

# АДВОКАЦИЯ, КОММУНИКАЦИЯ И СОЦИАЛЬНАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ В БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Сборник успешного опыта проведения мероприятий



Опубликовано Всемирной организацией здравоохранения в 2010 г. под названием «Advocacy, communication and social mobilization for TB control: collection of country-level good practices».

© **Всемирная организация здравоохранения, 2010**

Этот документ был переведен на русский язык при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию (USAID) в рамках USAID's TB IQC Task Order 01, контракт №GHN-I-00-09-00006.

Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения предоставил право перевода этой публикации на русский язык организации PATH, которая несет ответственность за качество перевода.

«Адвокация, коммуникация и социальная мобилизация в борьбе с ТБ: сборник успешного опыта проведения мероприятий»

1. Туберкулез – предупреждение и контроль 2. Поведенческая терапия. 3. Адвокация прав пациента. 4. Участие пациента. 5. Планирование стратегии. 6. Ответность. I. Всемирная организация здравоохранения.

© **Всемирная организация здравоохранения, 2011**

Публикации ВОЗ можно получить от:

WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

Обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод публикаций ВОЗ – для продажи или для некоммерческого распространения – следует направлять в отдел публикаций по адресу, указанному выше (fax: +41 22 791 4806; e-mail: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

# Признательность

Этот документ содержит примеры успешного опыта проведения мероприятий по адвокации, коммуникации и социальной мобилизации (АКСМ) в различных странах, предоставленные следующими организациями: Project PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) (Бразилия); Национальной программой борьбы с туберкулезом (НТП) и Программой d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (ПАМАС) (Буркина Фасо); PATH (Камбоджа); Profamilia (Доминиканская Республика); Foundation Alli Causai (Эквадор); Партнерством «Стоп ТБ» (Гана); Operation ASHA (Индия); Family Health International (Малави); Project Concern International (Мексика); Центром политики и исследований в здравоохранении (Молдова); Управлением здравоохранения, Малолос, Провинция Булакан (Филиппины); Catholic Relief Services – United States Catholic Conference of Bishops (Филиппины); HealthRight International (Румыния); Национальной программой борьбы с ТБ (Судан); Project HOPE (Таджикистан); PATH (Украина).

Alka Dev (независимый консультант по ТБ) подготовила несколько первых версий документа, собирая представленные материалы и редактируя их для обеспечения языковой и структурной согласованности. Richard Pinkham (консультант по коммуникации) продолжил и завершил работу над документом. Young-Ae Chu и Elisabetta Mineli (Партнерство «Стоп ТБ») координировали процесс подготовки этого документа под руководством Netty Kamp (KNCV Tuberculosis Foundation).

Члены Core Group по АКСМ (Подгруппы по АКСМ в составе Рабочей группы Партнерства «Стоп ТБ» по расширению ДОТС) изучили документ и предоставили комментарии: Chibuike Amaechi (The Good Neighbour Inc.), Elisa Canqui Mollo (United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues), Young-Ae Chu (Партнерство «Стоп ТБ»), Colleen Daniels (Всемирная организация здравоохранения), Alka Dev (независимый консультант по ТБ), Mao Tan Eang (Национальный Центр по борьбе с ТБ и проказой, Камбоджа), Héctor Oswaldo Jave Castillo (Национальная программа борьбы с ТБ, Пепу), Netty Kamp (KNCV Tuberculosis Foundation), Elena McEwan (Catholic Relief Services), Hara Mihalea (PATH), Austin Arinze Obiefuna (Afro Global Alliance), Ogechi Onuoha (Journalists Against AIDS, Нигерия), Lana Velebit (Всемирная организация здравоохранения), Monica Yesudian (Всемирная организация здравоохранения).

Особая благодарность Susan Bacheller (Агентство США по международному развитию (USAID), Charlotte Colvin (PATH), Netty Kamp (KNCV Tuberculosis Foundation), Elena McEwan (Catholic Relief Services) и Ogechi Onuoha («Журналисты против СПИДа», Нигерия) за тщательное редактирование и ценный вклад в подготовку этого документа.

Партнерство «Стоп ТБ» высоко ценит вклад USAID, без которого публикация этого документа не была бы возможной.

«У людей есть право и обязанность индивидуально и коллективно участвовать в планировании и использовании системы здравоохранения».

**Заявление, Алма-Ата, 1978 г.**

«Теперь я знаю намного больше о ТБ, его причинах, симптомах: кашле, повышенной потливости, потере веса; о необходимости принимать лекарства в соответствии с назначением врача и без перерыва, а также о том, что больной не должен быть изолирован, что ТБ – излечим, и самое главное, что ТБ не означает смерть».

**Хуан Эрнандес, больной ТБ, 40 лет, Мексика  
(через переводчика)**

---

# Список сокращений

---

АКСМ	–	Адвокация, коммуникация и социальная мобилизация
ОМС	–	Организация местного сообщества
ССМ	–	Специалист по социальной мобилизации
ДОТ	–	Терапия под непосредственным наблюдением
ДОТС	–	Стратегия контроля за ТБ, рекомендованная Всемирной организацией здравоохранения
ФНИ	–	Family Health Interantional
ВОП	–	Врач общей практики
ИОК	–	Информация, образование и коммуникация
ЗОП	–	Знания, отношения и практика
МЛУ	–	Множественная лекарственная устойчивость
НТП	–	Национальная программа борьбы с ТБ
ИК	–	Информационная кампания
ЛТБ	–	Лица с ТБ или лица, инфицированные ТБ
ЛЖВС	–	Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
РЛ	–	Рекламный ролик
ТБ	–	Туберкулез

# Предисловие

Этот документ появился из-за необходимости продемонстрировать примеры внедрения пятого компонента Стратегии «Стоп ТБ» – расширение прав и возможностей лиц с ТБ и общественных организаций через партнерское сотрудничество.

После учреждения Подгруппы по АКСМ в Партнерстве «Стоп ТБ» и включения вопросов вовлечения сообщества и АКСМ в Стратегию «Стоп ТБ» было подготовлено много полезных материалов, помогающих странам воплощать в жизнь эту относительно новую концепцию в борьбе с ТБ.

Несколько стран предоставили примеры успешного опыта того, как АКСМ может привести к улучшению выявления случаев ТБ на ранней стадии заболевания, способствовать улучшению приверженности к лечению, уменьшению стигмы и дискриминации. Эти положительные результаты были достигнуты в разных странах с высоким уровнем распространения ТБ с МЛУ, ко-инфекции ТБ/ВИЧ или с другими проблемами, усиливающими восприимчивость к ТБ, например: чрезвычайная бедность в районах трущоб или среди этнических меньшинств. В ответ на потребность стран перенять и адаптировать успешный опыт Подгруппа по АКСМ при постоянной поддержке Секретариата Партнерства «Стоп ТБ» подготовила этот сборник примеров мероприятий по АКСМ.

К моменту публикации этого документа многие страны разработали свои стратегии и проекты по АКСМ. Я надеюсь, что этот документ поможет дальнейшему расширению практики АКСМ, сфокусированной на специфических проблемах, стоящих перед каждой отдельной страной. Не существует единого верного решения или идеальной модели АКСМ, которая подошла бы для всех стран, но этот сборник может быть полезен как руководство для планирования, проведения, мониторинга и оценки мероприятий по АКСМ.

Документ является первым изданием в серии последующих сборников успешного опыта, создавая, таким образом, последовательную, разнообразную, основанную на фактах базу опыта АКСМ и вовлечения общества в мероприятия по контролю за ТБ во многих странах мира.

Желаю Вам приятного чтения!

Октябрь 2010 г.  
Д-р Нетти Камп  
Старший советник по вопросам ТБ  
KNCV Tuberculosis Foundation  
Председатель Подгруппы по АКСМ Партнерства «Стоп ТБ»

# 1

## Введение

### Цель документа

Цель этого документа – продемонстрировать наиболее яркие примеры мероприятий по адвокации, коммуникации и социальной мобилизации (АКСМ), которые способствовали достижению положительных результатов в борьбе с ТБ. Документ предназначен для тех, кто отвечает за разработку стратегии и проведение мероприятий по АКСМ и заинтересован в успешной интеграции АКСМ в программы борьбы с ТБ, а также для лиц, принимающих решения, которые могут предоставить политическую и финансовую поддержку для мероприятий по АКСМ на национальном, региональном и международном уровне.

АКСМ – это относительно новый технический компонент стратегии «Стоп ТБ», но применение его быстро расширяется. За последние годы многие партнеры и страны применили практику АКСМ, особенно, в части вовлечения сообществ и пациентов в работу по предоставлению помощи больным и предупреждению ТБ с целью расширения охвата населения инновационными и эффективными программами борьбы с ТБ.

Существенным отличием АКСМ является нацеленность на предоставление возможностей пациентам и сообществу. Эта особенность способствует созданию программ, основанных на вовлечении сообщества в процесс их выполнения, в отличие от традиционного подхода к предоставлению медицинской помощи и вертикальной модели предоставления услуг, практикуемой программами борьбы с ТБ.

Подход с вовлечением в деятельность сообщества также открывает возможности для лучшего применения усилий партнеров, обладающих различными навыками. Это существенно повышает возможности

противотуберкулезных программ расширить доступ к услугам по предупреждению, диагностике и лечению ТБ в труднодоступных районах и сообществах. Такой подход также способствует полезной и экономически выгодной координации усилий по внедрению других программ здравоохранения, таких как улучшение питания, укрепление здоровья матери и ребенка, профилактика ВИЧ/СПИДа.

В этом документе описаны примеры успешной интеграции АКСМ в проекты профилактики и лечения ТБ. Несмотря на различие проектов, мероприятий по АКСМ и условий их проведения, каждое из этих мероприятий является примером того, как на практике можно реализовать пятый компонент стратегии «Стоп ТБ» – расширение прав и возможностей лиц с ТБ и общественных организаций через партнерское сотрудничество.

Партнерство с сообществами, пострадавшими от ТБ, является ядром каждого проекта. Это – самый важный инструмент усиления эффективности всех мероприятий по борьбе с ТБ, особенно, если говорить о достижении таких важных целей как:

- повышение уровня выявления случаев ТБ и приверженности к лечению;
- преодоление стигмы и дискриминации по отношению к больным ТБ;
- создание условий и предоставление возможностей людям и сообществам, которых коснулась проблема ТБ, участвовать и влиять на принятие решений в отношении их;
- мобилизация политической воли и ресурсов для решения проблемы ТБ.

Знакомьтесь с лучшими примерами накопленного опыта, другие партнерские организации, возможно,



смогут чему-то научиться, повторить и улучшить мероприятия, описанные на этих страницах. Хотелось бы, чтобы организации, выполняющие мероприятия по АКСМ или заинтересованные во внедрении этого компонента в национальные программы борьбы с ТБ, смогли почерпнуть что-то новое из этого опыта. Описанные ситуации должны послужить сти-

мулом для новых мероприятий по АКСМ (с учетом местных условий) и помочь в достижении желаемых результатов, будь то улучшение приверженности к лечению, усиление государственной помощи для борьбы с ТБ, или усовершенствование подходов местных сообществ и медработников в предоставлении помощи больным ТБ.

## Методология

Подгруппа по АКСМ, которая сейчас работает в составе Рабочей группы Партнерства «Стоп ТБ» по расширению внедрения ДОТС, была создана в 2005 году. Ей было поручено поддерживать разработку и внедрение более перспективных и эффективных мероприятий по АКСМ, содействуя инициативам по созданию партнерства и применения инновационных подходов в профилактике и борьбе с ТБ на уровне стран. Подготовленные Подгруппой предыдущие публикации включают рекомендации по подготовке и проведению опроса знаний, отношения и практики (ЗОП), а также руководящие принципы для вовлечения местных сообществ в борьбу с ТБ.

Подгруппа по АКСМ выбрала 16 успешных мероприятий по АКСМ для этой публикации, так как они

представляют собой пример создания эффективных партнерских отношений и проводились в разных странах и в разных эпидемиологических условиях. Все они предполагают общие принципы – вовлечение сообществ и больных ТБ, а также создание тесных связей между общинами, проектами и местной системой здравоохранения. Предлагаемые Вашему вниманию примеры имели непосредственное влияние на расширение охвата населения ДОТС, повышение уровня выявления случаев и успешного лечения ТБ, а также снижение стигмы по отношению к пациентам. Партнеры, работающие в странах с высокой распространенностью ВИЧ, часто развивают эти методы дальше с целью применения их для борьбы с ко-инфекцией ТБ и ВИЧ.

## Процесс отбора

Для отбора успешных примеров Подгруппа по АКСМ объявила конкурс и предоставила инструкции участникам. Они должны были описать ситуацию с ТБ в своем регионе, целевые группы, задачи и мероприятия АКСМ, а также результаты проведения этих мероприятий. Заявки подали 35 организаций. Организаторы конкурса пришли к выводу, что в 16 случаях демонстрируются яркие примеры успешного опыта, объясняются ключевые шаги и документально подтверждаются достигнутые результаты.

Этот документ представляет собой 16 лучших практических примеров из 15 стран, представляющих все регионы ВОЗ (два примера взяты из Республики Филиппины). Предложенные Вашему вниманию ситуации подробно описывают спе-

цифические трудности, с которыми сталкивались организации, выполняющие проекты, и объясняют, как принятые решения, включая мероприятия по АКСМ, обеспечили эффективное решение проблем. Почти во всех этих примерах были приведены количественные результаты снижения бремени ТБ, достигнутые с помощью мероприятий по АКСМ. Это объясняет, почему многие предоставленные странами заявки не были отобраны для включения в публикацию, – некоторые мероприятия АКСМ были на ранней стадии выполнения, и их результаты еще были неизвестны; или участники не предоставили достаточно отчетливого подтверждения успеха проведенных мероприятий.

## От авторов

Все данные и информация, содержащаяся в этом документе, изложены так, как они были предоставлены каждой организацией в их заявке. ВОЗ и Партнерство «Стоп ТБ» не дает никаких заверений или гарантий, явных или подразумеваемых, отно-

сительно их точности, полноты и пригодности для конкретной цели. Мы также не принимаем на себя никакой ответственности или обязательств в отношении достоверности или использования таких данных и информации.

# 2

## Ключевые уроки и рекомендации

### I Улучшение услуг ДOTS

#### 1.1 Подход, ориентированный на пациента: адаптация медицинских услуг к потребностям пациента

Во многих примерах отмечалось, что в тех случаях, когда медицинские услуги становились более доступными (например: ДOTS-центры были географически более удобно расположены для пациента и/или продлевалось время их работы), наблюдался значительно более высокий уровень выявления случаев ТБ и приверженности к лечению. Кроме улучшения сотрудничества с пациентами, эти изменения способствовали более эффективному распределению потока пациентов (ведущему к более эффективному процессу диагностики), а также позволили организовать практику ежедневного лечения в соответствии с особыми потребностями пациентов и их семей. Этот опыт, особенно оправдывающий себя в случаях с пациентами, страдаю-

щими наркотической и алкогольной зависимостью, бездомными или безработными лицами, также позволяет работающим пациентам получить услуги по лечению ТБ до или после работы.

«Живой пример» из Индии представляет программу, которая была построена на этом принципе и создала ДOTS-центры в самих кварталах трущоб, тем самым значительно повышая доступность услуг для пациентов. Пример из Бразилии также показал, как создание ДOTS-центра в квартале трущоб и посещение медработниками, которые живут в том же районе, пациентов на дому могут существенно улучшить приверженность к лечению.

#### 1.2 Улучшение качества межличностного общения медработников

Улучшение коммуникативных навыков медработников противотуберкулезной службы и общей медицинской сети привело к значительным изменениям, по крайней мере, в трех случаях (Румыния, Таджикистан и Украина). В каждом из них, выяснилось, что подход к пациентам как к партнерам, предостав-

ление им психологической поддержки и использование более персонализированного подхода к обучению по вопросам ТБ способствовало возникновению у пациентов доверия к медработникам и помогло существенно снизить уровень отрывов от лечения.

#### 1.3 Улучшение доступа к услугам диагностики, обеспечение доставки образцов мокроты

Специалисты пришли к выводу, что в тех районах, где услуги противотуберкулезной службы отдалены (в сельской местности или далеко растянувшихся городских районах), или там, где система первичной

медицинской помощи (ПМП) не проводит микроскопию мазка мокроты, доставка образцов мокроты (специально обученными лицами) из местных центров здоровья в диагностические учреждения

сможет снизить задержки в диагностике и ускорить подтверждение статуса пациента. Изучение опыта Бразилии, Малави и Республики Филиппины (про-

винция Минданао) предоставляет хорошие примеры того, как такая работа может привести к улучшению уровня выявления случаев ТБ.

## II Расширение возможностей пациентов и сообществ

Создание клубов пациентов может оказать поддержку людям с такой же проблемой и их семьям во время прохождения курса лечения. Перемещение фокуса на пациента способствует подготовке и предоставлению информации, ориентированной на потребности пациента, во время консультирования и обучения.

