сопровождающей туберкулез стигмы также будут важны информационные кампании в средствах массовой информации. Молодая женщина сказала: *«Когда я узнала о своем диагнозе, я была шокирована. Я думала, что такое случается только в тюрьмах. Людей нужно информировать. Я полагала, что только плохие люди и люди с вредными привычками могут заразиться туберкулезом»*. Такая повсеместная нехватка информации приводит не только к стигме в обществе, но и к внутренней стигме (самостигматизации). К самостигматизации относятся информированность о стереотипах, согласие с ними и проецирование их на себя. Многие из пораженных заболеванием людей искренне верят, что они «испорчены навсегда».

#### 3.2 Тестирование и лечение

В настоящее время здравоохранение Кыргызстана финансируется из следующих основных источников: поступления из общего бюджета (республиканского и местного), поступления в Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), Программа государственных инвестиций, платные услуги и внешние источники финансирования (включая фонды доноров и кредиторов).

Согласно законодательству, все услуги, связанные с туберкулезом, должны предоставляться бесплатно всем категориям населения. Несмотря на то, что большинство респондентов подтвердили этот факт, некоторые из них

отмечали определенные нарушения этого принципа, в частности случаи, когда врачи требовали оплату за проведение операции. Относительно данной ситуации различий в ответах мужчин и женщин не наблюдалось. Цитируем женщину-респондента, рассказавшую о своей подруге, которой потребовалась операция по причине внелегочного туберкулеза: *«Первая операция на правой стороне пациентки Х<sup>10</sup> была бесплатной, а вот за операцию на другой стороне, по словам врача, необходимо было заплатить».*

Пораженные туберкулезом люди, которые нарушали предписанную схему лечения, отмечали проблемы в отношении возврата к лечению и получения противотуберкулезных лекарственных средств: *«Врач запросил с меня 300 долларов США за возврат к лечению».*

В фокус-группах, состоявших из одних мужчин, неоднократно обсуждалась тема хирургического лечения туберкулеза легких. Несколько мужчин-респондентов утверждали, что врачи *«слишком спешат сообщить вам о необходимости хирургической операции и, конечно же, они хотят денег за ее проведение».* Тема необходимости хирургической операции не поднималась в женских группах.

Несмотря на то, что лечение туберкулеза доступно и бесплатно, за рентгенодиагностику нужно платить. Согласно сразу нескольким источникам, рентгенодиагностика стоит приблизительно 120 сом (около 1,20 доллара США), и всем тесным контактам лица пораженного туберкулезом необходимо было ее пройти. В целом, эта сумма денег считается незначительной, но может стать барьером для диагностики туберкулеза, особенно для женщин. Одна женщина-респондент сказала: *«120 сом — это небольшая сумма денег, но если у вас четверо детей, это уже существенно».*

Как мужчины, так и женщины отмечают низкий уровень внимания и информированности первичной медико-санитарной помощи, а также тот факт, что визиты в учреждения первичного медико-санитарного обслуживания для получения противотуберкулезных лекарственных средств были для них обременительными. Женщины утверждали, что из-за домашних обязанностей и ухода за детьми им очень сложно ежедневно посещать кабинет врача, а мужчины говорили, что им очень сложно *«работать, кормить семью и еще находить время на походы к врачу».*

### 3.3 Пенитенциарные учреждения

В фокус-группах в качестве одной из причин большей представленности мужчин в национальной статистике по туберкулезу называлась *«тюрьма».* За последние несколько лет положение с туберкулезом в местах лишения свободы Кыргызстана радикально улучшилось. В настоящий момент из общего числа 8162 заключенных в стране 250 поражены туберкулезом (из них 126 туберкулезом с лекарственной устойчивостью). В пенитенциарном

<sup>10</sup> Для того чтобы сохранить анонимность респондента, авторы решили использовать Х.

учреждении содержится только одна женщина, пораженная туберкулезом. Следовательно, показатель пораженности составляет 3061 на 100 000 населения или же приблизительно 3 % заключенных поражены туберкулезом.

Скрининг заключенных проводится ежегодно, а к лицам, взятым под стражу и находящимся в ожидании суда, эта процедура применяется сразу же. В рамках пенитенциарной системы был реализован пилотный проект Международного Красного Креста, предусматривающий использование специальной скрининг-анкеты для выявления заболеваний туберкулезом на очень ранней стадии. В пенитенциарных учреждениях действует программа обмена игл, а также имеется доступ к метадоновой и антиретровирусной терапии (АРТ).

Бывший заключенный, участник одной из фокус-групп, сказал: *«Когда я узнаю от своих сограждан о всех тех проблемах, с которыми им приходится сталкиваться после постановки диагноза и во время лечения — это меня поражает. Я был в тюрьме и там обо мне хорошо заботились».*

В ходе интервью с представителями пенитенциарной системы их попросили объяснить возможные причины такой существенной разницы уровня заболеваемости туберкулезом между заключенными мужчинами и женщинами. Их ответы не выходили за рамки существующих в обществе стереотипных представлений о мужчинах и женщинах: женщины более чистоплотны, они могут лучше о себе позаботиться, а мужчины более склонны к риску, они употребляют наркотиками и алкоголем. Отмечался также фактор большей переполненности мужских пенитенциарных заведений по сравнению с женскими.

Изъятие паспортов у лиц, находящихся в местах лишения свободы и отсутствие зарегистрированного места жительства после освобождения приводят к тому, что бывшие заключенные сталкиваются с затруднениями при регистрации и продолжении лечения от туберкулеза или ВИЧ или получении любой другой медицинской услуги. Официально для оказания помощи в решении таких проблем работает финансируемая Красным Крестом программа, однако согласно ответам респондентов, эта проблема по-прежнему актуальна, и непрерывность лечения находится под угрозой.

#### **4 Стигма и дискриминация**

Анализируя информацию, полученную как из фокус-групп, так и из экспертных интервью, были идентифицированы два ключевых фактора, воздействующих как на мужчин, так и женщин больных туберкулезом. Первый — это экономические трудности, а второй — стигма и дискриминация во всех аспектах их жизни.

Стигма уничтожает человеческое достоинство, маргинализирует носителей заболевания, нарушает фундаментальные права человека,

существенно сокращает шансы людей, подвергающихся стигматизации, в полной мере реализовать свой потенциал, а также препятствует стремлению к счастью и удовлетворенности.

Стигма мешает людям пройти тестирование на туберкулез (из-за страха последующих страданий), обращаться за медико-санитарной помощью, рассказать другим о своем диагнозе, соблюдать приверженность к лечению и последующему наблюдению. Страх стать отверженным в обществе и лишиться поддержки мешает многим людям с туберкулезом рассказать о своем диагнозе членам семьи, друзьям и коллегам.

Как мужчины, так и женщины, страдающие от туберкулеза или излечившиеся от него, рассказывали о своем опыте стигматизации и дискриминации со стороны друзей, членов семьи, медицинских работников, одноклассников, коллег и соседей.

Стигматизация туберкулеза в обществе является причиной того, что люди с туберкулезом отказываются от мер контроля за распространением инфекции, например во избежание дискриминации в общественном транспорте и магазинах, не пользуются хирургической маской.

Все респонденты признали, что стигма препятствует диагностике и лечению туберкулеза, а в отношении женщин и девочек она еще сильнее.

Женщины-респонденты высказывали опасения в отношении своего репродуктивного здоровья: «А смогу ли я когда-либо стать матерью?», «Я не смогу родить здорового ребенка», «Я боюсь, что туберкулез передается по наследству, а я не хочу передать его моему будущему ребенку», «Теперь у меня изменятся гены». Поиск спутника жизни превращается в проблему, поскольку туберкулез, якобы, может серьезно навредить перспективе замужества: *«Если кто-то узнает об этом, я никогда не найду себе мужа».*

Женщины обычно стараются скрывать вероятное заболевание туберкулезом как можно дольше, опасаясь стигмы, которая может привести к тому, что либо муж, либо ее родня выгонят ее из семьи. Одна женщина-респондент в связи с этим сказала: *«Кому нужна больная жена?».* Многих женщин из фокус-групп бросили мужья и отобрали у них детей.