Долгосрочные ассоциации пациентов могут адвокатируют предоставление услуг с учетом прав пациента. Такой подход, предполагающий осознание своих прав и обязанностей одновременно пациентами и медработниками, может привести к существенному повышению уровня приверженности к лечению. А получившие возможности больные ТБ, сотрудничая с местными программами борьбы с ТБ,

станут активными участниками мероприятий по адвокации с целью расширения доступа к качественным услугам ДОТС.

В примерах Доминиканской Республики, Республики Филиппины (Минданао) и Мексики клубы и ассоциации пациентов помогли выполнять мероприятия по АКМ в сообществе с целью повышения уровня выявления случаев ТБ и приверженности к лечению, а также продолжили работу по адвокации после окончания работы проекта. Пример признания ценности опыта пациента также приводится в проекте Photovoice (Мексика), который представляет личные портреты пациентов, их семей и опыт жизни с ТБ. Такие инициативы могут стать мощным инструментом в обучении и адвокации.

## III Сотрудничество с пострадавшими от ТБ общинами и общественными организациями

Организация на местном уровне «сети организаций по борьбе с ТБ», включая общественные организации, частный сектор и государственные учреждения, помогает удовлетворить потребности пациентов и в то же время повысить осведомленность общего населения о ТБ. Более того, такая деятельность может сыграть важную роль в преодолении стигмы, ассоциированной с этим заболеванием.

В примерах из опыта работы Бразилии и Республики Филиппины (провинция Булакан) многосекторные сети местных организаций стали активными участниками кампании по улучшению социальной помощи и поддержки пациентов во время лечения и, в итоге, в преодолении стигмы, связанной с ТБ. Опыт Республики Гана служит положительным примером вовлечения в деятельность проекта местных лидеров, формирующих общественное мнение.

Местные медицинские работники и волонтеры также являются активными участниками при проведении любого мероприятия в сообществе. Этот урок был подкреплен опытом работы Доминиканской Республики, Румынии и Республики Филиппины (провинция Булакан). В Бразилии, Эквадоре и Индии волонтеры в чрезвычайно сложных условиях – географически отдаленных районах и городских трущобах – определяли людей с симптомами ТБ и предоставляли лечение на местах. Местные волонтеры также сыграли жизненно важную роль в Гане, Малави, Республике Филиппины и в Таджикистане. Основные виды деятельности этих волонтеров заключались в обучении, определении симптомов ТБ, направлении в медицинское учреждение, отслежи-

вании отрывов от лечения и иногда в предоставлении лечения под непосредственным наблюдением.

Сотрудничество с местными неправительственными организациями (НПО) и общественными организациями является одним из самых эффективных средств для создания партнерства с пострадавшими от ТБ общинами. Возможности этих организаций, знание местной среды и их связи часто являются жизненно важными инструментами в работе со стигматизированными и уязвимыми группами населения, а также для адвокации предоставления качественного лечения ТБ перед руководителями системы здравоохранения. Немногочисленность состава организаций, их местное происхождение также может помочь в поиске инновационных решений проблем, которые присущи местности, где они работают. Такие организации часто обладают свойствами, которых крупные иностранные организации могут не иметь. Это – гибкость, возможность приспосабливаться к местным условиям, высокий уровень мотивации сотрудников и, порой, способность установить необходимые контакты, чтобы обеспечить доступ к местным ресурсам.

В примерах Бразилии, Индии и Румынии прямое вовлечение общественных организаций в работу по предоставлению медицинской помощи больным ТБ помогло снизить задержки в диагностике и улучшить результаты лечения. В Буркина-Фасо и Доминиканской Республике коалиция ВИЧ-сервисных НПО способствовала росту уровня выявления случаев ТБ и значительному повышению приверженности к лечению.

## IV Улучшение методов общения при оказании поддержки

Первым шагом в процессе расширения возможностей пациентов является улучшение знаний и повышение осведомленности заинтересованных сторон о важных аспектах борьбы с ТБ. Весь существующий положительный опыт работы по АКСМ подтверждает необходимость соответствующих стратегий коммуникации и материалов, специально разработанных и адаптированных для решения

определенных проблем, целевых групп и заинтересованных сторон. Пример Украины демонстрирует необходимость такого подхода не только для пациентов и сообщества, но также и для медработников, чье отношение и навыки межличностного общения могут оказать значительное влияние на снижение уровня отрывов от лечения.

## V Определение результатов

Предоставление количественных результатов проводимых мероприятий и их влияния на ситуацию с ТБ имеет критически важное значение для успеха проекта и дальнейшего расширения его деятельности. Отдельные эпизодические данные недостаточны для продолжения или расширения деятельности по АКСМ; доноры и руководители НТП требуют подтверждения того, что проводимые мероприятия влияют на результаты выявления случаев ТБ и лече-

ния. Однако АКСМ является в значительной степени качественным процессом, что представляет собой трудность для измерения результатов мероприятий по АКСМ.

Опыт работы по АКСМ в программах борьбы с ТБ подсказывает, что для того, чтобы оценить результаты мероприятий по АКСМ, организации должны принимать во внимание следующее:

### 5.1 Свяжите мероприятия по АКСМ с существующими трудностями в выявлении случаев и лечении ТБ и определите для себя индикаторы изменений, которые Вы сможете достичь с помощью АКСМ

Мероприятия по АКСМ не являются “отдельно стоящими” и должны быть привязаны к существующим трудностям по выявлению случаев ТБ и результатам лечения. Программы не должны проводить информационные кампании только ради повышения знаний о ТБ среди уязвимых групп населения; необходимо, чтобы улучшенные знания привели к ощутимым изменениям в показателях выявления случаев ТБ, таких как количество лиц с симптомами ТБ, обратившихся за помощью в центры ДОТС для дальнейшего обследования. Таким образом, очень важно полностью внедрить мониторинг и оценку еще на этапе планирования мероприятий по АКСМ, чтобы необходимость в сборе данных, источники данных и методология предоставления отчетов были четко определены.

Например, опрос, проведенный перед началом мероприятий в Камбодже, показал, что жители Пномпеня в значительно большей мере склонны обращаться за помощью в частные медицинские учреждения, нежели к представителям государственных медицинских служб. Воспользовавшись полученной информацией, руководители проекта включили в работу, среди прочих, частные аптеки. После вовлечения их в работу по перенаправлению клиентов в медицинские учреждения значительно возросло количество выявленных новых случаев ТБ.

Аналогично предыдущему примеру, проведенная в Румынии оценка ситуации показала, что группа

риска, малоимущие ромы, не имели доступа к услугам диагностики из-за стигмы по отношению к ним, а также из-за бюрократических препятствий во время обращения за лечением. Работая с этой системой для изменения существующей ситуации, проекту удалось определить и предоставить лечение значительному количеству пациентов с положительным мазком мокроты, которые иначе не обратились бы за получением диагноза.

Если ожидается, что мероприятия по АКСМ приведут к измеримому росту уровня выявления случаев (например, сокращение временного отрезка между возникновением у человека симптомов ТБ и его обращением за помощью в поликлинику), для наилучшей оценки влияния может потребоваться, кроме обычной отчетности, специальный сбор данных. Такая деятельность должна быть запланирована и соответственно отражена в бюджете.

Часто требуется несколько типов данных, чтобы точно продемонстрировать влияние АКСМ. В некоторых примерах, содержащихся в этом документе, приводится каталог использованных ресурсов для осуществления деятельности по АКСМ, данные программы о фактическом выполнении мероприятий, список проведенных мероприятий, их непосредственные итоги (например, количество лиц, обучавшихся на тренингах), прямые результаты, а также вызванные ими изменения в выявлении случаев и результатах лечения ТБ.

## 5.2 Обеспечьте сбор соответствующих базисных данных до начала проведения мероприятий по АКСМ

В большинстве случаев у организаций, выполняющих проекты, была возможность провести базисную оценку знаний, отношения и практики (ЗОП) и организовать обсуждение в фокус-группах, чтобы документально подтвердить информационные потребности и модели поведения до начала работы проекта. Однако в некоторых случаях результаты базовых исследований ЗОП не сравнивались с конечными результатами. Это не дает возможности уверенно подтвердить, что положительные изменения в ситуации с ТБ были вызваны именно проведением конкретных мероприятий по АКСМ. Вот почему так важно при планировании мероприятий обязательно включить в бюджет базисное и финальное исследования ЗОП в той же группе населения, чтобы можно было потом точно определить влияние мероприятий по АКСМ.

Необходимо наличие конкретного плана анализа и использования этих данных для того, чтобы все заинтересованные стороны понимали, как используются результаты исследования ЗОП при планировании мероприятий по АКСМ и какие изменения в ЗОП по основным показателям результатов можно ожидать после осуществления мероприятий по АКСМ.

Важно помнить, что сами по себе изменения в ЗОП – недостаточный аргумент для того, чтобы убедить доноров и лиц, принимающих решения, в том, что на мероприятия по АКСМ стоит выделять деньги; исследование ЗОП измеряет уровень понимания проблемы ТБ, преднамеренное или действительное поведение, но не фактические результаты. Следовательно, данные опроса ЗОП должны дополняться данными из существующей информационной системы (например, выявленное количество лиц с симптомами ТБ, количество случаев ТБ с положительным мазком мокроты в отчете за квартал) с тем, чтобы данные об изменениях в ЗОП были напрямую связаны с основными индикаторами национальной программы борьбы с ТБ. Эти данные нужно собрать во время базисного и конечного исследования и представить вместе с результатами исследования ЗОП, другими программными и промежуточными данными по внедрению самих мероприятий. Комплексное предоставление этих данных сыграет важнейшую роль в изложении убедительных аргументов перед донорами и руководителями НТП для начала или расширения деятельности по АКСМ.

## 5.3 Проанализируйте трудности получения результатов и создайте план их преодоления

Измерить успешность проекта количественными показателями достаточно трудно по многим причинам. Когда проекты краткосрочные или находятся в стадии выполнения, проведение базисного и конечного опросов могут показаться донорам слишком дорогими. К тому же из-за отставания в представлении когортных данных в отчетах по ТБ для многих стран, как показывает опыт, было сложно установить причинно-следственную связь между положительным опытом работы по АКСМ и общими результатами борьбы с ТБ. В некоторых случаях организации смогли представить отчеты по собранным на местном уровне данным о результате работы, но национальной программе по борьбе с ТБ в стране эти данные еще нужно анализировать и утверждать.

И в заключение, когда воздействия по АКСМ осуществляются вместе с другими постоянными мероприятиями по улучшению внедрения противотуберкулезных программ, трудно обособить и оценить влияние отдельно только мероприятий по АКСМ. Необходимо обратить внимание на разработку плана мониторинга и оценки, как составной части общего плана проекта, который содержит компонент планового наблюдения за выполнением. Подробные данные о внедрении вместе с оценкой других мероприятий, осуществляемых в тот же период времени, могут помочь организаторам мероприятий по АКСМ вместе с руководителями других компонентов программ борьбы с ТБ определить, какую роль сыграла деятельность по АКСМ в улучшении результатов.

## 5.4 Создайте систему показателей для оценки влияния информационных программ в средствах массовой информации

Несмотря на то, что несколько партнерских организаций проводили семинары для журналистов, результаты вовлечения в деятельность СМИ, как правило, не определялись и в отчеты не включены. В одном примере было зарегистрировано количество публикаций, но тираж издания не указан. Таким же образом иногда осуществлялась трансляция

рация радио и телевизионных передач в эфире, но не проводилась оценка охвата аудитории. Следует уделить больше внимания документированию этих результатов, если информационные мероприятия с привлечением СМИ будут включаться как примеры удачной работы.

# 3

## Примеры положительного опыта проведения мероприятий по АКСМ







# Бразилия

**Охват лиц, неохваченных услугами** (оказание услуг тем, кто раньше не мог их получить) **Участие сообщества в профилактике и лечении ТБ в трущобах Рио-де-Жанейро**

*Предоставлено Project PACS*

## **Project PACS**

Project PACS начался как проект предоставления услуг ДOTS на базе сообщества в 2003 году, основываясь на партнерстве между Программой по борьбе с ТБ в Рио-де-Жанейро, Университетом Джона Хопкинса/USAID, городской католической церковью и местной общиной Фавелы Росиньи. Католическая церковь предоставила возможности для проживания в принадлежащих ей местных помещениях медицинской команде, состоящей из 2 медсестер и 40 их доверенных помощников или социальных работников (ACS). ACS официально признан одним из компонентов общенациональной программы общественного здоровья, внедрение которой началось в 1994 году





## Трудности в борьбе с ТБ

Указанный в отчете в 2007 году показатель заболеваемости 93,7 случаев на 100 000 населения демонстрирует, что заболеваемость в Рио-де-Жанейро почти в два раза выше, чем по всей стране. Уровень отрывов от лечения – приблизительно 13%. И хотя заболеваемость в Рио постепенно снизилась за последние 5 лет (109,9 в 2003г.), ТБ все еще процветает в городских трущобах (или фавелах), перенаселенных районах с очень ограниченными возможностями соответствующей инфраструктуры и общественных услуг. Подобно многочисленным трущобам Рио, Росинья – это густонаселенная территория, стихийно расположенная на склонах холма, где проживает местная община. По официальной информации начиная с 2000 года здесь регистрируется приблизительно 300 случаев ТБ в год.

На территории Росиньи медицинские услуги предоставляются в единственном центре первичной медицинской помощи, где очень большой поток пациентов, а медицинские услуги оказывают только в рабочие дни. До начала внедрения проекта всех лиц с подозрением на ТБ обычно отправляли в это маленькое медицинское учреждение на первичную консультацию. Для дальнейшей диагностики и лечения – анализа мокроты и установления диагноза – требовалось направлять людей в медицинское учреждение за пределами Росиньи. В 2003 году успех лечения ТБ в Росиньи составлял 70%, а отрывы от лечения достигали 20%.

## Мероприятия по АКСМ

С помощью проекта был организован курс интенсивного обучения для доверенных помощников медработников. Им предложили работать и оказывать услуги непосредственно в общине, создавая сети людей для оказания социальной поддержки пациентам и членам их семей.

В рамках проекта PACS была создана медицинская команда, которая направила свои усилия на отбор и обучение 40 добровольных социальных работников, жителей Росиньи, некоторые из них были пациентами в прошлом. Каждый добровольный помощник медработника сдавал тест на знание основ здоровья, а затем участвовал в месячном курсе интенсивного обучения, где обсуждались общие аспекты роли добровольных социальных работников, важность посещений на дому, а также основная информация о профилактике и преодолении ТБ.

После обучения группа добровольных социальных работников отметила на карте все дома и семьи в Росинье, посетила все дома для определения таких факторов риска для здоровья, как уровень доступа к чистой воде и санитарным услугам. Эта подготовка также дала возможность определить самые уязвимые социально-экономические группы (например, крайне бедные люди, безработные или страдающие от наркотической и алкогольной зависимости), а также распознать лиц с подозрением на ТБ и больных ТБ. Вся территория была разделена на 15 зон, в каждой из зон проживали и работали два или три социальных работника.

Согласно плану следующим шагом стала организация сети социальной поддержки, нанесение на карту расположения всех местных общественных организаций, школ, коммерческих предприятий, которые могли оказать любую поддержку населению. Добровольные социальные работники также обратились к чиновникам службы занятости, чтобы обес-

печить работу безработным пациентам. Они встретились с потенциальными партнерами, рассказали о своем проекте и создали круг партнеров для возможной поддержки больных ТБ и членов их семей. Это привело к возникновению нового чувства приверженности сообщества делу поддержки пациентов, которое проявилось в таком нововведении, как предоставление транспортных услуг для поездки в ТБ диспансер и выдача продуктовых наборов.

Доверенные помощники медработников оказывали полный комплекс ДОТС-услуг в сообществе под руководством двух медицинских сестер. В их обязанности входило следующее:

- сбор и хранение образцов мокроты (диагностических и повторных), безопасная доставка в лабораторию, расположенную за пределами Росиньи, и предоставление результатов исследования пациентам;
- отслеживание домашних контактов и контактов внутри общины (например, друзья, работа, бар, школа, т.д.);
- профилактика среди контактов < 5 лет и среди лиц с ВИЧ+;
- последующая работа с пациентами для обеспечения их ежемесячных визитов в ТБ диспансер за пределами Росиньи на контрольный осмотр, предоставление транспорта для поездки при необходимости;
- предоставление лечения под непосредственным наблюдением (ДОТ) на дому тем пациентам, которые не могут каждый день приходить и получать препараты в центре здоровья;
- заполнение карточек лечения пациентов;
- предоставление дополнительного ухода при необходимости (например, продукты питания, лечение побочных эффектов, социально-психологическая поддержка, приложение дополнительных усилий в случаях, когда пациент стра-

дает от проблем, связанных с употреблением алкоголя или наркотиков) для обеспечения приверженности к лечению.

Медицинские сестры ведут учет данных и отправляют их в городское управление.

Добровольные социальные работники также проводят широкий круг мероприятий по обучению населения на тему здоровья в ближайших окрестностях, посещая детские сады, школы, церкви и общественные организации.

Кроме распространения буклетов и других информационных материалов, они устраивают спектакли кукольного театра и совместные мероприятия по информированию, обучению и коммуникации (ИОК), а также координируют проведение кампаний на тему здоровья в сотрудничестве с местными радио и телевизионными компаниями, которые предоставляют бесплатное эфирное время.

## Результаты внедрения проекта

Воздействие проекта непосредственно измеряется с помощью показателя уровня успеха лечения, который вырос с 70% в 2003 г. до 86% в 2007 г., также

проект достиг очень хорошего показателя по снижению уровня отрывов от лечения (3,9%).

### Результаты лечения при участии PACS Росинья, 2004 -2007 гг.

Год	Количество случаев	% успеха лечения	% отрывов от лечения
2004	313	90	4,4
2005	265	88	6,3
2006	266	80	7
2007	301	86	3,9

## Уроки проекта

Проект предлагает учесть несколько уроков для деятельности по АКСМ в будущем, некоторые из этих уроков применимы в условиях Бразилии, некоторые имеют более универсальное значение. Привлечение к сотрудничеству добровольных социальных помощников медицинского работника из общины, где они и работают, создает чрезвычайно высокий уровень доверия к ним. Среди прочих положительных результатов это также способствовало обращению к социальным работникам потенциальных больных ТБ за консультацией, что способствует раннему выявлению случаев и последующему оказанию медицинской помощи.

Еще одной составляющей успеха послужило наличие руководства о правах и обязанностях, кото-

рое социальные работники предлагают каждому пациенту и семье. В рамках проекта социальные работники получили важную информацию о существующей на государственном уровне широкой, но как всегда плохо используемой, стратегии оказания социальной поддержки обедневшим, безработным и нетрудоспособным гражданам Бразилии. Эта информация помогла пациентам, проживающим в трущобах, добиться получения значительно увеличенной финансовой помощи при начале курса лечения, что является важным фактором для снижения уровня отрывов от лечения и повышения качества жизни.



# Буркина-Фасо

**Социальная мобилизация  
гражданского общества для  
улучшения выявления случаев ТБ и  
результатов лечения среди уязвимых  
групп населения**

*Предоставлено Национальной программой  
борьбы с ТБ (НТП) и Программой d'Appui au  
Monde Associatif et Communautaire (PAMAC)*

## **Об НТП и PAMAC**

В рамках Национальной программы по борьбе с ТБ в Буркина-Фасо было начато внедрение ДОТС-программы в 1995 году, и уровень охвата населения достиг 100%. Услуги диагностики и лечения для больных туберкулезом являются бесплатными. НТП направляет свои усилия на продолжение процесса децентрализации в предоставлении услуг ТБ диагностики и лечения.

Программа PAMAC создана в 2003 году с целью внедрения подхода к преодолению ВИЧ/СПИДа в стране с участием местного сообщества. После успешного создания программы по профилактике и преодолению ВИЧ/СПИДа в сообществе группе было поручено разработать и внедрить в рамках национальной программы по борьбе с ТБ в Буркина-Фасо направление деятельности по вовлечению местного сообщества в борьбу с туберкулезом при поддержке финансирования Глобального Фонда по 4 раунду.



## Трудности в борьбе с ТБ

Значительным препятствием в снижении бремени ТБ в Буркина-Фасо является низкий уровень обращаемости большинства населения в медицинские учреждения. Этот фактор затрудняет выявление лиц с симптомами, похожими на ТБ, и приводит к задержкам в диагностике.

Существует три основных препятствия на пути

повышения уровня использования медицинских услуг: предпочтение в обращении к традиционным целителям и самолечение вместо первоначального посещения медицинского учреждения; отсутствие транспорта и денег для регулярных визитов в медучреждение во время лечения; плохое отношение медицинского персонала к больным туберкулезом.

## Мероприятия по АКСМ

Опираясь на свой опыт работы с ВИЧ-инфицированными пациентами, в сотрудничестве с НТП, РАМАС стремилась расширить охват программы по борьбе с ТБ, чтобы преодолеть особые препятствия в обращении людей за медицинской помощью для лечения ТБ, сосредоточив внимание на уязвимых группах населения, таких как наиболее бедные городские слои населения, кочевники и ЛЖВС.

Для начала были определены местные организации, которые имели многолетний опыт внедрения программ и потенциал в управлении и оказании технической помощи, необходимый для осуществления наблюдения за работой небольших, менее опытных объединений в общине. В конечном итоге 11 местных организаций были отобраны как для непосредственного осуществления мероприятий, так и для оказания помощи примерно 300 объединениям для работы с наиболее уязвимыми слоями населения.

НТП и РАМАС также поддержали участие в мероприятиях традиционных целителей, поставщиков патронажных услуг и лидеров общин, пытаясь воспользоваться их связями в сообществе, чтобы оказать содействие направлению людей с ТБ симптомами в медицинское учреждение и способствовать улучшению осведомленности о туберкулезе внутри сети организаций.

В рамках проекта было организовано обучение по техническим аспектам способов ведения случаев ТБ для общественных объединений и координационных организаций, а последние отдельно были обучены навыкам управления, поддержки и контроля, а также навыкам мониторинга и оценки (M&O). Кроме того, тренинг включал темы информационного обучения и изменения поведения и коммуникации, эффективную методику сотрудничества с медицинскими работниками для предоставления ТБ услуг на базе общин, финансовое планирование, мониторинг и отчетность.

После обучения на тренингах общественные объединения, при поддержке 18 центров диагностики и лечения, могли самостоятельно проводить мероприятия по коммуникации с целью изменения

поведения. Одним из самых важных воздействий было проведение ряда мероприятий по выявлению лиц с подозрением на туберкулез, которые, хотя и проводились среди всего населения, были особенно нацелены на такие уязвимые группы, как ЛЖВС, кочевники и обитатели городских трущоб.



Координация всех мероприятий по коммуникации осуществлялась вновь созданным в НТП отделом по коммуникации, который разрабатывал соответствующие местным культурным традициям информационные сообщения и содействовал внедрению таких инициатив по поддержке пациентов в общине как посещения на дому, оказание социально-психологической помощи и отслеживание отрывов пациентов от лечения.

Существуют и другие результаты работы проекта: внедрение действующей системы направлений, благодаря которой лица с подозрением на ТБ направляются в диагностические центры для тестирования мокроты; система мониторинга и оценки с применением электронного учета и отчетности, а также регулярные встречи на разных уровнях между поставщиками медицинских услуг и их партнерами из гражданского общества (РАМАС и местные организации).

## Результаты внедрения проекта

С октября 2005 года по июнь 2008 года около 300 местных организаций по всей стране (включая 15 организаций, созданных бывшими пациентами) было привлечено к работе. Обучение было организовано для более чем 3500 представителей общин, включая руководителей проектов в местных организациях, инструкторов по коммуникации с целью изменения поведения, традиционных целителей, поставщиков патронажных услуг, медицинских работников и членов общественных объединений.

Мероприятиями по коммуникации с целью изменения поведения, которые проводила сеть привлеченных организаций, были охвачены около 1 150 000 человек, были выявлены по анализу мокроты или симптомам 6670 человек с подозрением на туберкулез, из которых у 580 (8,7%) был выявлен активный ТБ. Кроме того, участвовавшие в работе организации оказывали услуги по лечению и психологическую поддержку, а именно, посещения на дому и

доставка еды для 4184 лиц с ТБ. Ведение случаев ТБ в общинах позволило также отслеживать контакты пациентов, 170 контактных лиц дали согласие на проведение тестирования мокроты, и в 77 случаях (45%) выявлен активный ТБ.



## Уроки проекта

Доказательства подтверждают, что вклад общин в выявление случаев ТБ дает внушительные результаты, когда речь идет о случаях ТБ с положительным мазком мокроты. Вовлечение сообществ в отслеживание контактов пациентов, как часть работы по ведению случаев ТБ в общинах, может также привести к высокому уровню выявления новых случаев активного ТБ.

Другие примечательные факторы, свидетельствующие о возможности программы охватить услугами

такое большое количество людей, – это способность общественных объединений вносить изменения в свои материалы и коммуникативные стратегии, согласно потребностям каждой отдельной целевой группы; применение метода сотрудничества для привлечения на свою сторону заинтересованных партнеров и эффективная координация между правительством и организациями гражданского общества.



# Камбоджа

**Вовлечение в деятельность  
партнеров из частного сектора  
для повышения уровня раннего  
выявления случаев ТБ**

*Предоставлено Представительством  
организации PATH в Камбодже*

## **О программе PATH в Камбодже**

Организация PATH осуществляет деятельность для создания надежных, соответствующих культурным традициям стран решений, которые позволяют сообществам преодолеть продолжительно действующие, устаревшие практики в здравоохранении. PATH работает в Камбодже с 1996 г. и участвует в противотуберкулезных программах с 2005 г. В период 2005-2009 годов PATH работала над внедрением объединенных решений общественного и частного секторов (ООЧ) с целью замедления распространения ТБ инфекции в стране. С помощью финансирования USAID и объединенной поддержки Национальной программы по борьбе с ТБ, муниципального управления здравоохранения Пномпеня, управлений здравоохранения провинций и Ассоциации фармацевтов Камбоджи PATH начала внедрение пилотной программы ООЧ в двух районах Пномпеня. С тех пор проект расширил свои рамки и охватывает 11 из 24 провинций Камбоджи.





## Трудности в борьбе с ТБ

Камбоджа находится в числе стран, наиболее пострадавших от туберкулеза, и занимает, по оценкам ВОЗ, 21 место в списке 22 стран с наиболее сильным бременем ТБ в мире. Приблизительно две трети общего числа камбоджийцев инфицированы микобактерией туберкулеза и около 13 000 людей умирают ежегодно от туберкулеза. Показатель уровня заболеваемости ТБ в Камбодже – 226 новых случаев легочного ТБ с положительным мазком мокроты на 100 000 населения и 506 случаев всех других форм ТБ на 100 000 населения, а уровень смертности составляет 87 случаев на 100 000.

## Мероприятия по АКСМ

В рамках проекта было доказано, что сотрудничество с частными аптеками является важной основой для повышения уровня раннего выявления случаев ТБ. По результатам исследования, проведенного среди лиц с подозрением на ТБ в Пномпене в 2004 году, приоритетным выбором для 75% респондентов являются частные поставщики услуг, а не государственные медицинские учреждения. Стоимость услуг, связанная с обращением к частному поставщику медицинских услуг, означает, что частная аптека является зачастую первым и единственным медицинским учреждением, куда обращаются за помощью большинство камбоджийцев.

Учитывая это подавляющее предпочтение (которое, оказывается, продолжает расти, так как подобное исследование в 2002 году показывало, что 60% респондентов обращались за медицинскими услугами к частным поставщикам), Министерство здравоохранения утвердило внедрение пилотного проекта, согласно которому организация PATH и ее партнеры работали над укреплением связей между представителями общественного здравоохранения и частных аптек.

Этот проект ставил своей задачей мобилизацию частных аптек в общинах, которые по известным уже причинам играют необычайно важную роль в сфере медицинского обслуживания в Камбодже, чтобы включить их в работу по распознаванию и перенаправлению клиентов с подозрением на ТБ. Необходимо отметить, что ключевым элементом в реализации этого процесса была готовность владельцев аптек принимать участие в работе по перенаправлению клиентов, не рассчитывая получить за это денежное вознаграждение. Ведь их добросовестное участие потенциально приводит к потере доходов.

Эта благотворительность позволяет им чувствовать себя ответственными за жизнь сообщества, а также, в более широком смысле, согласно буддийской вере “получить заслугу”, или делать добрые дела для приобретения положительной кармы.

Высокий уровень заболеваемости в стране усиливается из-за низкого уровня знаний о ТБ среди населения и больших расстояний между местами проживания людей и ближайшими медицинскими учреждениями. Еще одним существенным фактором является превалирующее мнение пациентов о том, что медработники относятся к ним с предубеждением и требуют высокую плату за лечение - оба эти фактора способствуют низкому уровню обращений за медицинской помощью.

При такой предрасположенности партнеров помочь добровольно основной задачей проекта было эффективно направить их энтузиазм для оказания помощи. Эта работа заключалась в улучшении навыков распознавания симптомов ТБ владельцами аптек и их персоналом и усилении действия механизма, согласно которому они смогут эффективно направлять людей с симптомами ТБ в центры по оказанию ДОТС услуг и больницы. Специалисты PATH также работали над усилением потенциала по АКСМ, обучая персонал Национальной программы по туберкулезу (НТП) всех уровней разрабатывать, внедрять и отслеживать выполнение отдельных планов работы по АКСМ.

Цели проекта были достигнуты благодаря обширной программе создания материалов по АКСМ, разработке и проведению кампаний по адвокации, разработке пособия для проведения тренинга для сотрудников аптек, обучения сотрудников аптек и административного персонала, как определять лиц с подозрением на ТБ и направлять их в соответствующее медицинское учреждение. Материалы состояли из пакета информации основных фактов о ТБ, которые нужно раздавать лицам с подозрением на ТБ, изложенных в форме легко читаемого буклета, в котором описано, какие действия предпринимать человеку с такими симптомами, а также определенного количества маркированных листов перенаправления, которые он/она должен предоставить в центры по оказанию ДОТС-услуг.

Укрепление потенциала представителей общественного и частного сектора в ведении случаев ТБ являлось еще одной важной задачей. В общественной сфере эта цель была достигнута благодаря различным воздействиям по АКСМ, в результате которых медицинский персонал всех уровней обучался тому, как лучше понимать своих клиентов и их потребности, улучшал свои коммуникативные навыки, что положительно отразилось на общении между поставщиками услуг и клиентами и удовлетворении потребностей клиентов. Была использована модель идеального поведения пациента «От кашля к выздо-

ровлению», чтобы помочь медицинскому персоналу определить препятствия и разработать соответствующие профилактические мероприятия на всех стадиях предоставления медицинской помощи, где у пациентов есть больший риск прервать лечение. В дальнейшем это повысило количество успешных направлений клиентов, которые обратились за услугами в центры по оказанию ДОТС-услуг.

## Результаты внедрения проекта

В результате разъяснительной деятельности PATH удалось привлечь к сотрудничеству 1573 частных поставщиков медицинских услуг, 520 центров ДОТС и 38 больниц. Все частные поставщики медицинских услуг подписали меморандум о взаимопонимании с Министерством здравоохранения и управлениями здравоохранения в провинциях и активно практикуют перенаправления лиц с подозрением на ТБ, которых они встречают.

Кроме того, все фармацевты, сотрудники аптек и административный персонал были обучены соответствующим методикам распознавания ТБ и направлений в медучреждения, более 700 сотрудни-

Много времени и усилий было затрачено на то, чтобы все поставщики медицинских услуг использовали стандартизованные формы отчетности. Это стало важнейшим шагом для точности количественного подтверждения влияния от внедрения проекта.

ков центров здоровья участвовали в тренингах по коммуникации на темы ТБ, а 169 наставников из центров здоровья участвовали в тренингах по улучшению навыков общения с больными ТБ.

Влияние проекта прослеживается по количеству направлений на обследование лиц с подозрением на ТБ от частных поставщиков медицинских услуг (преимущественно из аптек), сотрудничающих с проектом. Эта цифра увеличилась с 14 (всех случаев ТБ всех форм) за период 2004-2005 годов до 839 (всех случаев ТБ всех форм) в 2009 г.

## Уроки проекта

Несколько факторов сыграли свою роль в успешном выполнении проекта, главным из которых является фактор поддержки правительством. Без поддержки партнеров из системы общественного здравоохранения вовлечение в работу представителей частного сектора могло оказаться затруднительным. Выполнение правительством своих обязательств по предоставлению отчетов о проведенных мероприятиях имело большое значение для обеспечения того, чтобы уровень неотслеженных случаев оставался низким и чтобы общение с партнерами из частного сектора было непрерывным и продуктивным.

Последовательная приверженность частного сектора также была важным предвестником успеха. Без

последовательной деятельности со стороны персонала аптек и административного персонала не удалось бы достичь таких внушительных результатов. В итоге единственным вознаграждением за участие в работе проекта было признание той роли, которую сыграли работники аптек. (Каждому участнику, достигшему высоких результатов, был вручен сертификат Министерства здравоохранения.)

Устойчивое развитие стало возможным благодаря вовлечению в деятельность проекта Ассоциации аптек Камбоджи, которая помогла мобилизовать своих членов и продолжает играть организационную роль после формального окончания проекта.



# Доминиканская Республика

**Улучшение выявления случаев ТБ благодаря созданию коалиции НПО для проведения мероприятий по обучению и выявлению случаев ТБ в сообществе**

*Предоставлено организацией Profamilia*

## **Об организации Profamilia**

Profamilia – это доминиканская неправительственная организация с более чем сорокатрехлетним опытом работы, которая успешно внедряла программы по улучшению репродуктивного здоровья, в частности, среди уязвимых групп населения, таких как мигранты, гаитяне-доминиканцы и население, живущее в бедных городских трущобах и в сельской местности. Эта НПО была утверждена координационным механизмом страны (КМС) как основной реципиент проектов ГФ по ТБ (раунды 3 и 7) и отвечала за мониторинг мероприятий, проводимых суб-реципиентами. Profamilia вносит свой вклад в борьбу с ТБ в стране, применяя проверенные многолетним опытом работы стратегии по планированию программ улучшения здравоохранения и сотрудничая с местными НПО, у которых есть опыт проведения мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа и предоставлению услуг по уходу за пациентами.