Схожие опасения были высказаны мужчинами, однако их опасения были связаны не столько с поиском супруги, сколько с защитой имеющих семей: *«Когда я вернусь здоровым, чтобы уберечь мою семью, я не вернусь к ним. Я буду снимать отдельное жилье», «Мне потребуется отдельный комплект кухонной посуды. Я не хочу, чтобы они заразились от меня».*

Больные туберкулезом беспокоятся о своем будущем в целом, их волнует то, что они не смогут найти работу, в частности то, что они не смогут работать в сфере образования и с детьми, а также они опасаются того, что от них могут отвернуться их семьи. Многие из них даже рассказывали о случаях, когда их друзья при встрече переходили на другую сторону



улицы. Мужчина-респондент рассказал: *«Мои друзья стали бояться меня настолько, что один из них даже перестал брать трубку телефона, когда я звонил ему».*

Необходимы повторные исследования о связанной с туберкулезом стигме в Кыргызстане. Чрезвычайно важно понять различные аспекты стигмы в целом для пациентов, и особенно важно понять, как стигма отличается у мужчин и женщин, мальчиков и девочек и насколько дифференцированно она воздействует на повседневную жизнь затронутых групп населения.

В рамках финансируемого ЮСАИД проекта «Победим ТБ» было проведено краткое, состоящее из восьми вопросов, начальное анкетирование, нацеленное на изучение связанного со стигмой опыта 129 женщин из Бишкека, Чуйской и Джалал-Абадской областей. С целью получить информацию для сравнения ОФ «Кыргызская коалиция для борьбы с туберкулезом» использовала тот же инструмент для интервью 129 мужчин из тех же регионов. Заполненные анкеты были проанализированы совместно с проектом «Победим ТБ», а их краткий анализ приводится в Приложении данного отчета (Приложение XX).

## 5 Гендерные аспекты

В целом, законодательство Кыргызстана гарантирует равные возможности для мужчин и женщин, что соответствует международным требованиям и не предусматривает различий между мужчинами и женщинами. Однако, существующая социальная практика обуславливается традиционными представлениями, которые базируются на патриархальных структурах, устоях, стереотипах и взглядах. Такие представления могут формировать социальные роли, предписываемые мужчинам и женщинам, влиять на них и создавать ожидания для поведенческих шаблонов, что может привести к неравным и даже дискриминационным результатам.

### 5.1 Гендерные стереотипы

Серьезную озабоченность вызывает факт того, что общее отношение и преобладающее восприятие в более широких кругах общества заключаются в том, что существующие гендерные роли не представляют никаких проблем, а мужчины и женщины равноправны и свободны. Респонденты продемонстрировали наличие очень сильных гендерных стереотипов и патриархальных взглядов, предлагали определенные роли и устанавливали конкретные шаблоны поведения для мужчин и женщин, в особенности в рамках семьи и домашнего хозяйства.

Считается, что женщины должны быть матерями и хранительницами домашнего очага, а мужчины возлагают на себя функцию принятия решений основных кормильцев в семье. Как сказала одна женщина-респондент, *«мужчина это тот, кто приносит деньги».*

По общему мнению, если из-за низкой зарплаты мужа или его статуса безработного, женщина вынуждена работать, чтобы обеспечить

дополнительную поддержку семье, *«это именно та ситуация, с которой начинаются все конфликты в семье, женщина захочет иметь право голоса в семье, а так быть не должно»*. Такие мужчины не соответствуют социальному стереотипу мужественности — источник сексуальной энергии, материально обеспечен и авторитетен — и являются объектами психологического давления. Этим можно объяснить высокий уровень самоубийств среди мужчин в Кыргызстане, который в четыре раза выше уровня самоубийств среди женщин (ПРООН в Кыргызской Республике, 2010 г.).

Вышеупомянутые стереотипы ограничивают права женщин, их вовлеченность и полномочия в плане принятия решений. Это самым непосредственным образом влияет на обращаемость женщин за медико-санитарными услугами. В ходе обсуждения в фокус-группах неоднократно отмечалось, что в случае заболевания женщина поставит на первое место лечение других членов семьи, а не себя, особенно если финансовые ресурсы семьи ограничены. *«Я последняя в очереди», «Прежде всего я позабочусь о лечении мужа и детей, а я могу подождать»*. В первую очередь женщины прибегнут к методам традиционного врачевания, а лишь затем обратятся за официальной диагностикой туберкулеза. Этим объясняется статистическое расхождение между зарегистрированными случаями заболевания туберкулезом у мужчин и женщин. Одновременно это означает задержку диагностирования, однако случаи заболевания отображаются в цифрах. Необходимы дополнительные исследования для лучшего понимания такого различия.

В ходе интервью и и обсуждений в фокус-группах на вопрос о возможных причинах гендерных различий в статистике по туберкулезу, как мужчины, так и женщины без долгих раздумий объясняли более высокую подверженность мужчин заболеванию тем, что *«мужчины употребляют алкоголь, курят и «гуляют», им наплевать на себя и они ведут себя безответственно»*, а также тем, что *«мужчины заражаются в тюрьмах»*.

В целом, состояние здоровья мужчин вызывает тревогу, что нашло отображение в постановлении Правительства Кыргызской Республики о Национальной стратегии КР по достижению гендерного равенства до 2020 года <sup>11</sup>.

Устойчивый стереотип о «настоящем мужчине», который всегда здоров, не обращает внимания на болезни и не обращается к врачам, непосредственно влияет на здоровье мужского населения страны (Правительство Кыргызской Республики, 2012 год).

Одной из обсуждаемых тем в фокус-группах было социальное давление на мужчину, как кормильца семьи: *«Я должен приносить в семью деньги. А сейчас я еще слишком слаб, чтобы работать»*. Один мужчина-респондент

11

[http://www.kg.undp.org/content/kyrgyzstan/en/home/library/womens\\_empowerment/follow-your-voice1.html](http://www.kg.undp.org/content/kyrgyzstan/en/home/library/womens_empowerment/follow-your-voice1.html)



даже сообщил, что *«Как только моя жена увидела, что я не приношу домой денег и слишком слаб, она бросила меня».*

Респонденты объясняли непропорционально высокую долю мужчин в статистике по туберкулезу употреблением алкоголя. Употребление алкоголя является стереотипом принадлежности к мужскому полу, однако это не означает, что женщины не употребляют алкоголь. В сравнении с 2005 годом, показатель заболеваемости, связанной с алкогольной зависимостью, в 2009 году вырос в Кыргызстане на 12 %. Алкогольная зависимость наблюдалась чаще у мужчин, чем у женщин (Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, 2010 г.). Помимо потенциальных экономических потерь, вызванных нетрудоспособностью, а иногда и безработицей супруга по причине алкогольной зависимости, во всем мире проводятся исследования по дополнительному негативному воздействию алкогольной зависимости на психологическое и физическое здоровье женщин и детей, а взаимосвязь между потреблением алкоголя и межличностным насилием признана повсеместно.

Результаты интервью тесно связывают алкоголь и бездомность. Бездомные люди характеризуются очень высокой степенью стигматизации. Даже несмотря на то, что официально они имеют доступ к диагностированию и лечению туберкулеза, респонденты отмечали, что медицинский персонал неохотно берется за лечение таких людей.

## 6 Гендерное насилие

Гендерное и сексуальное насилие в Кыргызстане взаимосвязано с общепринятыми дискриминационными традициями в отношении женщин и детей, как-то похищение невесты, ранний и принудительный брак, сексуальное и бытовое насилие в семье. Согласно Национальному статистическому комитету Кыргызской Республики, за период с 2004 по 2011 годы количество судебных дел, связанных с бытовым насилием, возросло почти в четыре раза (ПРООН 2013).

Ежегодно служба скорой помощи регистрирует более 600 человек с физическими травмами или иными расстройствами здоровья, причиненными бытовым насилием. В большинстве случаев жертвами являются женщины (ПРООН 2013). Каждый год полиция Кыргызстана получает более 700 вызовов, связанных с бытовым насилием с тяжелыми последствиями (ПРООН 2013).

Многие из женщин-респондентов подвергались физическому/психологическому/сексуальному насилию со стороны своих настоящих или бывших супругов/партнеров, а одна женщина-респондент даже заявила, что *«Конечно, наши мужья жестокие, мой бьет меня, особенно после того, как он узнал, что у меня туберкулез. А потом он бросил меня и забрал ребенка».* Мужчины подтверждают наличие проблемы бытового насилия: *«Да, насилие имеет место».*

Многие женщины в фокус-группах упоминали нарушения их сексуальных и репродуктивных прав. Некоторым из них их лечащие врачи без надлежащего консультирования и информирования порекомендовали сделать аборт. *«Они сообщили мне, что мой ребенок родится с психическими отклонениями или с тремя руками или без ног».*

## 7 Рекомендации

Рекомендации заинтересованным сторонам:

- Необходимо безотлагательно провести дополнительные исследования для понимания воздействия стигмы на женщин и девушек с туберкулезом, влияет ли она *больше, меньше или иным образом*, чем на мужчин и мальчиков. Необходимо признать, что эта проблема берет свое начало в укоренившихся и давно устарелых стереотипах, гендерной динамике и неравенстве, что делает женщин значительно более уязвимыми к воздействию стигмы на всех уровнях.
- Для борьбы со стигмой, сопровождающей заболевание туберкулезом, необходимо разработать адресные информационные материалы, которые бы учитывали потребности всех задействованных лиц. Такие материалы должны быть ориентированы на гендерные аспекты в семье и гендерные стереотипы, которые влияют на поведение при обращении за медико-санитарной помощью.
- Необходимо, чтобы в разработке ответных мероприятий по борьбе с туберкулезом все заинтересованные стороны учитывали гендерные и социальные аспекты, в частности те, которые влияют на равенство в доступе к диагностике заболевания.
- Необходимо связать развитие имеющегося потенциала по гендерным и правовым аспектам с другими, более понятными темами. Данный подход должен предусматривать не только обязательное упоминание гендерной проблематики и прав человека, таких как концепции, но и комбинирование его с более понятными темами, такими как «здоровье» и «благополучие».
- Необходимо укреплять потенциал учреждений первичной медико-санитарной помощи посредством включения гендерной концепции в их работу. Необходимо усилить их потенциал в отношении гендерной проблематики, распространения доходчивой информации, борьбы с гендерными стереотипами, реализации интерактивных программ профессиональной подготовки и обучения, а также разработке альтернативных подходов.

Рекомендации гражданскому обществу:

- Использовать платформу неформального обучения и мобилизации женщин и мужчин, которая будет введена в действие Министерством труда и социального развития Кыргызской Республики в 2015–16 годах; по возможности, делегировать по крайней мере одного общественного пропагандиста на двухдневные обучающие курсы по адвокации. Несмотря на то, что руководящие

принципы по документированию случаев гендерного насилия более применимы к тематике гендерного насилия, их можно использовать для документирования случаев дискриминации.

- Внедрить систему мониторинга на уровне общины для сбора и анализа информации о влиянии гендерных аспектов на диагностику туберкулеза.
- Собирать и анализировать информацию о лицах с туберкулезом, пострадавших от следующих видов стигмы:
  - стигма в семьях;
  - стигма в медицинских учреждениях;
  - стигма в публичной сфере;
  - стигма в средствах массовой информации;
  - самостигматизация.
- Поднимать вопрос о стигме при любой возможности для повышения осведомленности об этой проблеме.

## 8 Ссылки

- Khodjamurodov, Rechel, 2010: Tajikistan: Health System review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen.
- Mansfeld, Ristola, Likatavicius, 2014: HIV Programme Review in Kyrgyzstan. Evaluation report.  
[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/273308/HIV-Programme-Review-in-Kyrgyzstan.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/273308/HIV-Programme-Review-in-Kyrgyzstan.pdf?ua=1)
- WHO, 2016: Health topics/ Communicable diseases/ Tuberculosis/ Country work/ Kyrgyzstan  
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/country-work/Kyrgyzstan>
- National Review of the Kyrgyz Republic in the framework of the Beijing Declaration and Platform for Action, 2014  
[http://www2.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/59/national\\_reviews/kyrgyzstan\\_review\\_beijing20\\_en.ashx?v=1&d=20140917T100723](http://www2.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/59/national_reviews/kyrgyzstan_review_beijing20_en.ashx?v=1&d=20140917T100723)
- Teitelbaum, Ibragimov, Akchurin, 2006: Policy Assessment Report KYRGYZSTAN for the Central Asian TB Control Partnership  
[http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnadb492.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadb492.pdf)
- UNDP, 2013: The cost of domestic violence.  
[http://www.kg.undp.org/content/kyrgyzstan/en/home/library/womens\\_empowerment/the-cost-of-domestic-violence.html](http://www.kg.undp.org/content/kyrgyzstan/en/home/library/womens_empowerment/the-cost-of-domestic-violence.html)
- UNDP, 2010: The Kyrgyz republic. The second progress report on the millennium development goals.  
<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Kyrgyzstan/2010.pdf>
- Kyrgyz Republic, 2015: National Action Plan on Gender Equality  
[http://www.kg.undp.org/content/kyrgyzstan/en/home/library/womens\\_empowerment/follow-your-voice1.html](http://www.kg.undp.org/content/kyrgyzstan/en/home/library/womens_empowerment/follow-your-voice1.html)
- European Centre for Disease Prevention and Control: TB in vulnerable populations.  
[http://ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/programme\\_tuberculosis/Pages/tuberculosis\\_vulnerable\\_populations.aspx#sthash.QAagjcVK.dpuf](http://ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/programme_tuberculosis/Pages/tuberculosis_vulnerable_populations.aspx#sthash.QAagjcVK.dpuf)

- World Bank, Institute for Health Metrics and Evaluation(IHME), 2013: Rising Chronic Disease and a Gender Gap in Health Take a Growing Toll in Eastern Europe and Central Asia  
<http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2013/09/04/rising-chronic-disease-gender-gap-health-growing-toll-eastern-europe-central-asia>
- Central Asia Drug Action Programme (CADAP), 2011: Phase 5 Report.  
<https://repository.publisso.de/resource/fri:4430209-1/data>
- Mathers et al, 2010: HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage; Lancet.
- Werb et al; 2010: Risk of resistance to highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users: a meta-analysis; Lancet Infectious Diseases.
- ILO, 2007: Some aspects of youth education, gender equality and employment in the Caucasus and Central Asia.  
[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-moscow/documents/publication/wcms\\_312611.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-moscow/documents/publication/wcms_312611.pdf)
- Help Age, 2011: Challenges of dealing with TB in older people.  
<http://www.helpage.org/blogs/prakash-tyagi-869/challenges-of-dealing-with-tb-in-older-people-300/>
- WHO, 2013: Guideline: Nutritional *care and support for patients with tuberculosis*.  
[http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/nutcare\\_support\\_patients\\_with\\_tb/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/nutcare_support_patients_with_tb/en/)