## Трудности в борьбе с ТБ

В Доминиканской Республике один из самых высоких уровней заболеваемости ТБ в Латинской Америке, 69 случаев на 100 000 населения (Отчет ВОЗ за 2009 г.). Условия в стране, которые способствуют возникновению и распространению ТБ: бедность, миграция, алкогольная и наркотическая зависимость, высокий уровень ТБ/ВИЧ инфекции, а также повсеместное отсутствие основной информации о ТБ.

Существует также стигма и дискриминация среди общего населения и среди медицинского персонала. Все эти факторы способствуют сохранению существующей сегодня ситуации с низким уровнем выявления или поздним выявлением случаев и неудовлетворительными результатами лечения.

## Мероприятия по АКСМ

Профамелия создала коалицию из 16 НПО и ОМС, у которых уже был значительный опыт в сфере преодоления ВИЧ/СПИДа, обучая их общим аспектам, распознаванию симптомов и принципам ДОТ и работая с ними над планированием и проведением мероприятий по социальной мобилизации в 18 из 30 провинций страны. Мероприятиями проекта было охвачено более 400 000 человек. Главные задачи проекта – повысить уровень выявления случаев, улучшить доступ и приверженность пациентов к лечению, а также снизить связанную с ТБ стигму и дискриминацию по отношению к заболевшим людям.

После прохождения курса обучения организации, входившие в состав коалиции, в свою очередь стали обучать местных медицинских работников (или наставников по вопросам здоровья) основным аспектам ТБ, распознаванию симптомов и принципам поддержки ДОТ, чтобы дать им возможность внедрять проекты обучения на темы здоровья, изменения поведения и предоставления лечения пациентам. Эти группы также поддерживали мероприятия наставников по вопросам здоровья, помогая

оказывать услуги на местном уровне по защите прав на здоровье, обеспечивая поддержку улучшенным питанием, способствуя установлению более гибкого графика работы больниц и оказанию удобных для пациента услуг. Они также помогли в разработке и распространении информационных материалов высокого качества, созданных на основе результатов предыдущих формативных исследований.

Деятельность наставников по вопросам здоровья получила поддержку благодаря встречам по адвокации с местными политиками и бизнесменами для создания более благоприятной среды поддержки для больных туберкулезом. Пациенты и бывшие пациенты сами создали Доминиканскую ассоциацию лиц, больных туберкулезом, для защиты своих прав, улучшения социальных условий и снижения стигмы, ассоциируемой с туберкулезом и ТБ/ВИЧ ко-инфекцией, прекращения дискриминации пострадавших. Эти мероприятия помогли больным туберкулезом обратиться за получением диагноза и лечения на более ранних стадиях заболевания.

## Результаты внедрения проекта

За период 2006-2008 годов коалиция подготовила более 2400 наставников по вопросам здоровья, которые распространяли материалы через различные каналы, включая посещения на дому и на работе, проведение учебных уроков на темы здоровья в школах, клубах и церквях, а также встреч с местными руководителями. Материалы по обучению на темы здоровья были разработаны для отдельных целевых групп, например, на креольском языке, рассчитанные на гаитян-мигрантов, буклеты специально адаптированные для лиц, находящихся в местах заключения. В результате около 200 000 доминиканцев получили эффективную информацию по вопросам ТБ.

Мероприятия проекта по адвокации также помогли достичь существенных результатов – одним из них было предоставление больших ресурсов от местных органов власти. Некоторые примеры этого – обеспечение завтраками детей, больных ТБ, в школах, доставка образцов мокроты в лаборатории.



Наставники по вопросам здоровья помогли выявлению случаев заболевания во время информационной кампании. Во время указанного периода 2838 человек были направлены в медицинские учреждения для обследования на туберкулез, из них 2715

прошли обследование, и у 164 (6% от этого числа) были получены положительные результаты мазка мо-

кроты. Дополнительно было направлено на обследование 440 лиц, контактировавших с ними.

## Уроки проекта

Доминиканский пример иллюстрирует, как местные организации благодаря мобилизации возможностей сообщества – даже с ограниченным опытом борьбы с туберкулезом – могут быть задействованы для эффективного и надежного выявления лиц с подозрением на туберкулез и способствования усилиям раннего выявления случаев заболевания на уровне сообщества. Объем их работы может быть расширен в отдаленных районах, где они смогли предоставлять поддержку больным, остро нуждающимся в лечении.

Более того, этот пример показывает, какой эффективной может быть сила адвокации со стороны НПО и СВО в вопросе улучшения медобслуживания и облегчения доступа к местным и национальным ресурсам.





# Эквадор

**Использование принципов ДOTS, разработанных для общин в отдаленных местных сообществах для достижения высокого уровня выявляемости и успешного лечения**

*Предоставлено Foundation Alli Causai*

## **О Foundation Alli Causai**

Foundation Alli Causai работает в отдаленных районах сельской местности Эквадора с местной группой Кечуа уже более 25 лет. Организация координирует деятельность местного сообщества, направленную на улучшение санитарно-медицинских условий, облегчение доступа к чистой воде и обеспечение элементарных потребностей питания, увеличение производства продуктов питания, профилактику и лечение распространенных в данной местности заболеваний и обеспечение государственного контроля и политической адвокации. Foundation Alli Causai предоставляет услуги по борьбе с туберкулезом в этих общинах на протяжении последних 10 лет.





## Трудности в борьбе с туберкулезом

Эль Корасон, Сикальпа, Факундо Вела, Симиатуг в Эквадоре – это преимущественно сельские общины, большинство населения которых составляют бедные сельскохозяйственные рабочие, этнически принадлежащие к группе Кечуа. Большинству из них нет доступа к медицинскому обслуживанию или этот доступ ограничен в силу географических, эко-

номических и культурных факторов. Члены сообщества обычно обращаются за медицинской помощью к традиционным целителям или в базовые сельские медицинские пункты, которые могут предложить только очень ограниченный набор услуг первичной медицинской помощи.

## Мероприятия по АКМ

Для более широкого применения принципов АКМ было решено вовлечь все сообщество Кечуа – через местные фермерские или крестьянские организации и сельских медицинских работников – в активную работу по выявлению случаев заболевания и поддержке лечения. Мероприятия были направлены на то, чтобы помочь удовлетворить местные потребности в обеспечении более эффективного и раннего выявления случаев ТБ и достижении лучших результатов лечения в районах, где охват государственными медицинскими услугами не достаточен.

Местные общественные организации обратились к Foundation Alli Causai с предложением оказать техническую поддержку программам, которые улучшили бы их положение в сфере здравоохранения. У общественных организаций, которые являются основными партнерами Foundation Alli Causai, долгая история развития. Их основные усилия направлены на работу по улучшению условий жизни и защите элементарных прав человека, на охрану здоровья в сообществе.

Деятельность Foundation Alli Causai часто связана не только с развитием общины, вопросами образования, медицинского обслуживания, но также направлена и на укрепление политического руководства в сообществах, а также на то, чтобы при поддержке местных руководителей идентифицировать и обучить сельских работников, как оказывать среди других коммунальных услуг и медицинскую помощь.

В период с 2006 по 2008 годов, когда в результате предварительной оценки состояния здоровья, проведенной при участии общины, было определено, что хронический кашель является наиболее часто встречающейся проблемой здоровья, Foundation Alli Causai предложил поддержать деятельность, направленную на выявление случаев заболевания ТБ и его лечение.

Осознание проблемы было достигнуто благодаря встречам с представителями сообществ, возглавляемых местными лидерами (которые также являются старейшинами), во время которых обсуждалась проблема хронического кашля. Эти встречи способствовали тому, что все собравшиеся приняли обязательство участвовать в решении этой проблемы. После этого медицинские команды Foundation Alli

Causai, состоящие из врача и технических помощников (из сообществ, обученных Foundation Alli Causai), отправились в деревни и при участии местных медработников провели обследование всех членов семей, предварительно собранных старейшиной в доме сообщества, а также взяли мазки мокроты у лиц с симптомами ТБ для микроскопического и культурального исследования.

Результаты проведенного исследования были обнародованы в присутствии всех семей общины, пациент и члены его/ее семьи приняли гражданское обязательство пройти курс лечения. Сельские медицинские работники прошли обучение как предоставлять услуги по ДОТ, отслеживать контакты и заниматься профилактикой, а команды технической поддержки – как проводить последующие ежемесячные посещения соответствующих общин.



Впоследствии врачи посещали больного во время перехода от интенсивной фазы к продолжающемуся процессу лечения, а также после окончания лечения. Во время таких визитов проводилось обучение на темы здоровья, специфика тематики обучения определялась пациентом, его/ее семьей и другими членами сообщества.

Во время всего процесса Foundation Alli Causai и руководители сообщества или сельские медицинские работники подготавливали и использовали мони-

торинговые листы данных для документирования информации по результатам наблюдения за отдель-

ным больным, а также индивидуальные семейные карточки для ведения случая туберкулеза.

## Результаты внедрения проекта

В целом, за период 2006-2008 годов проект привлек к работе 16 общин. Было обследовано 2407 человек, проведено 406 исследований мокроты и 380 культуральных исследований у 247 пациентов. У 26 пациентов, из прошедших обследование, был обнаружен

активный туберкулез. Все они прошли лечение, и, несмотря на то, что один пациент умер, лечение 25 из 26 было успешным, так что результат успеха лечения составляет 96,6%

## Уроки проекта

Проведенные мероприятия показали, как сильные партнерства сообществ вместе с местными техническими НПО могут способствовать эффективной борьбе с туберкулезом и его лечению среди бедного сельского населения, проживающего в маленьких, изолированных и географически разбросанных общинах, обеспечивая 100% уровень успеха лечения, благодаря выполнению координационного плана мероприятий и технической помощи.

Жизненно важной составляющей успеха этого проекта было использование уже существующих социальных структур, которые пользовались доверием местного населения, проявление очевидного уважения к господствующим местным традициям и действительное понимание давних верований относительно хронического кашля. В значительной степени благодаря этому чуткому социо-культурному подходу, включающему с самого начала участие местных общественных организаций, деятельность по выявлению и ведению случаев туберкулеза и

меры по поднятию осведомленности населения о проблеме дали эффективные результаты при меньших затратах времени и средств, чем это было бы достигнуто при создании новых организаций для решения проблемы ТБ.





# Гана

**Преодоление стигмы  
в отношении ТБ благодаря  
вовлечению лидеров  
традиционных сообществ**

*Представлено Партнерством  
«Стоп ТБ» в Гане*

## **Гана: Партнерство «Стоп ТБ»**

Партнерство «Стоп ТБ» в Гане (GSTB) – это многосекторная «зонтичная» организация, которой совместно руководит Общество по профилактике ТБ Ганы и Афро-Глобальный Альянс (GH). В настоящее время Партнерство насчитывает в своих рядах 150 НПО, ОМС, а также частные лаборатории, лицензированные фирмы-поставщики лекарственных препаратов и аптеки. Целью Партнерства является поддержка национальных и глобальных планов по прекращению распространения ТБ. Основная деятельность Партнерства «Стоп ТБ» в Гане сосредоточена на внедрении мероприятий по АКСМ, обучении помощников медработников в общинах, а также на работе в общинах по изменению поведения с целью увеличения уровня выявления случаев ТБ, снижения стигмы и отрывов от лечения.



## Трудности в борьбе с туберкулезом

Центральный регион Ганы – один из беднейших в стране. Здесь также самый низкий уровень успеха лечения по стране (51,1% в 2005г.<sup>1</sup>). Среди основных причин такой ситуации – стойкое предубеждение со стороны местных жителей. В представлениях большинства жителей Центрального региона туберкулез – это духовная болезнь. Ее название напрямую связано с духом, и заражение болезнью приписывается «жужу» или является следствием непочтения к богам. Подобное представление усиливает стигму и дискриминацию лиц, заразившихся этой болезнью.

Для таких людей обращение за медицинской помощью – последнее средство, к которому прибегают только тогда, когда предписания, полученные от колдуна или целителя-травника, не смогли остановить симптомы заболевания. Позднее обращение пациентов за лечением является одной из составля-

ющих высокого уровня смертности в Гане, который увеличился более чем вдвое с 1996 по 2004 год и достиг 8,6%.



## Мероприятия по АКСМ

Чтобы преодолеть негативное влияние стигмы и отсутствия лечения ТБ, связанных с сильной приверженностью населения региона к местным традициям и верованиям, Партнерство «Стоп ТБ» Ганы привлекло лидеров традиционных сообществ к адвокации для распространения надлежащих сообщений о ТБ и ТБ/ВИЧ.

Проект начался с районных и региональных собраний, на которых были представлены цели проекта и инициировано проведение базисной оценки знаний, отношения и практики (ЗОП) среди членов сообщества и его традиционных лидеров. Данные ЗОП показали безразличие к проблеме ТБ в целом, притом, что большинство людей в сообществе видят ТБ как явление, исходящее от богов, против которого мало что можно сделать. Данные ЗОП также показали абсолютное отсутствие мотивации улучшить работу по выявлению случаев и прекращению дискриминации заболевших в семье членами сообщества и медработниками.

Для решения этих проблем Партнерство «Стоп ТБ» Ганы привлекло традиционных лидеров, занимающих высокое положение в своих общинах. Эти, так называемые, «короли» и «королевы-матери» способны оказать влияние на местные верования и поведение, включая отношение к ТБ и ВИЧ, при этом занимаясь распространением информации по основным вопросам, связанным с туберкулезом и важностью строгой приверженности к лечению.

Были организованы однодневные занятия по активации знаний, чтобы руководители проекта проинформировали местных лидеров о проблемах ТБ/ВИЧ в их общинах и обсудили их роль в проекте. 33 «короля и королевы-матери» согласились участвовать в мероприятиях по адвокации на темы ТБ/ВИЧ.

Выполняя свою новую роль по адвокации, они включили вопросы, связанные с ТБ/ВИЧ, в свои публичные выступления как важную тему для общины. Более того, королевы-матери также непосредственно обращались к женщинам, информируя их о значении распознавания симптомов и обращения за медицинской помощью на ранних стадиях заболевания. С их помощью во время традиционных фестивалей выставлялись витрины с информационными материалами по проблеме ТБ, разработанными Партнерством «Стоп ТБ» Ганы, а во время собраний общины проходили откровенные, информативные обсуждения проблем ТБ/ВИЧ.



Кроме использования традиционных моральных авторитетов для улучшения осведомленности по вопросам ТБ и обучения, участники проекта также стремились мобилизовать волонтеров в общине и ознакомить их с проблемами ТБ и ВИЧ во время проведения мероприятий и тренинга по АКСМ. Этот компонент проекта был нацелен на то, чтобы

<sup>1</sup> Данные НТП

увеличить уровень участия сообщества в такой деятельности по проблемам ТБ и ВИЧ, как выявление лиц с подозрением на ТБ, использование обучения для снижения стигмы и дискриминации по отношению к ко-инфицированным пациентам. Волонтеры-помощники медицинских работников также занимались выявлением случаев заболевания для обеспечения совместной модели лечения ТБ при поддержке информационной и образовательной деятельности.

Приблизительно 860 волонтеров общины были привлечены и обучены Партнерством в сотрудничестве с НТП. Кроме поддержки работы, лидеров сообщества по адвокации они, обходили дома и предоставляли услуги по ТБ, включая выявление заболевания, ДОТ наблюдение, отслеживание случаев отрывов от

лечения, оказание технической помощи и направление в медицинские учреждения, обучение по темам ТБ и, при необходимости, сбор мокроты для исследования. Число таких волонтеров превысило 900 000 человек.

Еще одним компонентом программы АКСМ стал вопрос создания объединений с региональными медработниками для проведения соответствующего мониторинга и оценки деятельности. Региональные комитеты с представителями руководителей общин и региональных отделов здравоохранения осуществляли техническое руководство, а также поддержку мониторинговых мероприятий на этом этапе, а комитеты районного уровня оказывали помощь в планировании и надзоре.

## Результаты внедрения проекта

Использование лиц, обладающих моральным авторитетом в местной среде, в регионе, в котором прежде был самый низкий уровень успеха лечения в Гане, сыграло важнейшую роль в достижении 30% увеличения успеха лечения в период 2006-2008 годов, способствуя тому, чтобы Центральный Регион достиг планируемого уровня в 85%. Это также

сыграло свою роль в снижении процента отрывов от лечения с 19,8% до 9,1% и в увеличении количества выявленных случаев с 871 в 2004 г. до 1302 в 2006 году. Основываясь на достигнутых положительных результатах, НТП выступила с просьбой, чтобы Партнерство расширило эту модель деятельности еще на три региона.

## Уроки проекта

Опыт Партнерства предлагает несколько важных уроков, например, как успешно использовать национальное партнерство против ТБ для координации и сотрудничества с региональными структурами. Однако самый большой его вклад состоит в иллюстрации того, как инновационное использование влиятельных партнеров из традиционных социальных структур может преодолеть прочные социо-

культурные барьеры для обеспечения диагностики и лечения ТБ на ранних стадиях заболевания. Такое нововведение показывает как выигрывают мероприятия по выявлению и лечению туберкулеза от подобной политической поддержки, благодаря которой ТБ/ВИЧ услуги более благоприятно воспринимаются обществом.