## Приложение 1. Список опрошенных лиц

<b>Организация</b>	<b>Должность</b>	<b>Имя Фамилия</b>
<b>Organisation</b>	<b>Position</b>	<b>Name</b>
<b>Национальный центр фтизиатрии (НЦФ)</b>  National TB Centre (NTC)	Директор  Director	Кадыров Абдуллат Саматович  Kadyrov, Abdulat Samatovich
<b>Национальный центр фтизиатрии (НЦФ)</b>  National TB Centre (NTC)	Юрист  NTC Lawyer	Петрова Ольга  Petrova, Olga
<b>Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС)</b>  Compulsory medical insurance Fund under the Government of the Kyrgyz Republic (FOMS)	Председатель Фонда  Chairman of the Fund	Калиев, Марат Темирбекович  Kaliev, Marat Terimbekovich
<b>Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС)</b>  Compulsory medical insurance Fund under the Government of the Kyrgyz Republic (FOMS)	Главный специалист отдела стратегического развития  Senior Specialist of the Department of Strategic Development	Кешикбаева Анара Асылбашевна  Keshikbaeva, Anara Asylbashevna
<b>Омбудсмен Кыргызской Республики</b>  Ombudsman of the Kyrgyz Republic	Омбудсмен  Ombudsman	Оторбаев Кубат Табалдиевич  Otorbaev, Kubat Tabaldyevich
<b>Офис Омбудсмен Кыргызской Республики</b>  Office of the Ombudsman of the Kyrgyz Republic	Зав.отд. по защите населения в семье и гендерной дискриминации  Head of the Department of Protection of Families and Gender discrimination	Турдамаматова Махабат  Turdamamatova, Makhabbat
<b>Жогорку Кенеш, комитет по правам человека</b>	Зав. сектором прав человека	Авасканова Гульмира  Avaskanova, Gulmira

Kyrgyz Parliament, Human Rights Committee	Head of the Human Rights sector	
<b>Жогорку Кеңеш</b> , комитет по социальным вопросам  Kyrgyz Parliament, Social Affairs Committee	Комитет по социальным вопросам, Депутат  Social Affairs Committee, Member of Parliament	Никитенко Наталья Владимировна  Nikitenko, Natalia Vladimirovna
<b>Правозащитный центр «Граждане против коррупции»</b>  Human Rights Center "Citizens against corruption"	Директор  Director	Исмаилова Толекан Асаналиевна  Ismailova, Tolekan Asanalyevna
<b>Международный фестиваль документальных фильмов по правам человека</b>  International Human Rights Documentary Film Festival	Координатор  Coordinator	Абдыллаева Жылдыз  Abdyllaeva, Zhyldyz
<b>Министерство Социального развития и труда (МСР)</b>  Ministry of Social Development and Labour	Заведующая отделом гендерной политики  Head of Section of Gender Policy	Бакирова Нургуль Жакыповна,  Bakirova, Nurgul Zhakypovna
<b>Министерство Социального развития и труда (МСР)</b>  Ministry of Social Development and Labour	отдел гендерной политики  Gender Policy Section	Сатыбалдиева Бегаим Ашимовна  Satybaldyeva, Begaim Ashymovna
<b>Государственная служба исполнения наказаний (ГСИН)</b>  State Penitentiary Service	Начальник Управления организации медико-санитарного обеспечения  Head of the organization of health care provision	Асанов Акылбек Авазович  Asanov, Akylbek Avazovich
<b>Государственная служба исполнения наказаний (ГСИН)</b>	УОМСО Старший инспектор	Куканова Гульсара Каныебековна

<b>State Penitentiary Service</b>	Senior inspector organization of health care provision	Kukanova, Gulsara Kanybekova
<b>ЮСАИД USAID</b>	Специалист по управлению программ здравоохранения  Health Programs Management Specialist	Камарли Чинара  Kamarli, Chinara
<b>ЮСАИД USAID</b>	Специалист по управлению проектами, отдел по развитию демократии  Project Management Specialist , Department for Development of Democracy	Алымкулова Махаббат  Alymkulova, Makhabbat
<b>UNION/ЮСАИД UNION/SAID project in Kyrgyzstan</b>	Старший технический советник  Senior Technical Advisor	Базиков Тимур  Bazikov, Timur
<b>ВОЗ WHO</b>	Координатор по программе ИППП/ВИЧ/СПИД  Coordinator of the STI/HIV/AIDS Programme	Карымбаева Салия  Karymbaeva Saliya
<b>ВОЗ WHO</b>	медицинский сотрудник ТБ  TB Medical Officer	Насидзе Николоз  Nasidze, Nikoloz
<b>МСФ «Врачи без границ» MSF- Doctors without borders</b>	Сотрудник по коммуникации  Communication Officer	Шигайбаева Гуляим  Shygybaeva Guliaim
<b>МСФ «Врачи без границ» MSF- Doctors without borders</b>	Помощник руководителя миссии  Head of Mission Assistant	Керималиева Раушан  Kerimalyeva Raushan



<p><b>ПРООН</b> <b>UNDP</b></p>	<p>Координатор программ по туберкулезу Группы управления грантами</p> <p>Coordinator of the Tuberculosis Control Programme, Grant Management division</p>	<p>Щелокова Ирина</p> <p>Shelokova, Irina</p>
<p><b>ОО «Социум»</b> <b>NGO „Sotsium“</b></p>	<p>Исполнительный директор</p> <p>Executive Director</p>	<p>Эстебесова Батма Абибовна</p> <p>Estebesovna Batma Abibovna</p>
<p><b>KNCV Branch Office in the Kyrgyz Republic</b></p>	<p>Директор</p> <p>Director</p>	<p>Бакыт Мырзалиев</p> <p>Bakyt Myrzaliev</p>
<p><b>ОЮЛ "Ассоциация СПИД-сервисных НПО КР "АнтиСПИД"</b></p> <p><b>Association of Legal Entities "Association of AIDS service NGOs of the Kyrgyz Republic " Anti-AIDS "</b></p>	<p>Исполнительный директор</p> <p>Executive Director</p>	<p>Бакирова Чынара Абдыгуловна</p> <p>Bakirova Chinara Abdygulovna</p>

## Приложение 2. Основные характеристики страны

### Основные характеристики страны

Кыргызская Республика — это небольшое окруженное сушей государство в Центральной Азии, площадью около 198 500 квадратных километров.

Кыргызстан граничит на севере с Казахстаном, на западе — с Узбекистаном, на юго-западе — с Таджикистаном, на юге и юго-востоке — с Китайской Народной Республикой. Город Бишкек, столица страны, расположен вблизи северной границы. Кыргызская Республика стала независимым государством в августе 1991 года.

Население страны составляет 5,834 миллионов<sup>12</sup> людей и является этнически разнообразным. Помимо киргизов, наиболее многочисленными этническими группами, проживающими на территории Кыргызстана, являются узбеки (13,8 %) и русские (12,5 %). Приблизительно 1 процент или даже меньше составляют украинцы, татары, дунгане, уйгуры, турки, корейцы и немцы (Колпаков, 2001).

Несмотря на то, что Кыргызстан является светским государством, основной религией является ислам (75 %), за ним следует русское православие (20 %). С демографической точки зрения Кыргызстан государство молодое — почти половина (48,6%)<sup>13</sup> населения находится в возрасте 24 лет и младше. Численность женщин немного превышает численность мужчин, что выражается в соотношении 0,96 мужчин на одну женщину.

Население страны проживает преимущественно в сельских районах, и только 35,6 % проживают в городских условиях (<http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/KGZ>).

Со времени обретения независимости Кыргызская Республика прошла через сложный экономический, социальный и политический переходный период. Всемирный Банк отнес Кыргызстан в категорию «стран с доходами ниже среднего», а в списке Индекса человеческого развития ООН (ИЧР)<sup>14</sup> за 2015 год Кыргызстан находится на 128 месте из 188 стран мира<sup>15</sup>.

Последние годы для страны были непростыми в экономическом плане. Правительству удалось добиться 2 % планируемого роста валового внутреннего продукта (ВВП) в 2015 году и 3,6 % в 2014 году, что значительно ниже уровня 2013 года (10,9 %)<sup>16</sup>. Однако, численный Индекс абсолютной бедности снизился с 44,4 % в 2002 году до 30,6 % в 2014 (там же). Обеспечение устойчивости достигнутых результатов в рамках продолжающейся программы экономических реформ станет ключевой задачей для Кыргызской Республики на ближайшее будущее.