# Индия

**Улучшение доступа к  
ДОТС в беднейших районах  
трущоб Дели благодаря  
ДОТ-центрам, управляемым  
сообществом**

*Представлено организацией Operation ASHA*

## **Operation ASHA**

Operation ASHA (на языке хинди «надежда») в 2006 году начала проводить мероприятия по борьбе с распространением ТБ в Индии. Это – самая большая некоммерческая организация по лечению ТБ в Индии, в ее действующие центры, расположенные в трущобах, можно пройти только пешком. Со времени своего начала Operation ASHA работала с населением некоторых беднейших районов Индии, таких как трущобы тряпичников, в которых жители роются в мусоре и обычно зарабатывают от 20 центов до 1 доллара в день.





## Трудности в борьбе с туберкулезом

Туберкулез быстро распространяется среди семей, живущих в городских трущобах, где многие существуют в антисанитарных лачугах с плохой вентиляцией. Кроме того, распространению ТБ способствует ВИЧ-инфекция, сильное недоедание и рецидивы заболеваний, а также недостаточное знание симптомов ТБ и неадекватная доступность лечения. Распространению ТБ также способствует глубоко сидящий страх смерти от болезни, вдобавок к нежеланию пройти обследование, а также социальный остракизм, с которым часто сталкиваются больные ТБ.

Препятствием в деятельности, направленной на то, чтобы остановить распространение ТБ, является недостаточный доступ к центрам ДОТ, которые, даже при их наличии, открыты в ограниченное время, обычно в течение традиционного рабочего дня. Кроме того, для того, чтобы попасть в эти центры, необходимо время, значительные усилия и деньги. Учитывая тяжелое экономическое положение большинства жителей трущоб, многие пациенты предпочитают купить продукты питания для своих семей, а не оплачивать транспортные расходы для диагностики заболевания или лечения.



## Мероприятия по АКСМ

Было решено привлечь к оказанию услуг по ДОТ членов общин, частных поставщиков медицинских услуг и пациентов, успешно прошедших лечение, предложив им организовать ДОТ-центры в своих магазинах, домах или клиниках в трудно достижимых районах городских трущоб. Кроме этого, волонтеры занимались распространением информации, направленной на увеличение уровня раннего выявления случаев заболевания.

Operation ASHA намеревалась привлечь жителей трущоб и пациентов, успешно прошедших лечение, а также частных медицинских работников в качестве поставщиков ДОТ-услуг для увеличения уровня выявления случаев заболевания, снижения социальной стигмы и сведения к нулю количества случаев отрывов от лечения. Бывшие пациенты из трущоб представляли потенциально значительную силу в снижении стигмы, связанной с ТБ, так как их позитивный пример мог не только служить мотивацией для прохождения диагностики лицам с симптомами ТБ (в значительной мере благодаря демонстрации того, что болезнь не обязательно является фатальной), но также и для того, чтобы и другие бывшие пациенты и члены общины становились поставщиками ДОТ.

Более того, благодаря тому, что жители трущоб обычно предоставляли услуги ДОТ непосредственно в своих домах или магазинах (которые расположены в районе проживания общины, и таким обра-

зом, доступны для ТБ пациентов на протяжении большей части дня), они в значительной мере облегчали доступ к лечению заболевших, вынужденных продолжать работать.

Operation ASHA получает лекарства для всех центров непосредственно от пересмотренной Национальной Программы по контролю за ТБ (RNTCP)



доступны для ТБ пациентов на протяжении большей части дня), они в значительной мере облегчали доступ к лечению заболевших, вынужденных продолжать работать.

Operation ASHA получает лекарства для всех центров непосредственно от Национальной Программы по контролю за ТБ (RNTCP), осуществляет надзор за распределением и инвентаризацию. Лечение и техническая помощь оказываются местными государственными клиниками, в которые, при необходимости, направляются пациенты.

Другие виды деятельности включают широкий круг мероприятий в общине, которые проводят обученные консультанты по вопросам здоровья, прошедшие тренинги в рамках проекта Operation ASHA. Они посещают семьи на дому, рассказывают о ТБ и направляют лиц с подозрением на ТБ в диагностические центры, проводят учебные занятия в школах, храмах, религиозных центрах, на еженедельных базарах, в центрах общины и на фабриках.

Так как ДОТ-центры не предоставляют услуг по диагностике, лица с подозрением на ТБ, выявленные благодаря помощи консультантов, должны быть на-

правлены в местные клиники или больницы. После получения подтверждения диагноза ТБ пациенты могут выбирать, получить ли лечение в клинике, или непосредственно в ближайшем ДОТ-центре, принадлежащем общине. Operation ASHA вместе с общиной района трущоб также играет важную роль в адвокации, привлекая местных политиков к поддержке финансирования и предоставлению ресурсов для открытия дополнительного количества ДОТ-центров в общине.

Советники по вопросам здоровья Operation ASHA осуществляют мониторинг каждого отдельного пациента и предоставляют детальную информацию в RNTCP в еженедельных, месячных и квартальных отчетах. Пациентов контролируют три раза в неделю, в отчетах указываются обстоятельства, отрицательно влияющие на результаты лечения, такие как пропуск в принятии дозы лекарства, отрыв от лечения, перевод пациентов в другие ДОТ-центры или перезд в другой город, смерть, госпитализация в случае болезни. Окончательный результат лечения регистрируется в государственных больницах после получения окончательного результата микроскопии образца мокроты.

## Результаты внедрения проекта

За период 2006-2007 годов уровень отрывов от лечения в регионе внедрения проекта Operation ASHA в Южном Дели снизился с 5% до 3%, в то время, как для всего Дели он вырос от 6% до 8%. С 2007 года в рамках проекта было обслужено более 2400 пациентов и в настоящее время под руководством организации работает 43 центра, управляемых общиной, на 2010 год планируется открытие еще 125 подобных центров.

В общинах или территориях, участвующих в проекте, где организация Operation ASHA оказывала поддержку, предварительные данные по 2009 году для Южного Дели свидетельствуют о снижении уровня отрывов от лечения до 2%, в то время, как уровень регистрации случаев заболевания вырос почти вдвое.

## Уроки проекта

Проект Operation ASHA демонстрирует, как сама община может играть активную роль в изменении поведения и своевременном обращении лиц с симптомами, похожими на ТБ, за лечением, а также, в лечении ТБ среди некоторых наиболее уязвимых, беднейших и труднодоступных слоев населения Индии, жителей городских трущоб. В рамках проекта было продемонстрировано, как привлечение

выздоровевших пациентов в качестве поставщиков услуг по поддержке пациентов в процессе лечения может помочь снизить парализующий страх болезни, а также стигму, с которой сталкиваются больные ТБ в обществе. Следовательно, будут частично преодолены барьеры, стоящие на пути снижения уровня отрывов от лечения и увеличения уровня выявления случаев заболевания.



# Малави

**Улучшение доступа к  
своевременной диагностике лиц  
с подозрением на ТБ и ЛЖВС в  
сообществах с высоким уровнем  
ВИЧ-инфекции**

*Представлено организацией Family Health  
International (FHI)*

## **Family Health International**

Организация FHI, основанная в 1971 году, является одной из самых больших и наиболее авторитетных неприбыльных организаций, работающих в сфере международного здравоохранения. С самого начала деятельности организации ее работа была направлена на улучшение условий жизни во всем мире с помощью исследований, обучения и предоставления услуг, направленных на поддержание здоровья семьи.

FHI, при финансовой поддержке USAID и в сотрудничестве с MSH, внедряет совместный ТБ/ВИЧ проект на отдельных территориях районов Малави – Мангочи и Зомба. Стратегия организации состоит в том, чтобы привлечь группы, работающие в общинах с ТБ/ВИЧ пациентами, к работе по увеличению уровня выявления случаев заболевания ТБ и улучшению качества лечения, которое получают пациенты с ТБ и ЛЖВС.



## Трудности в борьбе с туберкулезом

Одной из проблем в борьбе с ТБ в Малави является высокий уровень ВИЧ-инфекции среди больных туберкулезом (68%). Этот фактор и поздняя диагностика ТБ способствовали высокому уровню смертности от ТБ (102 на 100 000 населения в 2007 г. – Глобальный Отчет по контролю за ТБ за 2009 год). Более того, недостаток координации между программами ТБ и ВИЧ приводил к тому, что только немногие пациенты с ТБ проходили антиретровирусную терапию, и услуги по диагностике ТБ для ВИЧ-инфицированных также были недостаточными.

Уровень информированности жителей Малави о ТБ является очень низким, заболевшие подвергаются двойной стигме как из-за ТБ, так и из-за ВИЧ и связи между двумя заболеваниями. В начале проекта районы Мангочи и Зомба постоянно сообщали о низком уровне регистрации случаев ТБ и высоком уровне отрывов от лечения (5% и 8% в 2007 году соответственно).

До начала работы было проведено базисное исследование для выяснения пробелов в профилактике ко-инфекций ТБ/ВИЧ, услугах по лечению и поддержке на уровне сообщества. Результаты исследования показали, что деятельность многочисленных партнеров по предотвращению ко-инфекции ТБ/

ВИЧ, предоставлению услуг по лечению и поддержке на уровне сообщества лишена какой-либо координации, что приводит к дублированию действий и снижению эффективности работы. Диагностика и лечение ТБ также затруднены из-за низкого уровня знаний о ТБ в сообществе, ограниченно-го наличия ИОК материалов по предотвращению ТБ/ВИЧ, недостаточной деятельности по лечению и поддержке, а также, в значительной степени, из-за стигмы, существующей в отношении ко-инфекции.



## Мероприятия по АКСМ

Для расширения доступа к диагностике и лечению туберкулеза в полусельских районах в рамках проекта была проведена работа по вовлечению волонтеров общины для сбора и доставки образцов мокроты. Эти усилия были поддержаны систематическим проведением мероприятий по ИОК на тему ТБ/ВИЧ ко-инфекции и интеграции мероприятий по лечению ТБ на дому.

В сотрудничестве с районной противотуберкулезной программой FHI создала эффективно работающую сеть по направлению пациентов с ТБ и ВИЧ-инфицированных на лечение и внедрила интегрированные мероприятия по ко-инфекции, включая мероприятия, направленные на осознание сообществом проблемы двойной эпидемии. Частью этой работы было обучение местными медицинскими работниками волонтеров и других помощников из местных организаций оказанию услуг по интегрированной профилактике, лечению и поддержке ко-инфицированных пациентов.

В рамках проекта были открыты пункты сбора мокроты в сообществе непосредственно в районе действия проекта, волонтеры были обеспечены велосипедами и контейнерами для перевозки мокроты. В объединенном центре общины был заведен журнал регистрации пациентов с симптомами хронического кашля, в котором фиксировалась деталь-

ная информация о всех лицах с подозрением на ТБ и результатах исследования мокроты.

После того, как были получены результаты исследования мокроты, волонтеры приносили их пациентам. Благодаря открытию пунктов по исследованию мокроты в медицинских центрах общин, которые всегда испытывали трудности из-за недоступности медицинских услуг, удалось уменьшить задержку в диагностике ТБ, обычно связываемую с большими расстояниями и долгим ожиданием в медицинских учреждениях.

Лечение проходило под наблюдением опекунов и добровольцев из организаций, предоставляющих помощь на дому людям, живущим с ВИЧ, больным ТБ и другими хроническими заболеваниями. Кроме того, волонтеры, включая бывших больных и людей, живущих с ВИЧ, проводили мероприятия, направленные на то, чтобы сообщество осознало проблемы ТБ/ВИЧ, что способствовало более раннему выявлению случаев заболевания среди лиц с подозрением на ТБ.

Значительная часть мониторинга и надзора за выполнением проекта осуществлялась специалистом по мобилизации общины (сотрудником FHI), который ежемесячно проводил встречи с исполнителями проекта на местах. В соответствии с коллабо-

ративным подходом районный специалист по ТБ и координатор по ТБ/ВИЧ из медицинского центра общины также участвовали в мониторинговом визите, документально подтверждая количество вы-

явленных случаев ТБ и пациентов, получающих лечение на дому, а также количество ЛЖВС, которые прошли скрининг на ТБ и были направлены в медицинские учреждения для установления диагноза.

## Результаты внедрения проекта

С апреля 2007 года организации, участвующие в проекте, начали работу по интегрированной профилактике ТБ и ВИЧ, оказанию услуг по лечению и поддержке в 21 медучреждении района действия проекта (для сравнения – до внедрения проекта интегрированные услуги не предоставлялись). В рамках Проекта, который заканчивается в конце сентября 2010 года, к участию в работе общины

было привлечено 82 бывших ТБ пациента и 769 лиц, живущих с ВИЧ, в то же время 1741 человек с подозрением на ТБ сдал анализ мокроты в пункте сбора мокроты (при этом у 173 (10%) результат анализа мазка мокроты был положительным). Кроме того, 278 человек, живущих с ВИЧ, были направлены на рентген по поводу ТБ, у 101 (36%) из них был диагностирован туберкулез.

## Уроки проекта

Этот пример показывает, какую пользу приносят совместные мероприятия по ТБ и ВИЧ непосредственно на уровне общины для создания более тесной координации как при проведении лечения, так и при улучшении механизмов поддержки пациентов и людей, которых затронули обе эпидемии. Он также показывает как организации, предоставляющие медицинскую помощь на дому, могут способствовать уменьшению негативного влияния ТБ на всех членов сообщества, благодаря активному участию в интегрированной профилактике ко-инфекции, деятельности по лечению и поддержке пациентов. Это воздействие особенно ощутимо в регионах с высоким бременем ТБ и затрудненным доступом к медицинскому обслуживанию.

Мероприятия по АКСМ также мобилизовали общину на участие в интегрированной профилактике ТБ

и ВИЧ, лечению и поддержке пациентов для улучшения знаний о ТБ и ВИЧ в сообществе и улучшения доступа к услугам по диагностике ТБ. Эти мероприятия также доказали свою эффективность, стимулируя совместное планирование действий на уровне района и общины, а также совместное внедрение мероприятий по ТБ/ВИЧ.

И наконец, система транспортной поддержки для перевозки образцов мокроты оказалась жизненно важным инструментом помощи для раннего выявления случаев заболевания в районах, где отсутствие лабораторий и диагностических возможностей является критическим препятствием для диагностики заболевания на ранней стадии, особенно для ослабленных ВИЧ-инфицированных пациентов.



# Мексика

**Преобразование  
МЕДИЦИНСКОЙ модели для  
лечения ТБ с использованием  
подходов, ориентированных на  
общину, для улучшения уровня  
выявления и успеха лечения ТБ**

*Предоставлено организацией Project  
Concern International (PCI)*

## **Project Concern International**

Это некоммерческая благотворительная гуманитарная организация, работающая в сфере здравоохранения. Ее усилия направлены на профилактику заболеваний, улучшение состояния здоровья и поддержку непрерывного развития общины.

Вместе с Институтом здравоохранения (ISESALUD) PCI отвечал за внедрение четырехгодичного проекта SOLUCION TB («Использование интегрированных подходов работы с сообществами для укрепления программы борьбы с ТБ»). На первоначальном этапе проект осуществлялся в штате Баха Калифорния. Успехи внедрения проекта в Баха Калифорния способствовали тому, что деятельность проекта была расширена еще на 13 мексиканских штатов, в которых наблюдалась самая высокая заболеваемость туберкулезом (в совокупности – 65% случаев заболевания всей страны).





## Трудности в борьбе с туберкулезом

В Мексике продолжают мероприятия по борьбе с распространением ТБ. В 2008 году в рамках НТП было зафиксировано 18 810 новых случаев заболевания (всеми формами ТБ), из которых 92% были новыми случаями легочного ТБ с положительным мазком мокроты. Привычно поздние обращения за медицинской помощью и низкий уровень приверженности к лечению являются основными барьерами в борьбе с распространением ТБ. Часто ТБ осложняется сопутствующими заболеваниями – сахарным диабетом и ВИЧ, что также способствует высокому уровню заболеваемости и смертности от ТБ.

В штате Сонора трудности в эффективном реагировании и сдерживании распространения ТБ еще сложнее из-за необычайно высокого уровня мобильности и миграции населения (как в пределах Мексики, так и в США), а также из-за расположения штата в зоне пустыни. Фактор миграции, преобладающий, в частности, в штате Сонора, вызвал необходимость усилить мероприятия, направленные на повышение уровня приверженности к лечению и эффективного охвата пациентов, чтобы люди с симптомами респираторных заболеваний обращались за клиническим диагнозом.

## Мероприятия по АКСМ

Мероприятия проекта SOLUCION TB, распространившегося на всю Мексику, были направлены на пациента. Такой подход внес значительный вклад в снижение стигмы по отношению к больным, делая более гуманным отношение к людям с ТБ как со стороны медработников, так и со стороны населения в целом. Более лояльное отношение общества к пациентам, в свою очередь, побудило этих людей, роль которых в увеличении выявления случаев заболевания и приверженности лечению уникальна, к более активному участию в борьбе с ТБ.

Таким образом, получившие поддержку пациенты открыто поделились своим опытом преодоления ТБ на форумах, конференциях, во время своих интервью с прессой, во время встреч с группами поддержки, на семинарах для медицинского персонала.

Деятельность проекта также способствовала росту осведомленности о заболевании. Более активное участие больных ТБ в мероприятиях проекта помогло достичь значительных успехов: они получили более качественное лечение, лица с подозрением на ТБ своевременно обращались за получением диагноза, а представители органов государственной власти выделяли больше ресурсов на программу борьбы с ТБ.

Использование компонента Photovoice («Голоса и портреты ТБ») также имело большое значение для успеха проекта. С помощью фотографий и рассказов больных ТБ удалось добиться более гуманного отношения к заболеванию, а также объяснить ответственным лицам, медработникам и широкой общественности, что значит ТБ для тех, кого он коснулся.

Использование подготовленных проектом телефильмов, радиопрограмм и Photovoice было важным компонентом Всемирного дня борьбы с ТБ. Информацию получили более 500 000 человек, что сыграло важную роль в значительном увеличении числа людей, прошедших обследование на ТБ. Это было также основным фактором в решении директора управления здравоохранения штата Баха Калифорния объявить 2009 год годом борьбы с ТБ.

Мероприятия по АКСМ проекта SOLUCION TB также способствовали достижению максимального влияния в каждой из 13 провинций. В Соноре группы поддержки в сочетании с новаторскими подходами в информировании населения о ТБ способствовали достижению положительных результатов. Для увеличения охвата населения группы поддержки использовали и большое количество мигрантов на заработках, прибывающих в штат и уезжающих из него, и также относительно высокий процент участия верующих в религиозных мероприятиях. Одна из инициатив заключалась в том, что сотрудники проекта делали презентации для многих людей, которые стояли в очереди в административных центрах, так как статус мигранта требует частых посещений муниципальных



служб для выполнения требований по оформлению документов.

Обращение к духовным лицам по поводу сотрудничества привело к тому, что информация о ТБ была включена в еженедельные церковные бюллетени, проповеди и индивидуальные беседы после церковной службы. Положительные результаты этих выступлений способствовали более активному участию церковнослужителей в процессе информирования своих прихожан о ТБ, другими словами,

в распространении информации, которая помогала людям в распознавании симптомов заболевания.

С помощью мероприятий по адвокации пациенты успешно воздействовали на государственных чиновников и лиц, принимающих решения, для получения логистической поддержки и помощи в распространении информации. Правительство Соноры транслировало сообщения о проблеме ТБ на карнавалах, спортивных мероприятиях и парадах, а также размещало их на билбордах в больших городах.

## Результаты внедрения проекта

Мероприятия по АКСМ сыграли основную роль в значительном увеличении числа жителей Соноры, прошедших исследование мазка мокроты в медицинских центрах. В 2007 году исследования прошли 1301 пациент, а в 2009 году – 2337 (увеличение на 79,6%). Количество выявленных новых случаев возросло с 45 в 2007 году до 94 в 2009 году и увеличилось на 108,8%.

Результатом мероприятий по адвокации в рамках проекта стала передача в дар автомобиля скорой помощи, мотоцикла и других автомобилей, что привело к улучшению надзора за ведением случаев и, как следствие, лучшей приверженности пациентов к лечению. Уровень отрывов от лечения в Соноре уменьшился более чем на 50%, а уровень успеха лечения стабильно рос с 34% в 2005 году до 69,5% в 2006 году и 84% в 2008 году.

## Уроки проекта

Среди других уроков программы по борьбе с ТБ в Соноре большое значение имеет то, что каждое мероприятие по АКСМ специально разрабатывалось для отдельной целевой группы. Рационализаторски используя то, что определенные слои населения сосредотачиваются в учреждениях для оформления муниципальных документов, а также значительное количество людей посещают церковь, проект смог охватить такие группы людей, которые при других условиях не были бы охвачены.

Предоставление возможности участия в проекте пациентам способствовало тому, что они смогли поделиться опытом жизни с ТБ с широкой аудиторией. Это привело к снижению стигматизации болезни со стороны медработников и общественности в целом, а также к усилению государственной поддержки программы борьбы с ТБ.



# Молдова

## Планирование и проведение эффективных информационных кампаний

*Представлено Центром политики  
и исследований в здравоохранении  
(Центром PAS)*

### **Центр политики и исследований в здравоохранении**

Центр политики и исследований в здравоохранении (Центр PAS) – это независимая некоммерческая организация Молдовы. Она внедряет различные проекты в области здравоохранения, включая проекты по борьбе с ВИЧ/СПИДом и ТБ, а также по улучшению практики финансового менеджмента и отчетности в медицинских учреждениях. Центр является вторым основным получателем грантов Глобального Фонда (Раунд 6 и 8 для борьбы с ТБ и Раунд 8 для борьбы с ВИЧ/СПИДом). В 2007 году Центр стал преемником организации American International Health Alliance (AIHA) как ведущая организация, осуществляющая контроль за ТБ в стране.



## Трудности в борьбе с туберкулезом

Как и в большинстве других стран пост-коммунистического блока эпидемиологическая ситуация в Молдове резко ухудшилась после распада Советского Союза. Распространение ТБ достигло уровня эпидемии в 1990-х годах из-за социально-экономического кризиса, недостаточного финансирования системы здравоохранения и нехватки противотуберкулезных препаратов в стране.

Несмотря на прогресс, достигнутый начиная с 2001 года, когда правительством Молдовы была принята

НТП и началось применение ДОТС, заболеваемость ТБ составила в 2003 году 108,3 случая на 100 000 населения. Фактором, значительно способствующим постоянно высокому уровню числа заболевших, было серьезное непонимание проблемы ТБ как со стороны общества в целом, так и со стороны медработников. Среди причин подобной ситуации был и тот факт, что в стране на протяжении более двух десятилетий не проводились никакие мероприятия по повышению осведомленности о ТБ.

## Мероприятия по АКМ

В период с 2004 по 2008 год в рамках проекта работа шла по двум направлениям: повышение уровня знаний и практических навыков работников здравоохранения и проведение по всей стране восьми информационных кампаний о ТБ. Для проведения каждого мероприятия были разработаны соответствующие информационные сообщения, отвечающие нуждам целевой аудитории в различных районах и областях страны.

Перед началом планирования мероприятий сотрудники проекта провели опрос для оценки знаний, отношения и практики (ЗОП) среди 1194 жителей Молдовы старше 18 лет, чтобы выявить уровень осведомленности и понимания проблемы ТБ. Полученные данные показали, что хотя большинство опрошенных были осведомлены об основных симптомах ТБ, они имели недостаточное представление о путях передачи ТБ, не верили, что ТБ излечим, и не осознавали, что лечение предоставляется бесплатно. Также был выявлен недостаток знаний среди медработников первичной медицинской сети, особенно в отношении значимости мероприятий по ДОТС. Они также не вполне понимали свою роль в мероприятиях по контролю за ТБ и считали, что их работа состоит только в выявлении случаев заболевания.

На основе полученных данных было решено сосредоточить основное внимание на повышении уровня осведомленности жителей Молдовы о ТБ как об излечимой болезни (для того, чтобы изменить поведение заболевших, которые не обращаются за медицинской помощью, и снизить стигматизацию болезни) и на том, что диагностика и лечение ТБ предоставляются бесплатно.

Первым шагом, предпринятым перед началом проведения мероприятий, была разработка материалов и обучение участников, которым предстояло осуществлять программу. Первая половина этого процесса увенчалась разработкой специального пакета мультимедийных информационных материалов (учебные видеокассеты и брошюры, календарипостеры и руководства по коммуникации, разработанные для различных аудиторий).

Информационные кампании проводились так, чтобы каждая из них достигла своей аудитории. Для каждой кампании был разработан определенный слоган, при этом всегда центральной темой была информация о том, что туберкулез излечим. Часть информационных кампаний была направлена на медработников первичной медицинской сети, чтобы улучшить их знания по вопросам ДОТС, диагностике и лечению ТБ. Другие кампании были нацелены на население в целом в тех районах, где бремя ТБ и ВИЧ/СПИД было особенно тяжелым. Проводились также кампании, направленные на уязвимые группы – потребителей инъекционных наркотиков и людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС). Каждая кампания состояла из серии мероприятий, которые длились 2-3 месяца. Мероприятия включали теле- и радиопередачи коротких учебных сегментов, программы по распространению печатных материалов и инициативы по созданию информационных команд и групп волонтеров из НПО для проведения встреч с населением или целевыми группами.

В рамках проекта была проведена медиа кампания, сообщения которой имели одинаковое графическое оформление, но по содержанию были направлены на разные целевые группы населения. Используя позитивную речь, кампания стремилась: 1) снизить стигму, от которой страдали пациенты с ТБ как группа, обычно ассоциируемая с самым низким эшелонем общества и 2) поднять уровень осведомленности о том, что ТБ полностью излечим и его лечение предоставляется бесплатно.

Кампании, во время проведения которых широко распространялись постеры с различными сообщениями (например: «Туберкулез излечим! Больные туберкулезом нуждаются в Вашей помощи!» и «Туберкулез излечим! Диагностика и лечение туберкулеза в Молдове бесплатны!»), были организованы для увеличения уровня выявляемости заболевания, а также для внедрения подхода, более ориентированного на пациента в лечении ТБ.

Программа использовала многочисленные каналы коммуникации, включая телевидение, радио, сотрудников НПО, журналистов и врачей-практиков.

Рекламные листовки и информационные материалы распространялись в таких местах скопления людей как почта, агентства социальных служб и общественный транспорт. Благодаря широкому выбору мате-

риалов, распространяемых через многочисленные средства коммуникации, эмблема Центра PAS – одуванчик – стала одной из наиболее узнаваемых в стране и ассоциируется с делом борьбы против ТБ.

## Результаты внедрения проекта

На протяжении относительно короткого времени в рамках проекта удалось значительно увеличить уровень осведомленности общества о ТБ, его причинах и возможности бесплатного лечения. Сравнение данных опроса для оценки знаний, отношения и практики (ЗОП), проведенного в 2004 г., с данными 2008 года выявило многочисленные показатели, свидетельствующие о растущем понимании заболевания. Например, процент опрошенных, которые понимали, что кашель является основным путем передачи инфекции, вырос в 16,4 раза до 78,2%. Еще более впечатляет тот факт, что доля молдаван, которые понимают, что ТБ излечим, увеличилась бо-

лее чем втрое, с 12,9% до 39,3%. Количество людей, которые считали, что болезнь не подлежит лечению или не были уверены в ответе, сократилось с 28,4% до 11,6%.

Благодаря росту общественного сознания о проблеме ТБ, его последствиям и причинам, стало возможным создание и официальная регистрация единственной НПО в стране, состоящей из бывших пациентов, Speranta Terrei. Члены этой организации успешно работают с пациентами и их родственниками для того, чтобы лечение ТБ было основано на таком подходе, в центре которого является пациент.

## Уроки проекта

Проект показал как использование соответственно разработанных и примененных стратегий ИОК может в короткое время решить проблему отсутствия понимания общественностью жизненно важных вопросов, связанных с ТБ (например, путей передачи, возможность успешного лечения). Проведение

информационной кампании для устранения основных барьеров, препятствующих повышению уровня успеха лечения и выявления заболевания (стигма и вера в то, что ТБ является фатальным заболеванием), сыграло ведущую роль в изменении отношения общества к проблеме ТБ.



# Филиппины

**Провинция Булакан:  
повышение уровня выявления  
случаев ТБ с помощью  
противотуберкулезной  
оперативной группы**

*Представлено Управлением здравоохранения,  
Малолос, провинция Булакан*

## **Отдел здравоохранения, Малолос, провинция Булакан**

Правительство провинции Булакан содействует укреплению общего здоровья и благополучия своего населения, обеспечивая доступность, экономичность и наличие квалифицированной медицинской помощи, что помогает отдельному человеку и членам его семьи найти результативные, надежные, контролируемые обществом решения.

Стратегические инициативы, предложенные оперативной группой, были направлены на рост инвестиций в программы и проекты здравоохранения, обеспечение качественного обслуживания и доступности медицинских учреждений, расширение страхового покрытия Корпорацией страхования здоровья Филиппин для нуждающихся семей и семей со средним достатком.

Осуществляя национальную программу по реформе сектора здравоохранения, правительство провинции Булакан придерживается рамок "FourMula One"/«ФорМула Один» для улучшения оказания медицинских услуг методом укрепления относящихся к здравоохранению систем, увеличения финансирования, регулирования и управления. Инвестиционный план провинции по здравоохранению будет служить каналом для осуществления насущных реформ на различных уровнях управления.





## Трудности в борьбе с туберкулезом

Хотя правительство Булакан активно выполняло национальную программу борьбы с ТБ, туберкулез оставался одной из десяти лидирующих причин смертности в провинции в течение последних пяти лет, при этом заболевание распространилось на значительную часть населения.

Провинция характеризуется одним из самых высоких уровней распространенности ТБ на Филиппинах. Уровень выявления случаев заболевания (62%) и уровень успеха лечения (81%) остаются ниже средних национальных (75% и 85% соответственно). В провинции также относительно высокий уровень смертности от ТБ, количество смертей за период 2005-2008 годов колеблется от 367 до 439.

Низкий уровень выявления случаев заболевания усугубляется отсутствием стратегических действий на местном уровне, а также недостаточными навыками медработников в сфере менеджмента, особенно в плане мониторинга и надзора, планирования программы и коммуникационных стратегий. Низкий уровень успеха лечения в значительной степени объясняется отсутствием эффективных стратегий ведения пациента во время лечения, что приводит к недостаточному количеству микроскопических исследований для контроля процесса лечения и несоблюдению рекомендованного графика приема препаратов.

## Мероприятия по АКСМ

Для осуществления координационной программы, направленной на усиление деятельности по борьбе с ТБ на уровне сообщества, была сформирована «противотуберкулезная оперативная группа». Специфические задачи оперативной группы включали содействие общественным движениям, которые поддерживают местные инициативы, развитие навыков у медработников и у волонтеров общины по распознаванию случаев и обучение жителей провинции Булакан, как остановить дальнейшее распространение туберкулеза.

Медицинский персонал провинции, которому было поручено осуществление программы, задействовал в планировании и выполнении проекта различные группы, представляющие сообщество, включая совет прихожан местной католической церкви, женские клубы, Ротари клуб, местные школы, barangay (деревенских) волонтеров и медработников.

Вместе они разработали идею оперативной группы, которую назвали «Barangay ТБ патруль» (БТБП), в её состав вошли как лидеры общины, так и медработники. Оперативная группа занялась обучением на темы ТБ, выявлением случаев заболевания в районах с исключительно низким уровнем выявляемости.

Оперативной группе было поручено: 1) разработать планы по выявлению ТБ в координации с муниципальными отделами здравоохранения; 2) проинформировать клиентов (лиц с подозрением на ТБ и пациентов) об основных фактах, связанных с ТБ, их возможном неправильном трактовании, а также о протоколах ДОТ-лечения; 3) определить и направить лиц с подозрением на ТБ в ДОТ-центры; 4) оказывать партнерскую поддержку пациентам при прохождении лечения 5) работать в качестве группы советников по ТБ в Совете Barangay. В рамках проекта были основаны оперативные группы в 14 деревнях с 98 членами (по семь в каждой команде).



После прохождения тренинга на темы ТБ и ДОТС члены БТБП также получили инструкции и руководство по методике поднятия уровня осведомленности о ТБ, проведения кампаний «от дома – к дому» для обучения членов сообщества на темы ТБ и ДОТС, а также о том, как жители деревни могут выявить лиц с подозрением на ТБ и направить их в ДОТС-центры. БТБП также распространяли информационные материалы во время посещения каждого дома,

проводили собрания общин для распространения информации о ТБ и выставляли стенды о ТБ в семи больницах.

Мониторинговая поддержка оказывалась при помощи простой формы направления с отрывным талоном для документирования результатов диагностики. Команды по контролю качества услуг из

медицинских учреждений регулярно проводили оценку пунктов ДОТС для гарантирования соответствующих стандартов и процедур и обеспечения обратной связи. Были проведены заседания фокус-групп с целевыми клиентами БТБП, для выяснения их видения проекта и его наилучшего соответствия местным условиям.

## Результаты внедрения проекта

Члены БТБП посетили 7169 семей (41 974 человека), что представляет собой 71% всего населения в регионе действия проекта. Были выявлены и направлены на лечение более 600 человек с подозрением на ТБ. В число получивших направление на лечение входил 41 местный житель (6,8%), всем им был по-

ставлен диагноз – новые случаи активного туберкулеза, и было начато лечение (результаты пока не поступили). Правительство провинции в данное время расширяет проект еще на 47 деревень с особенно низким уровнем выявления и успешного лечения заболевания.