Экономический рост достигается за счет развитого сектора услуг (52 %), сельского и лесного хозяйств (25 %) и сектора промышленных товаров и услуг (23 %). Кыргызстан, в отличие от других стран этого региона, не богат на природные ресурсы и владеет лишь незначительным количеством нефти и газа. Единственным важным природным ресурсом

<sup>12</sup> <http://data.worldbank.org/country/kyrgyz-republic>

<sup>13</sup> [http://www.indexmundi.com/kyrgyzstan/demographics\\_profile.html](http://www.indexmundi.com/kyrgyzstan/demographics_profile.html)

<sup>14</sup> <http://data.worldbank.org/country/kyrgyz-republic>

<sup>15</sup> <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI>

<sup>16</sup> <http://data.worldbank.org/country/kyrgyz-republic>

страны является золото, добыча которого дает 10 % ВВП. В основном, добычей золота занимаются иностранные компании. В среднесрочной перспективе страна будет оставаться зависимой от финансовой поддержки международных доноров.

Как и в других странах бывшего СССР, переход на рыночную экономику и многие аспекты реформы в области социального обеспечения, начавшиеся после 1991 года, оказали негативное влияние на положение женщин. Были сохранены не только устаревшие традиции и обычаи, но и вновь появились патриархальные методы управления, культурные стереотипы и практики дискриминации женщин и ограничение их роли в обществе. В регионе, особенно в сельских районах, отмечается растущее одобрение (и обоснование) экономической зависимости женщин, бытового насилия и похищения девушек для принудительного брака (Deerberg 2013: 5).

### Приложение 3. Профиль страны по туберкулезу. Кыргызстан 2014 г.

Оценка бремени ТБ * 2014	Число (тыс.)	Показатель (на 100 000 населения)
Смертность (за исключением ВИЧ+ТБ)	0,65 (0,63–0,67)	11 (11–12)
Смертность (ВИЧ+ТБ только)	0,055 (0,042–0,07)	0,94 (0,71–1,2)
Распространенность (в том числе ВИЧ+ТБ)	11 (5,4–20)	196 (93–336)
Заболеваемость (в том числе ВИЧ+ТБ)	8,3 (7,3–9,3)	142 (126–160)
Заболеваемость (ВИЧ+ТБ только)	0,18 (0,16–0,2)	3,1 (2,7–3,5)
Доля выявленных случаев, все формы (%)	77 (68–87)	
87)		
Оценка бремени МЛУ-ТБ* 2014	Среди новых	Среди ранее проходивших лечение
Расчетная доля случаев с МЛУ-ТБ среди зарегистрированных случаев ТБ (%)	26 (23–31)	55 (52–58)
Расчетное число случаев с МЛУ-ТБ среди зарегистрированных случаев ТБ	1100 (960–1300)	850 (800–900)

Источник:

[https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO\\_HQ\\_Report\\_s%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KG&outtype=pdf](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Report_s%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=KG&outtype=pdf) по состоянию на 10.02.2016

## Приложение 4. Законы в области здравоохранения и Национальные программы Кыргызстана

Закон КР «Об общественном здравоохранении», Закон КР « О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации», а также «Национальная Стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года», принятая Постановлением Правительства КР № 185 от 24 апреля 2008 года, Национальная программа реформирования здравоохранения «Ден соолук» на 2012–2016 гг., принятая Постановлением Правительства КР № 309 от 24 мая 2012 года — все эти законодательные акты гарантируют равный доступ к услугам здравоохранения всем гражданам страны независимо от гендерных различий.

Улучшение состояния здоровья населения — это цель, ради которой были разработаны и имплементированы Национальная Программа реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006–2010 гг. и новая Национальная программа реформирования здравоохранения «Ден соолук» на 2012–2016 гг., созданная на основе широкого секторального подхода. Приоритетами для этих программ являются материнское и детское здоровье, доступ к услугам здравоохранения и уменьшение финансового бремени для наиболее уязвимых групп населения (Национальный обзор Кыргызской Республики в рамках Пекинской Декларации и Платформы Действий, 2014 г.).

Приоритетами Национальной Стратегии охраны репродуктивного здоровья населения на 2006–2015 гг. являются безопасное материнство, репродуктивное здоровье подростков, онкологические заболевания репродуктивной системы, борьба с ВИЧ/СПИДом, а также предотвращение насилия и борьба с ним.

Программа государственных гарантий (ПГГ) ежегодно утверждается правительством страны для обеспечения граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью, гарантирует бесплатное оказание медико-санитарных услуг на время беременности, рождения ребенка, послеродового периода и воспитания ребенка до 5 лет.

Эта программа предусматривает регистрацию в медицинских учреждениях без привязки к месту жительства<sup>17</sup> домашних работников, беременных женщин, детей до 5 лет, людей, проживающих в социальных приютах, домах престарелых, детских домах, общежитиях учебных учреждений и

<sup>17</sup> Совместный приказ № 358 Министерства здравоохранения от 26 июня 2013 г. и Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) в соответствии с распоряжением Правительства № 126 26 июня 2013 г. «Об утверждении Правил регистрации населения Кыргызской Республики в группы семейных врачей».

частных школах-пансионах, лиц, употребляющих инъекционные наркотики, лиц, занимающихся проституцией, бездомных, лиц, пораженных туберкулезом, людей, живущих с ВИЧ/СПИДом и лиц, освобожденных из мест лишения свободы.

Национальный план действий по достижению гендерного равенства 2015–2017 гг. не предусматривает каких-либо конкретных мероприятий по обеспечению права на здоровье. Однако, в этом документе зафиксировано, что МЗ, совместно с другими ведомствами, отвечает за: (1) участие в Межведомственной рабочей группе (будет сформирована) по совершенствованию нормативно-правовой базы в отношении гендерной дискриминации и доступу к правосудию к концу 2016–17 г.; (2) публикацию информации о случаях гендерной дискриминации на официальных веб-сайтах, включая сайт МЗ, с первого квартала 2016 года; (3) проведение анализа национальной статистической отчетности по гендерной дискриминации и направление рекомендаций в Национальный совет по гендерному развитию при Правительстве КР, 2–4 кварталы 2016 г.; (4) разработку плана действий и создание методического пособия по документированию случаев гендерного насилия к первому кварталу 2016 г., обучение сотрудников использованию этого пособия и мониторинг его имплементации; (5) участие в информационных кампаниях по гендерной проблематике для населения. В первом квартале 2016 года должна быть проведена инвентаризация национального законодательства на предмет соответствия принципам гендерного равенства. МЗ также должно направить обученных сотрудников статистических служб во все регионы для проведения семинаров по гендерной дискриминации на протяжении 2017 года; с первого квартала 2016 года планируется обучение общественных пропагандистов (адвокатов) на двухдневном семинаре по вопросам гендерной дискриминации, уделяя особое внимание женщинам из уязвимых групп в том числе (ответственны Министерство труда и социального развития КР и Министерство юстиции КР) (Национальный план действий по достижению гендерного равенства 2015–2017 гг.).

## Приложение 5. Краткий анализ опрос проекта «Победим ТБ»

В рамках финансируемого ЮСАИД проекта «Победим ТБ» были предприняты первые шаги анализа стигмы в отношении больных туберкулезом. В целях этого проекта самостоятельно была разработана краткая анкета (Приложение 6), состоящая из 11 вопросов, и проведены интервью 129 женщин из четырех регионов: город Бишкек, Ошская, Чуйская и Джалал-Абадской области.

Консультанты узнали о такой анкете в процессе выполнения задач по гендерно-правовой оценке ответных мер на туберкулез в Кыргызстане и совместно с активистами ОФ «Кыргызская коалиция для борьбы с туберкулезом» в целях сравнения различий между полами, решили провести, используя тот же инструмент, дополнительные интервью 129 мужчин, а затем оказали помощь активистам проекта «Победим ТБ» в анализе полученных данных.

Анализ всех 258 анкет рассматривается как первый шаг на пути к пониманию стигмы, преследующей как мужчин, так и женщин с туберкулезом в Кыргызстане, и он должен быть дополнен дальнейшими углубленными исследованиями.