## Уроки проекта

Опыт провинции Булакан показывает, как программа по ТБ может мобилизовать сообщество и играть ключевую, активную роль в вопросе изменения поведения в тех сферах, где оно сохраняло упорное «молчание» (например, в отношении того, что заболевшие ТБ чаще всего не обращались за диагнозом). Подход оперативной группы служит важным примером деятельности по выявлению лиц с подозрением на ТБ, поддержке раннего выявления случаев заболевания и адекватного лечения.

Более того, согласованные действия общин в планировании и осуществлении мероприятий позволили достичь гораздо более широкого воздействия, чем то, которое было бы достигнуто, если бы инициативы исходили от иностранных партнеров, что под-

тверждается количеством семей, охваченных членами оперативной группы.





# Филиппины

**Провинция Магинданао:  
расширение доступа пациентов к  
лабораторной диагностике в зонах,  
находящихся в состоянии конфликтов**

*Представлено организацией Catholic Relief Services – United States Catholic Conference of Bishops (CRS-USCCB)*

## **Организация Catholic Relief Services**

Организация Catholic Relief Services (CRS) постоянно работает на Филиппинах с 1945 года, когда она начала оказывать помощь в восстановлении хозяйства после второй мировой войны. Кроме работы по устранению последствий природных и техногенных катастроф, CRS также занимается деятельностью по поддержанию мира, деятельностью в сфере здравоохранения, сельского хозяйства и управления природными ресурсами.



## Трудности в борьбе с туберкулезом

Хотя провинция Магинданао достигла некоторого улучшения уровня выявления случаев и успеха лечения, в результате чего они приблизились к среднему национальному, в ее 33 муниципалитетах остаются значительные пробелы в деятельности по борьбе с ТБ. Проблемы объясняются несколькими факторами, самым значительным из которых является продолжающийся вооруженный конфликт в провинции.

Эта ситуация привела к перемещению и эвакуации многих семей, что имело негативные последствия на выполнение мероприятий по ТБ. Препятствием в борьбе с ТБ было отсутствие координации между частными медицинскими учреждениями и медицинскими пунктами в деревнях, а также серьезная нехватка необходимого медицинского персонала, включая недостаточно укомплектованные штаты государственных медицинских учреждений.

## Мероприятия по АКСМ

В рамках проекта была проведена работа по более интенсивному использованию местных ресурсов для улучшения доступа населения к лабораторной диагностике и услугам ДОТС, а также для формирования модели поведения, при которой лица с подозрением на туберкулез, будут обращаться за медицинской помощью.

Проект CRS в провинции Магинданао по борьбе с ТБ – это четырехгодичный проект, осуществлявшийся в партнерстве с Отделом здравоохранения провинции с целью значительного снижения распространенности и смертности от ТБ к 2009 году. Мероприятия проекта проводились в 33 муниципалитетах, обслуживающих 475 056 человек в возрасте старше 15 лет. Ко времени окончания четырехлетнего проекта у более чем 4250 пациентов был выявлен активный ТБ.

В начале проекта были определены основные пробелы и трудности в деятельности по борьбе с ТБ, которые могли быть эффективно решены при помощи инициатив АКСМ. Барьеры на пути оказания услуг по лечению ТБ включали следующее:

- профессиональная компетенция медицинского персонала и волонтеров в сфере предупреждения и борьбы с ТБ не соответствовала современным требованиям;
- надзор и мониторинг работы персонала провинции, участвующего в программе по борьбе с ТБ, проводился нерегулярно;
- члены сообщества имели недостаточный доступ к медицинским услугам из-за продолжающегося вооруженного конфликта, нехватки медицинского персонала и географической труднодоступности местности;
- недостаточное знание в сообществе о причинах и путях передачи болезни;
- социальная стигма по отношению к ТБ.

С самого начала сотрудники проекта должны были учитывать нестабильность в данном районе из-за затянувшейся вооруженной борьбы с группами сепаратистов Моро. Из-за периодических эскалаций конфликта сотрудники проекта для выявления пациентов и лиц, прервавших лечение, работали совместно с Командой быстрого реагирования Ма-

гинданао – объединения, в состав которого входят профессиональные медработники для действий в чрезвычайных ситуациях.

Была проведена быстрая оценка того, какое влияние на противотуберкулезную программу оказало перемещение некоторых общин из провинции, отслеживая пациентов, которые были помещены в эвакуационные центры для обеспечения соблюдения ими схемы лечения.

CRS и управление здравоохранения провинции разработали стратегию АКСМ для устранения выявленных во время базового исследования барьеров для своевременной диагностики, лечения и ухода за больными ТБ. Примечательно, что одним из барьеров было поведение медицинских работников, которые проявляли безразличие к заболевшим ТБ и нежелание взаимодействовать с ними. Это снижало качество профилактических и лечебных услуг, в особенности, из-за неадекватного следования протоколам ДОТС по приверженности к лечению как пациентов, так и медработников. Стратегия включала мероприятия по адвокации, лоббирование органов местной власти относительно приоритетности предупреждения ТБ и выделения необходимых ресурсов на реализацию проекта. Проект также привлек существующие группы поддержки для распространения информации о ТБ и улучшения доступа пациентов к пунктам ДОТС. Такой многоканальный подход позволил использовать различные методики и материалы, учитывающие потребности целевых групп, их культурный уровень и существующую в провинции Магинданао реальность.

Для информационного обеспечения проекта CRS провела базовое исследование среди общего населения, медицинского персонала, врачей частного сектора и волонтеров, работающих в сфере здравоохранения. Исследование показало, что кроме всего остального, врачи, медсестры и акушерки непосредственно соблюдают протоколы ДОТС в своей ежедневной практике, медработники не ведут надзор за соблюдением предписанной схемы лечения, и пациенты не принимают препараты в полном соответствии с предписаниями.

Безопасность в районе была, естественно, основным фактором, затрудняющим реализацию проекта. Чтобы улучшить ситуацию, в рамках проекта было решено уделить больше внимания оказанию услуг по профилактике и лечению ТБ на базе общины, что играло решающую роль для тех, кто не мог перемещаться из соображений безопасности.

Учитывая результаты базовой оценки, проект добавил несколько новых мероприятий: семинары по АКСМ (в т. ч. семинар по изменению поведения медицинского персонала); возобновление деятельности 11 местных советов здравоохранения для адвокации более широкой политической поддержки борьбы с ТБ; мероприятия по вовлечению сообщества и пациентов для улучшения выявляемости и повышения успеха лечения ТБ.

Для расширения сотрудничества между медработниками и пациентами и для развития большей заинтересованности сообщества в успехе проекта местный медицинский персонал, пациенты и члены общины были приглашены к участию во всех стратегических аспектах проекта.

Компоненты программы АКСМ включали: помощь медработникам в проведении консультирования пациентов до начала лечения (медработники

прошли тренинг по навыкам консультирования и рационального перераспределения обязанностей для уменьшения перегруженности в работе, которая ранее затрудняла проведение консультирования); регулярные учебные семинары по ТБ в медицинских центрах для пациентов; визиты на дом волонтеров для отслеживания тех, кто прекратил лечение, и поддержка пациентов и членов их семей для предотвращения отрывов от лечения.

В рамках проекта были созданы противотуберкулезные клубы для людей, проходящих лечение, и бывших пациентов в качестве консультантов. Были созданы семь таких клубов, от 6 до 12 членов каждый. Состав клубов постоянно менялся, так как поступали новые члены, а успешно прошедшие лечение пациенты выходили из них.

Чтобы расширить услуги по лабораторной диагностике ТБ для увеличения выявления случаев заболевания, в помощь к перегруженному работой персоналу из 10 техников, обслуживающих 33 муниципалитета провинции, были обучены 168 деревенских медработников. Они прошли тренинг по сбору мокроты; координаторы программы по ТБ провинции и муниципалитетов осуществляли мониторинг и надзор за соответствием их работы стандартам НТП.

## Результаты внедрения проекта

Во время реализации проекта количество лиц с подозрением на ТБ, прошедших диагностику, увеличилось на 52%, с 3988 в 2005 году до 6065 в 2007 году. Новосформированные группы деревенских медработников играли важную роль в достижении этого успеха. Ими было направлено для диагностики 2178 лиц с подозрением на ТБ, из которых у 374 (17%) был выявлен активный ТБ. Уровень выявления случаев в провинции также значительно вырос – с 47% в 2004 году до 86% в 2007 году, а уровень отрывов от лечения снизился с 6% в 2004 году до 4% в 2007 году.

Проект также продемонстрировал возросшее понимание ТБ обществом. Проведенное в начале проекта исследование ЗОП показало, что 58% респондентов

считают нормальным поведение по избежанию любых контактов с лицами с подозрением на ТБ. Только 18% сочувствовали больным ТБ, и 32% считали, что отношение к пациентам должно быть таким же, как и к другим людям. В конце проекта доля респондентов, избежавших контактов с больными ТБ, снизилась до 44%, а тех, кто сочувствовал пациентам, увеличилась до 51%. Процент тех, кто был готов относиться к больным ТБ, как к обычным людям, вырос до 69%.

В значительной мере в результате вышесказанного уровень успеха лечения в провинции вырос с 88% в 2004 году до 91% в 2008 году. Ко времени окончания проекта 23 из 33 целевых муниципалитетов продемонстрировали повышение уровня успеха лечения.

## Уроки проекта

CRS применила многогранный подход в борьбе за увеличение уровня выявляемости ТБ в регионе вооруженных конфликтов. Используя стратегический подход АКСМ, организация смогла задействовать значительные общественные ресурсы и местный медперсонал для расширения доступа к лабораторной диагностике и услугам ДОТ для людей, прожи-

вающих в географически труднодоступных местностях. Методика обучения представителей общины по определению лиц с подозрением на ТБ оказалась особенно эффективной. Значительная доля случаев заболевания с положительным мазком мокроты была выявлена благодаря этой методике.



# Румыния

**Расширение возможностей  
ромов с помощью обучения по  
принципу «равный-равному» для  
улучшения знаний о туберкулезе и  
выявления случаев заболевания  
среди населения, лишенного  
избирательных прав**

*Представлено: организацией Health Right  
International (HealthRight)<sup>2</sup>*

## **Об организации HealthRight International**

Health Right International (HealthRight) – это международная организация по охране здоровья и прав человека, деятельность которой направлена на создание постоянного доступа к качественным медицинским услугам для «изгнанных» сообществ. При поддержке USAID, Института открытого общества и Глобального Фонда борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией организация работала в Румынии с 2003 по 2008 год, внедряя проект борьбы с ТБ в сотрудничестве с несколькими заинтересованными группами. В эти группы входили медработники первичной медицинской сети, ТБ пациенты и члены их семей, а также члены бедных или «изгнанных» сообществ, в особенности, ромы.

<sup>2</sup> Health Right International – организация основанная покойным доктором Джонатаном Манном, с 1990 по 2009 годы была известна как Doctors of the World-USA.





## Трудности в борьбе с туберкулезом

Хотя Румыния предприняла последовательные усилия для снижения распространения ТБ, страна продолжает сталкиваться с рядом значительных трудностей в сфере предупреждения ТБ и борьбы с ним. Существенными факторами этого являются несоразмерность уровня ТБ бремени и доступности лечения среди ключевых уязвимых групп населения, в особенности, ромов, румынской (и европейской) самой большой группы меньшинств. (Согласно переписи населения в 2002 году в Румынии было зарегистрировано 535 140 ромов, хотя в некоторых из отчетов указывалось, что их около 2,5 миллиона).

Хотя в данных по ТБ в Румынии не выделены пациенты по этническому признаку, исследования показывают, что ромы несут непропорционально тяжелое бремя ТБ, в два – семь раз выше по сравнению с бременем ТБ среди общего населения. Такая ситуация сложилась из-за ряда причин, в числе которых стигма по отношению к этой группе со стороны медработников и общего населения, плохие условия жизни, а также трудности, испытываемые ромами, при прохождении бюрократических формальностей для получения лечения.

## Мероприятия по АКСМ

В рамках проекта были обучены представители сообществ ромов для их работы в общине и обучения ее членов по принципу «равный – равному» с целью улучшения знаний о ТБ, а также преодоления юридических препятствий и доступа к государственным медицинским учреждениям. Одной из задач проекта было вовлечение заинтересованных лиц и представителей сообщества ромов для разработки стратегии адвокации и создания необходимой политической среды, способствующей поддержке здоровья ромов, которые часто сталкиваются с дискриминацией в обществе. Проект также был направлен на улучшение восприятия ромов врачами и медсестрами и отношений между медработниками и пациентами.

Двухгодичный проект внедрялся в г. Бухаресте – Сектор 5, районы Илфов и Нимт, где проживает население ромов, не получающее должного медицинского обслуживания. Некоторые проблемы, на решение которых была непосредственно нацелена стратегия Health Right International, включали: крайний недостаток качественных информационных материалов о ТБ, в особенности, для малограмотных групп ромов; сильная расовая дискриминация ромов в медицинских учреждениях; условия жизни, не соответствующие принятым стандартам, и отсутствие знаний о ТБ и других проблемах здоровья.

Базовое исследование ЗОП показало, что более 50% опрошенных ромов не зарегистрированы в медучреждениях, что является необходимым условием для получения доступа к каким-либо медицинским услугам. Также было выявлено, что знания о ТБ среди ромов были самыми низкими из всех опрошенных групп. Только 15-30% (сельское-городское население) могли назвать какие-либо симптомы ТБ и меньше чем 50% знали о том, что ТБ излечим.

Health Right International в партнерстве с местными НПО Romani Criss выбрал группу из 25 ромов мужчин и женщин для работы по принципу «равный – равному». На тренингах их обучили, как определять лиц с подозрением на ТБ и направлять их в ближайшие медицинские учреждения, а также, как информировать и обучать членов своих общин по вопросам ТБ и ДОТС. В рамках проекта были подготовлены информационные материалы – например, учебные фильмы, созданные для населения с низким уровнем грамотности.

Обученные волонтеры-ромы провели тренинги по сенсбилизации для 700 врачей общей практики и медсестер, работающих в районах внедрения проекта, с целью изменить исторически сложившееся дискриминационное отношение к ромам.

Важным элементом проекта также была помощь, оказанная ромам в развитии навыков адвокации для того, чтобы они могли воспользоваться своими правами на получение услуг здравоохранения и преодолеть бюрократические преграды. Эта деятельность состояла из мероприятий по лоббированию местных органов муниципальной власти с требованием ускорить процедуры регистрации, чтобы ромы могли легче получить документы, удостоверяющие личность, и/или документы на социальную помощь, необходимые для регистрации в медицинском учреждении.

К концу проекта 12 волонтеров-ромов из района Нимт сформировали на базе сообщества организацию, известную как «Центр развития сообщества», чтобы продолжить деятельность по улучшению доступа к медицинской помощи и адвокации в своих районах.

## Результаты внедрения проекта

Волонтеры-ромы провели 480 интенсивных трехмесячных учебных семинаров по обучению сообщества, в которых приняли участие 11 530 человек. Во время действия проекта было выявлено 607 лиц с

подозрением на ТБ, которым помогли обследоваться. Их сопровождали в клинику, так как ромы имеют ограниченный опыт посещения больниц. У 49 (8%) из прошедших диагностику ромов был выявлен ТБ.

## Уроки проекта

Опыт работы Health Right International показывает, как многогранная, специально разработанная стратегия может помочь в достижении значительных успехов по повышению уровня выявления случаев и доведению лечения до завершения даже среди бедного, исторически лишенного гражданских прав населения.

Одним из факторов, обеспечивших успех проекта, было вовлечение в работу наиболее активных пред-

ставителей из группы ромов. Благодаря обучению и последовательному мониторингу, они смогли заняться просвещением по вопросам ТБ, выявлением случаев заболевания и адвокацией в своих общинах. Используя стратегию Health Right International и поддержку сообществом ромов в районе Нимт, они создали свою собственную организацию и продолжили работу после окончания проекта.



# Судан

**Использование партнерства между НТП и общественными организациями для расширения деятельности по борьбе с ТБ в районах, находящихся в зонах военных или послевоенных конфликтов**

*Представлено Национальной программой борьбы с ТБ*

## **Национальная программа борьбы с ТБ**

Национальная программа борьбы с ТБ Судана приняла стратегию ДОТС в 1993 году и начала создавать пилотные ДОТС-центры в 1996 году. Опыт учреждений этого типа привел к 100% охвату населения ДОТС услугами с 2002 года. Расширению ДОТС способствовало проведение обучения и интенсивного надзора. Система обеспечения качества включала перепроверку мазков мокроты, повторную оценку результатов координаторами, внесение изменений в деятельность координаторов программы, а также систематическую оценку текущих отчетов по выполнению программы. В настоящее время расширенная программа предоставляет ДОТС-услуги, как часть первичной медицинской помощи, через больницы, медицинские центры, отдельные медицинские учреждения и клиники НПО.



## Трудности в борьбе с ТБ

На долю Судана приходится 15% случаев заболевания ТБ в регионе Восточного Средиземноморья. Среди основных трудностей в борьбе с ТБ в Судане: низкий уровень выявляемости случаев, высокий уровень отрывов от лечения (7,4% в 2007 году), большое количество районов, находящихся в состоянии военного конфликта или после конфликта, высокие, стабильно растущие уровни ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (MDR-ТБ) и ТБ/ВИЧ, недостаточное сотрудничество (включая регистрацию) между государственным и частным секторами и высокий уровень те-

кучества персонала государственных медицинских учреждений.