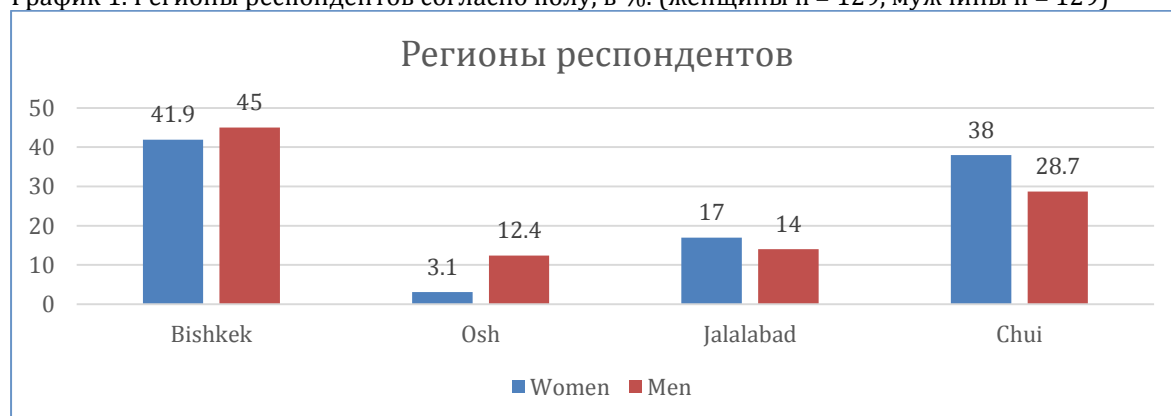
Данные были обработаны с помощью программы GNU PSPP, бесплатной новой версией статистической программы SPSS, используя только дескриптивную статистику.

### Основные демографические данные

Респонденты были из четырех регионов: Бишкек, Ошская, Чуйская и Джалал-Абадской области.

Таблица ниже показывает распределение респондентов по гендерным признакам.

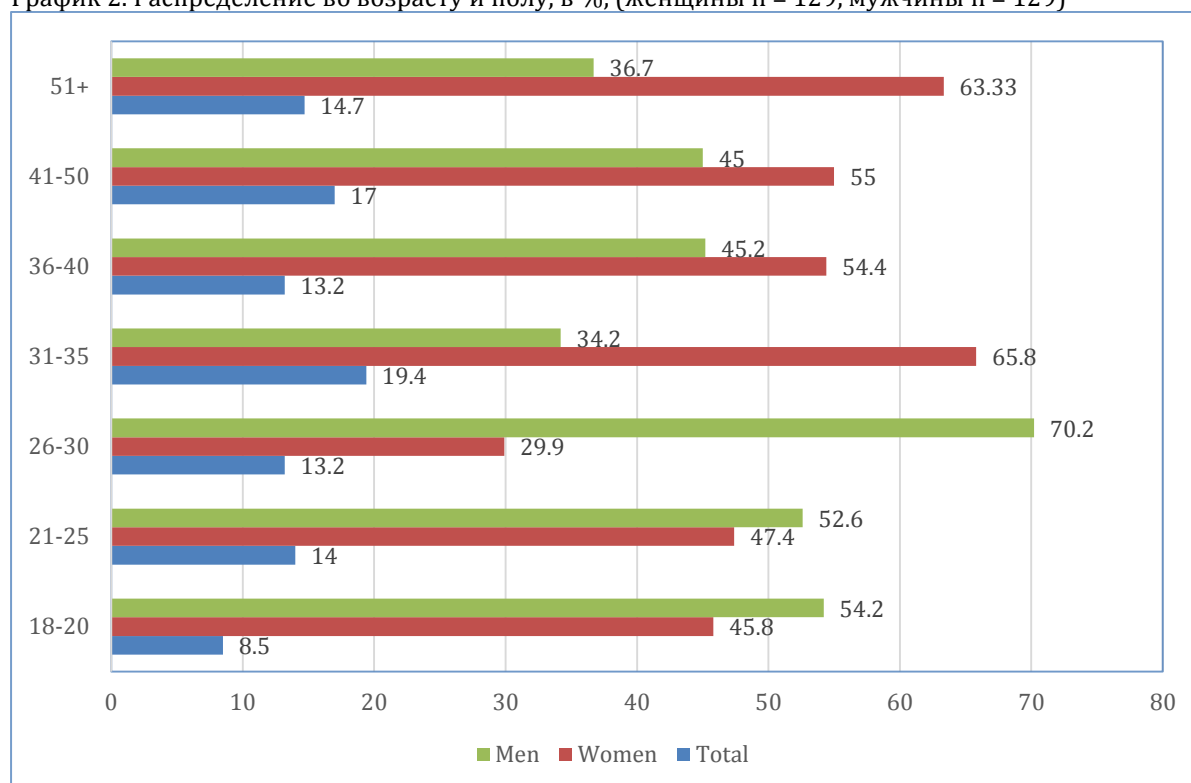
График 1. Регионы респондентов согласно полу, в %. (женщины n = 129, мужчины n = 129)



Source	Target
Jalal-Abad	Джалал-Абад
Osh	Ошская область
Chui	Чуйская область
Bishkek	Бишкек
Men	Мужчины
Women	Женщины

Почти половина из общего числа респондентов живет в Бишкеке. Анализ распределения по возрасту и полу (График 2) показывает, что в возрастной группе до 30 лет больше мужчин, чем женщин, а в возрастной группе старше 31 года больше женщин, но в общей выборке возрастные группы распределены относительно хорошо.

График 2. Распределение во возрасту и полу, в %, (женщины n = 129, мужчины n = 129)

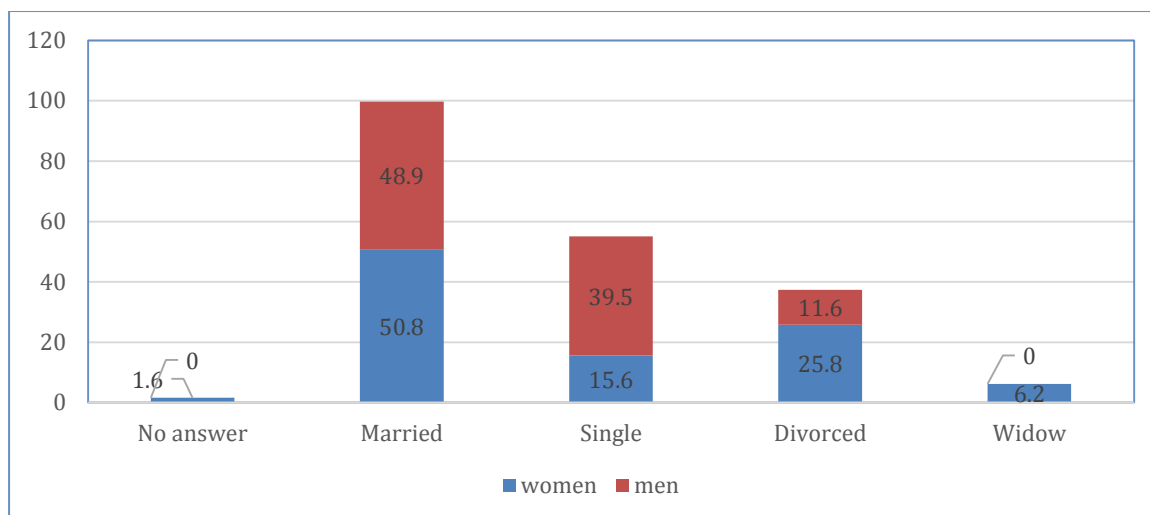


Source	Target
Total	Всего
Men	Мужчины
Women	Женщины

Анализ семейного положения респондентов: как видно из Графика 3, большинство женщин либо замужем, либо разведены, в то время как мужчины в большинстве своем женаты или холостяки.