Регион внедрения проекта Южный Курдофан – это очень бедный штат, с большими территориями, находящимися в состоянии военного конфликта или после конфликта. В штате зарегистрирован высокий уровень распространенности ВИЧ/СПИДа, система здравоохранения штата в значительной мере не обеспечивает население медицинскими услугами. Жители штата имеют недостаточную информацию о причинах, вызывающих ТБ, и методах его лечения.

## Мероприятия по АКСМ

В рамках проекта проводилась работа по установлению партнерства с существующими организациями гражданского общества, такими как Женский Совет и Ассоциация Пациентов для обеспечения социальной и экономической поддержки в улучшении выявления случаев заболевания и доведении лечения до завершения. Проводились также мероприятия по адвокации и улучшению осведомленности о ТБ с целью привлечь внимание правительства к опасному распространению ТБ в штате и получить официальную поддержку в работе по сдерживанию распространения ТБ.

НПО и партнеры использовали мероприятия по АКСМ для преодоления некоторых барьеров в осуществлении деятельности по борьбе с ТБ, включая низкий уровень осведомленности о ТБ среди общего населения (что непосредственно объясняет задержки в диагностике), значительную стигматизацию болезни и высокий уровень отрывов от лечения среди пациентов. Кроме того, хотя пациенты обычно обращаются за медицинской помощью в частные и государственные медицинские учреждения, стигма и дезинформация по-прежнему приводят многих из них за советом к традиционным целителям, как источнику первой помощи.

Чтобы преодолеть эти барьеры, НТП создала ключевые партнерства с Женским Союзом и Ассоциацией больных ТБ Судана (СТРА, организация поддержки

пациентов, существующая в 12 штатах) и обеспечила проведение обучения для соответствующего персонала на темы ТБ. Женщины, прошедшие обучение и обычно легко находящие понимание между собой, проводили встречи с женщинами сообщества, групповые дискуссии, посещения на дому, посещали протитуберкулезные учреждения.

СТРА организовала занятия по ориентации с пациентами, во время которых больные ТБ делились своим опытом с общиной. Сотрудники Ассоциации также осуществляли посещения на дому для предоставления социальной и психологической помощи пациентам ТБ, предлагали помощь в получении микрокредитов.

Среди других мероприятий проекта – деятельность по обеспечению более всесторонней модели АКСМ, включая распространение информационных материалов о ТБ через различные каналы и лидеров общины, адвокаты в средствах массовой информации, образовательные кампании о ТБ в районах после конфликта и трансляция учебных программ по ТБ и на радио. Группы также занимались целевой деятельностью по адвокации, направленной на то, чтобы побудить местные департаменты здравоохранения и политиков увеличить количество ДОТС-центров.

## Результаты внедрения проекта

В значительной мере благодаря программе по адвокации, проблема ТБ была определена как приоритетная в Южном Курдофане. Это помогло увеличить количество ТБ-центров с 5 в 2006 году до 12 в 2008

году. Количество зарегистрированных случаев заболевания выросло на 37,4% с 318 до 437 случаев в течение того же периода.

## Уроки проекта

Пример Судана наглядно демонстрирует, что создание партнерства с организациями на базе общин имеет большое значение для улучшения уровня осведомленности о ТБ, снижения стигмы и задержек в установлении диагноза на территориях после военных конфликтов. Женские ассоциации в таких случаях являются наиболее логичными кандидатами для партнерства, так как обычно женщины фактически ухаживают за больными и представляют группу, подвергающуюся риску, особенно в контексте ВИЧ. Создание таких альянсов и партнерств может служить поддержкой НТП в адвокации с целью добиться от органов местной власти расширения услуг в труднодоступных районах.

Проект также служит иллюстрацией того, какую пользу может принести вовлечение пациентов в борьбу с ТБ, этот шаг помог уменьшить местные страхи, стигматизацию заболевания и улучшил отношение населения к больным ТБ. Эта мера и развитие партнерства с ОМС проявили себя как эффективные средства в достижении целей по своевременной диагностике и созданию модели поведения, при которой пациент своевременно обращается за медицинской помощью. Это особенно верно для районов, находящихся в состоянии после конфликтов, где такое поведение, как правило, является исключением из-за длительного отсутствия медицинских услуг.



# Таджикистан

**Разработка и внедрение  
национальной стратегии  
коммуникации по ТБ**

*Представлено организацией Project HOPE*

## **Организация Project HOPE**

Project HOPE является международной некоммерческой организацией, которая разрабатывает и внедряет долгосрочные решения неотложных проблем здравоохранения. Как основной получатель гранта Глобального Фонда по раунду 3 и исполнительная организация USAID в Таджикистане, Project HOPE продолжает активно участвовать в деятельности по борьбе с ТБ и оказывает помощь НТП в укреплении всех элементов программы по борьбе с ТБ, необходимых для успешного применения ДОТС.





## Трудности в борьбе с ТБ

Пост-коммунистическое социальное и экономическое крушение 90-х годов привело деятельность по борьбе с ТБ в Таджикистане на грань коллапса. Многие случаи заболевания оставались не выявленными, лечение было малодоступно, значительно возрос уровень смертности от ТБ. В середине 2002 года зарубежные партнеры и правительство начали внедрение ДОТС для изменения этой ситуации и достигли 32%-охвата всего населения к 2004 году и 100%-охвата ДОТС к 2007 году. Однако все еще существовали большие пробелы в вопросах доступности и качества информационных материалов по ТБ для медицинского персонала, пациентов и общего населения. Кроме этого, наследием бывшей

коммунистической системы был низкий уровень технических и коммуникационных навыков медицинского персонала.

Из-за отсутствия координации в работе между различными группами, которые занимались борьбой с ТБ, деятельность по улучшению осведомленности о ТБ среди жителей Таджикистана, знанию его симптомов, вопросов лечения была недостаточно эффективной. При проведении мероприятий ИОК каждая организация разрабатывала свои собственные материалы без согласования с другими группами, эта практика привела к запутанности и непоследовательности информации.

## Мероприятия по АКСМ

Членами тематической рабочей группы НТП по АКСМ при технической поддержке Project HOPE и университета Джона Хопкинса было принято решение разработать и внедрить национальную стратегию по коммуникации. Разработка этой стратегии помогла улучшить координацию между партнерами и повысить уровень знаний и усовершенствовать навыки ключевых лиц, принимающих решения, и персонала организаций, внедряющих проект.

Для выявления информационных пробелов в рамках проекта была проведена полная базовая оценка. Она заключалась в проведении опроса ЗОП среди медработников, пациентов и общего населения, а также в проведении обсуждений в фокус-группах с больными ТБ.

Результаты исследования подтвердили, что существует острая необходимость в усовершенствовании знаний и навыков медработников по межличностному общению и консультированию пациентов. Было также выявлено, что уровень знаний 84% медсестер о ТБ был несоответствующим. Пациенты тоже продемонстрировали низкий уровень понимания заболевания: почти 19% респондентов считали, что для лечения ТБ необходимо лечь в больницу на 5-6 месяцев; 70% не знали, что лечение ТБ в Таджикистане предоставляется бесплатно. Было очевидно, что пациенты неадекватно воспринимают информацию, сообщаемую медработниками, и необходимо создать более совершенные методы распространения информации.

Для преодоления этих барьеров проект координировал процесс обучения и создания руководства для членов рабочей группы АКСМ по развитию стратегии коммуникации по ТБ, развитию и предварительному тестированию информационных материалов, мониторингу и оценке мероприятий по коммуникации.

Национальная стратегия по коммуникации была направлена на разные целевые аудитории, предусма-

тривала проведение тренингов для различных групп по коммуникации, а также включала координацию нескольких обучающих мероприятий, ориентированных на общину. В рамках проекта были проведены тренинги для 40 медсестер противотуберкулезных больниц по межличностной коммуникации и консультированию, а также для 300 волонтеров и лидеров общин по информированию общественности о ТБ.

Была также создана программа поддержки медработников, в рамках которой специально подготовленные медсестры, проводили для них консультирование на рабочем месте. Персонал проекта также разработал информационные материалы, включая буклеты, брошюры, постеры, видео и радио ролики, нацеленные как на пациентов, так и на население в целом.

Проект разработал набор информационных материалов в помощь медработникам, который состоял из диагностического алгоритма, буклета по сбору мокроты и брошюры по побочным эффектам лекарственных препаратов и их лечению. Для большей эффективности презентаций были разработаны специальные отрывные таблицы-схемы для объяснения оптимальных методов лечения и консультирования пациентов.

Кроме этого, специально выбранные и обученные лидеры общин распространяли ключевые сообщения о ТБ и помогали медработникам, доставляя лекарства пациентам, которые были не в состоянии добраться до медицинских учреждений, чтобы получить свою ежедневную дозу препаратов.

Проектом также проводились информационные кампании о ТБ на радио и по телевидению и ежегодные семинары для журналистов, в рамках которых организовывались визиты в региональные противотуберкулезные больницы и интервью с медицинским персоналом, пациентами и посетителями. В результате было опубликовано 29 статей о проблеме ТБ и необходимости социальной мобилизации общества.

## Результаты внедрения проекта

В рамках проекта 5780 волонтеров и лидеров общин прошли обучение, которое позволило им охватить информацией о ТБ более 700 000 человек. Волонтеры также оказали помощь в прохождении лечения 1519 пациентам, у которых не было доступа к медицинским учреждениям и обучению. Эта мера помогла снизить количество отрывов от лечения. Также 128 медицинских сестер противотуберкулезных больниц и других медицинских учреждений прошли обучение по межличностной коммуникации и консультированию по вопросам ТБ.

Кроме того, качество и эффективность информационной работы с общественностью по проблеме ТБ в средствах массовой информации была улучшена

благодаря обучению 104 журналистов национальных и областных теле- и радио-станций и газет. Эта работа позволила проекту охватить значительную часть 6,7 миллионного населения страны.

Самым важным результатом проекта является то, что население значительно лучше информировано о причинах, последствиях и аспектах лечения ТБ. Это подтверждено проведенным после завершения проекта в 2009 году исследованием ЗОП. Так, например, было выявлено, что только 7,6% респондентов считают, что для лечения ТБ необходимо лечь в больницу на 5-6 месяцев (против 19%, которые так считали до начала проекта).

## Уроки проекта

Опыт Таджикистана показывает, что благодаря национальной стратегии, разработанной на основе проведенных исследований, и последовательным и скоординированным мероприятиям по АКСМ, можно в значительной мере улучшить знания о ТБ. Проект

также послужил примером того, как мероприятия по АКСМ непосредственно влияют на существенное улучшение эффективности медицинских услуг и активное участие сообщества в программе поддержки пациентов.





# Украина

**Сокращение уровня отрывов от лечения благодаря усовершенствованию навыков общения и сотрудничеству между медработниками и пациентами**

*Представлено организацией PATH*

## **Организация PATH**

Международная неправительственная организация PATH разрабатывает и внедряет новаторские способы решения проблем в области здравоохранения (с учетом культурных особенностей каждого региона), которые дают возможность сообществам во всем мире улучшить состояние здоровья населения. С 2001 года PATH предоставляет техническую помощь правительству Украины по вопросам контроля за ТБ. В настоящее время при финансовой поддержке USAID PATH выполняет проект по внедрению ДOTS в 10 основных регионах страны с целью достижения 50%-охвата населения к 2011 году. АКСМ является одним из основных компонентов проекта.



## Трудности в борьбе с ТБ

Туберкулез является существенной проблемой для здравоохранения Украины. Количество зарегистрированных случаев заболевания с 1992 по 2006 год выросло более чем вдвое. Фактором, усугубляющим ситуацию и вызывающим серьезную тревогу, является высокий уровень лекарственной устойчивости и быстрорастущая эпидемия ВИЧ. Число новых случаев ВИЧ-инфекции в 2006 году выросло на 16,8% по сравнению с 2005 годом, а в 2007 году ее рост составил 10% (Отчет 2008 года UNAIDS). Ситуация

усугубляется слабой координацией между службами ВИЧ и ТБ, что затрудняет деятельность медработников по эффективному обслуживанию уязвимых групп населения, а также значительной стигмой по отношению к людям, живущим с ВИЧ и ТБ, как со стороны системы здравоохранения, так и со стороны общества в целом. Эта стигматизация является причиной чрезвычайно высокого уровня отрывов от лечения, значительно превышающего в некоторых областях 20%.

## Мероприятия по АКСМ

Кроме улучшения качества ДOTS, усилия проекта были направлены на создание среди медработников подхода к лечению, ориентированного на пациента. Результаты формативного исследования показали, что ориентация на пациента при оказании услуг наиболее уязвимым группам населения и мероприятия по коммуникации, направленные на снижение устойчивой стигмы среди медработников, вероятно, будут иметь решающее значение для повышения уровня приверженности пациентов к лечению.

Главной целью внедрения ДOTS было снижение уровня отрывов от лечения в тех областях, где уровень завершения лечения был самым низким. Мероприятия по АКСМ являются важнейшей составляющей разных компонентов проекта. Особенное значение имела деятельность по оказанию поддержки пациентам, находящимся в неблагоприятных условиях, за счет которых уровень отрывов от лечения и был таким высоким.

Проект был разработан на основе информации, полученной благодаря проведению базовой оценки ситуации (опрос ЗОП, интервью пациентов на выходе после визита к врачу, обсуждения в фокус-группах, углубленные интервью). Целью этого исследования было определить, удовлетворены ли пациенты уровнем предоставляемого медицинского обслуживания; выявить основные причины несвоевременного обращения к врачу и прерывания курса лечения; а также узнать мнение пациентов и врачей о том, как можно повысить уровень приверженности пациентов к лечению.

Исследование показало, что треть опрошенных были недовольны общением с медработниками. Приблизительно 70% были не удовлетворены готовностью или способностью медработников объяснить существующие методы лечения ТБ. Почти 90%

респондентов отмечали, что им не были предоставлены какие-либо информационные печатные материалы о ТБ или его лечении.

Для исправления такой ситуации PATH провела интенсивную работу с местным партнером – Обществом Красного Креста Украины (ОККУ). Сотрудники ОККУ прошли тренинги по эффективному менеджменту проекта, внедрению и принципам ДOTS. Кроме того, все медработники противотуберкулезных учреждений прошли тренинг по межличностной коммуникации и консультированию по вопросам ТБ и ВИЧ. Эти тренинги способствовали снижению стигмы и дискриминации пациентов со стороны медработников.

Совместно с ОККУ и противотуберкулезными учреждениями PATH создала систему координации усилий и сотрудничества между лечащими врачами, пациентами и патронажными медсестрами ОККУ. Также была оказана помощь в деятельности ОККУ по предоставлению социальной поддержки нуждающимся пациентам и членам их семей. Эта мера включала помощь в нахождении местного финансирования для обеспечения таких потребностей как питание, одежда, проживание и транспорт.

ОККУ также был субподрядчиком PATH в совместной деятельности с противотуберкулезными учреждениями. Эти мероприятия включали поддержку завершения лечения пациентов, получающих амбулаторное лечение в пунктах помощи Красного Креста; работу с пациентами, прервавшими курс лечения; распространение соответствующей информации о ТБ и способствованию своевременному обращению к врачу населения и персонала муниципальных служб. Также PATH и ОККУ разработали совместный инструмент мониторинга для сбора и оценки данных о результатах лечения пациентов.

## Результаты внедрения проекта

Хотя данные еще не поступили полностью, предварительный когортный анализ позволяет сделать вывод, что уровень отрывов от лечения среди пациентов в регионах внедрения проекта упал почти до нуля. (В тех областях, где проект не работал, уровень отрывов от лечения составляет от 10 до 20%). В результате проведения мероприятий по адвокации

были также достигнуты значительные успехи в выделении финансирования из местных бюджетов (на областном уровне) для продолжения программы поддержки пациентов ОККУ, а медицинские работники обязались оказывать поддержку ОККУ в реализации программы по ТБ.

## Уроки проекта

Предоставление услуг по ТБ в соответствии с подходом, ориентированным на пациента, может в значительной мере способствовать снижению уровня отрывов от лечения, в особенности, при совместной деятельности с партнерами, у которых есть опыт работы и доступ к соответствующим группам населе-

ния. Мероприятия по адвокации, направленные на создание местных источников финансовой и другой поддержки, и сотрудничество с медработниками может стать важной составляющей усилий, направленных на обеспечение устойчивости проекта.

АДВОКАЦИЯ, КОММУНИКАЦИЯ  
И СОЦИАЛЬНАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ  
В БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ  
Сборник успешного опыта проведения мероприятий

Адвокация, коммуникация и  
социальная мобилизация  
В БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Сборник успешного опыта  
проведения мероприятий

Инициатива Подгруппы по АКСМ  
Партнерства «Стоп ТБ»

[www.stoptb.org/countries/acsm](http://www.stoptb.org/countries/acsm)

**Stop TB Partnership**



World Health  
Organization