График 3. Семейный статус, в % (женщины n = 129, мужчины n = 129)





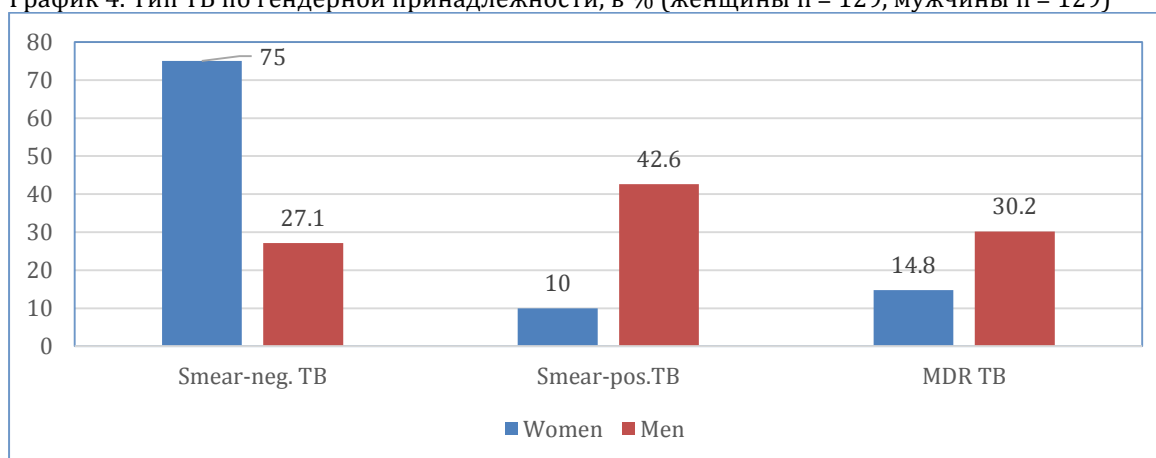
Source	Target
No answer	Нет ответа
Married	Семейные
Single	Одинокие
Divorced	В разводе
Widow	Вдовы
Men	Мужчины
Women	Женщины

Анализ по регионам: большее число мужчин и женщин, состоящих в браке, из Джалал-Абадской области; такая выборка требовалась для наших последующих дискуссий в фокус-группах.

#### Вопросы в отношении туберкулеза

В данном случае присутствовали различия в гендерной принадлежности респондентов по типу заболевания туберкулезом у них — туберкулез легких с отрицательным мазком мокроты, туберкулез с положительным мазком мокроты и МЛУ-ТБ.

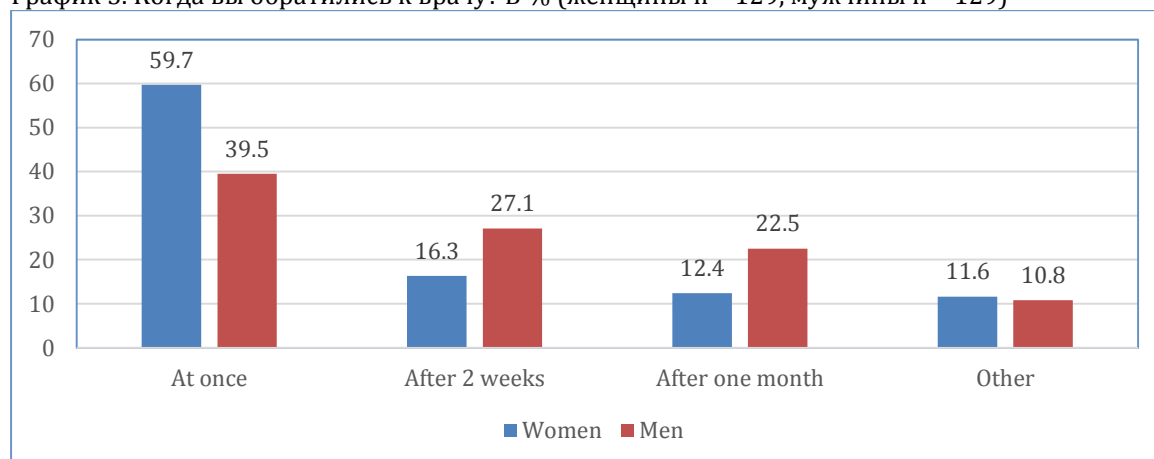
График 4. Тип ТБ по гендерной принадлежности, в % (женщины n = 129, мужчины n = 129)



Source	Target
Smear-neg.TB	ТБ с отрицательным мазком мокроты
Smear-pos.TB	ТБ с положительным мазком мокроты
MDR TB	МЛУ-ТБ
Men	Мужчины
Women	Женщины

Респондентам был задан вопрос о времени обращения к врачу после появления каких-либо симптомов. График ниже (График 5) демонстрирует, что женщины чаще мужчин обращались к врачу незамедлительно. Это очень интересный факт, поскольку он, по-видимому, противоречит результатам оценки. Обсуждения в фокус-группах и экспертные интервью отмечали, что женщины не сразу обращаются к врачу, а сначала отправляют к нему своих супругов и детей, оказываясь таким образом «последней в очереди». Однако, в анкете отсутствует вопрос о наличии каких-либо симптомов туберкулеза у других членов семьи — если симптомы туберкулеза присутствовали только у женщин-респондентов, то причины откладывать обращение к врачу отсутствовали. Этот вопрос требует дальнейших исследований.

График 5. Когда вы обратились к врачу? В % (женщины n = 129, мужчины n = 129)



Source	Target
At once	Сразу
After 2 weeks	После 2-х недель
After one month	После месяца
Other	Другое
Men	Мужчины
Women	Женщины

По регионам: большинство женщин во всех регионах ответили, что обратились к врачу сразу же. Результаты фокус-групп свидетельствуют об ином характере поведения женщин при обращении за медико-санитарной помощью на юге, в Джелал-Абадской области. В этом регионе из-за давления общества женщины не склонны к незамедлительному обращению к врачу. Из выборки в 22 женщины (малая выборка), 77 %

обратились к врачу незамедлительно. На вопрос (44 ответа), почему респонденты не обратились к врачу сразу же, наиболее частым ответом было предположение того, что *«это какая-то другая болезнь»* и незнание того, что это может быть туберкулез (33 ответа) и страх узнать свой диагноз (11 ответов). Соотношение мужчин и женщин в этих ответах было пропорциональным.

Анализ возрастных групп выявил интересный факт: мужчины моложе 35 лет склонны к незамедлительному, или по истечению двух недель, обращению к врачу при появлении любых симптомов (73,26 %). Такая тенденция не наблюдается среди женщин.

Поскольку вопрос «кому вы рассказали о своем инфицировании туберкулезом» был сформулирован слишком обобщенно, а родители и родственники были объединены в один вариант ответа, нам неизвестно о том, кому они рассказали о своей болезни в первую очередь. Анализ данных по женщинам показывает, что 66 % замужних женщин рассказали о своем заболевании мужьям, а 33 % — своим родственникам. 75 % незамужних женщин рассказали о заболевании своим родственникам. 90,6 % рассказали о заболевании своим родственникам. Следует обратить внимание на очень интересный факт, что весьма небольшое число женщин рассказали о своем недуге друзьям, что ярко свидетельствует о высокой степени боязни стигмы.

Анализ данных по мужчинам показывает, что несмотря на важную роль родителей и родственников в жизни мужчин, 11 % женатых мужчин, почти 10 % одиноких мужчин и целых 20 % разведенных рассказали о своем заболевании друзьям.

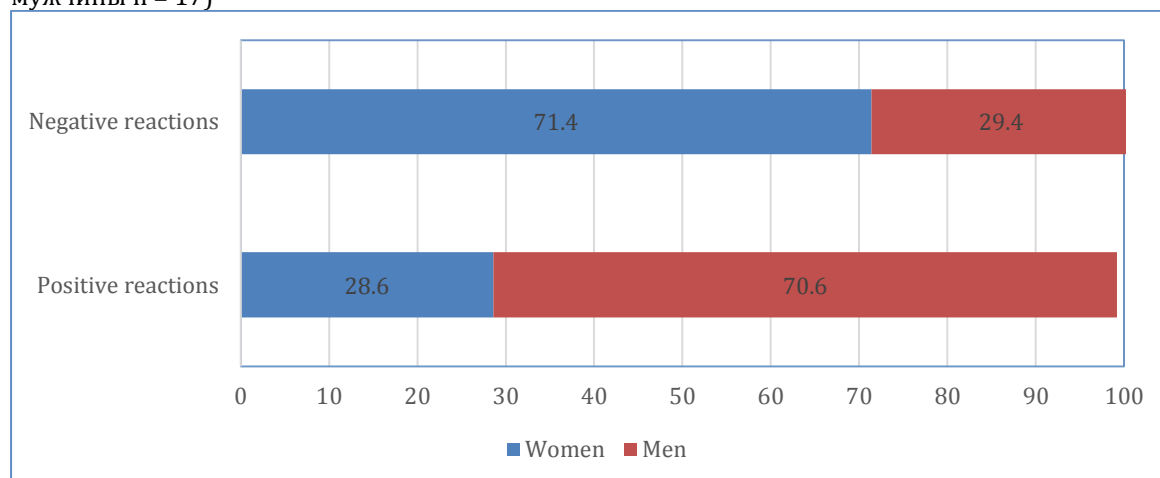
В анкете был вопрос о том, как родственники респондента восприняли новость о его/ее заболевании туберкулезом. Этот вопрос был нацелен только на понимание реакции родственников и не конкретизировал такие детали, как статус родственников, тип реакции, а также не запрашивал информации о реакции других людей, которые могли бы оказать поддержку, например друзей.

Объединив ответы в группы, можно сделать вывод, что женщины чаще мужчин сталкивались с негативной реакцией, такой как плохое обращение, отчуждение, изоляция и даже разводы. Почти одна треть женщин-респондентов (30,5 %) жаловались на плохое обращение со стороны родственников. 26,33 % мужчин сообщали о том же. Автор ожидал более существенного различия между мужчинами и женщинами, однако для более качественной оценки стигмы в гендерном плане необходимо было сформулировать более детализированные вопросы.

40,3 % мужчин сообщили, что родственники отнеслись к ним «хорошо», и 30,2 % женщин сообщили о том же.

Анализ ответов по регионам выявил очень интересный факт. Участники фокус-групп утверждали, что ситуация с женщинами, пораженными туберкулезом, более сложная на юге страны, и это подтверждается ответами респондентов анкет. Во всех регионах соотношение между мужчинами и женщинами в плане положительного или негативного отношения их родственников было приблизительно одинаковым, однако нижеследующий график (График 6) демонстрирует отличия в Джалал-Абадской области, южном и более консервативном регионе.

График 6. Позитивная и негативная реакция родственников на сообщение о том, что респондент болен ТБ, с разбивкой по гендерным признакам, в % (женщины n = 21, мужчины n = 17)



Source	Target
Negative reactions	Позитивная реакция
Positive reactions	Негативная реакция
Men	Мужчины
Women	Женщины

На графике четко видно, что женщины из Джалал-Абада больше страдают от негативной реакции родственников, чем мужчины.

Анализ корреляции семейного положения и реакции родственников показал, что среди мужчин распределение было достаточно ровным, но 25 % замужних женщин имели негативный опыт, 43,75 % разведенных и 42,86 % вдов заявили о том же.

Тип туберкулеза, туберкулез легких с отрицательным мазком мокроты, туберкулез с положительным мазком мокроты и МЛУ-ТБ, влияет на реакцию родственников и это влияние сильнее среди женщин.

28 % женщин с туберкулезом с отрицательным мазком мокроты сообщили о своем негативном опыте, однако показатель резко возрастает до 50 % среди женщин с туберкулезом с положительным мазком мокроты и 42,1 % среди женщин с МЛУ-ТБ.

Среди мужчин 25,4 % инфицированных туберкулезом с отрицательным мазком мокроты, 37,3 % инфицированных туберкулезом с положительным мазком мокроты и 35,2 % с МЛУ-ТБ сталкивались с негативным отношением.

И последним стоял вопрос о том, может и должен ли кто-то другой, по мнению респондентов, сообщать о факте инфицирования туберкулезом. К сожалению, вопрос не конкретизировал кому сообщать. В итоге, 72 % мужчин ответили, что можно, но только 55 % женщин согласились с этим. Регион, в котором респондентам был задан этот вопрос, не имеет никакого влияния на общую статистику.

#### Выводы и рекомендации

Это анкетирование стало первой попыткой исследовать сопутствующую туберкулез стигму и должно рассматриваться именно в таком контексте.

Оно предоставляет первичный анализ причиненного стигмой ущерба мужчинам и женщинам. Результаты, полученные от фокус-групп в рамках данной Гендерной оценки без привязки к этой анкете, выявили более существенные различия между мужчинами и женщинами. Некоторые ответы этого исследования противоречат результатам, полученным в фокус-группах, но это можно объяснить качеством выборки и составления вопросов.

Результаты этого исследования предоставляют подтверждения теории о том, что женщины больше чем мужчины страдают от связанной с туберкулезом стигмой, в частности женщины, проживающие на юге в Желал-Абадской области.

Необходимо провести дальнейшие исследования воздействия стигмы ее и последствий на жизнь людей, пострадавших от туберкулеза в Кыргызстане, и, как следствие, разработать ответные меры, например информационные кампании, для снижения уровня дискриминации. Существует очень эффективный инструмент, разработанный с целью измерения и количественной оценки уровня стигмы у людей, живущих с ВИЧ — это Индекс уровня стигмы у людей, живущих с ВИЧ (<http://www.stigmaindex.org/>). Адаптация этого инструмента в отношении туберкулеза и проведение дальнейших исследований в Кыргызстане станет следующим важным шагом для улучшения положения людей, затронутых туберкулезом, в этой стране.

## Приложение 6. Вопросник проекта «Победим ТБ»

### Анкета/Questionnaire

Заполняется интервьюером/*To be filled in by the interviewer*

Место опроса (регион/район): \_\_\_\_\_ Дата интервью: \_\_\_\_\_

*Place of interview(region, rayon)/ Date of interview*

ФИО интервьюера(*Name of interviewer*): \_\_\_\_\_

Интервью проведено в соответствии с инструкцией \_\_\_\_\_ (подпись интервьюера)

*The interview was carried out according to the instructions (Signature of interviewer)*

Анкетирование проводится среди мужчин больных ТБ с целью - выявить по каким причинам происходит стигма и дискриминация по отношению мужчинам больным ТБ.

Ваше мнение и ответы очень важны для нас. Мы гарантируем сохранение конфиденциальности Ваших ответов. Ваши ответы будут обработаны вместе с другими ответами, и результаты будут использованы только в обобщенном виде.

*The survey is being carried out among men/women affected by TB with the purpose of analysing the reasons why stigma and discrimination occur towards men (women) affected by TB.*

*Your opinion is very important for us. We guarantee the confidentiality of your answers. Your answers will be added to other answers and the results will only be used in a generalised way.*

Спасибо за понимание и поддержку ! *Thank you for your understanding and your support!*

1. Сколько вам полных лет: (*how old are you*) \_\_\_\_\_

2. Ваше семейное положение: (*your marital status*) \_\_\_\_\_

а) Женат (в т.ч. гражданский брак) *Married* б) Холостой *Single* в) Развелся/Вдовец *divorced/widowed*

3. Категория *Category*: а) 1. б) 2. в) МЛУ *MDR*

4. После того как обнаружили туберкулез, через какое время вы обратились к врачу /*After discovering you had TB, how soon did you go to the doctor*

а) Сразу/*At once*

б) Через 2 недели/*after 2 weeks*

в) Через месяц/*after a month*

г) Другое/*other*

д) Если не обратились сразу, то почему/If you did not go at once, why?

---

---

---

5. Когда (через какое время) вы рассказали о своем заболевании родственникам и близким? /when did you tell about the diagnosis to you close ones/relatives?

---

---

---

6. Кому вы рассказали о своем заболевании? *whom did you tell about your infection?*

- а) Родители (родственники) Parents/relatives                      б) Жена Wife/Husband  
в) Друзьям /Friends    г) Не сказала никому/Did not tell anyone

7. Как отнеслись ваши родственники к вам ? *How did your relatives treat you?*

---

---

---

8. Как вы думаете нужно ли сообщать о своем заболевании родственникам и близким? *What do you think- should one tell the relatives and close ones about the infection?*

---

---

---