

ОСНОВНЫЕ ЗАТРОНУТЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ. КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО.



**СЕЛЬСКОЕ
НАСЕЛЕНИЕ**



Краткий обзор

Глобальная статистика свидетельствует о том, что бремя туберкулеза более актуально в городских регионах. Тем не менее, в тех странах, где большая часть населения проживает в сельской местности в условиях крайней нищеты, туберкулез является доминирующей проблемой среди сельских жителей. Бедность и ограниченный доступ к медицинским учреждениям и медицинским работникам значительно снижают способность людей с туберкулезом, проживающих в сельской местности, получить своевременную диагностику и лечение. Стигма и повсеместное отсутствие знаний о туберкулезе также более распространены в сельских общинах. Существует множество стратегий по преодолению этих барьеров, которые должны быть выполнены в требуемом масштабе. В данном руководстве приводится краткое описание конкретных проблем, с которыми сталкиваются сельские жители, и способы решения этих проблем.

Глобальный план по ликвидации туберкулеза и основные затронутые группы населения

В Глобальном плане по ликвидации туберкулеза сформулирован ряд ключевых целевых ориентиров, которые необходимо достигнуть к 2020 г. или не позже 2025 г. В этом плане люди уязвимые, получающие недостаточное медицинское обслуживание, либо испытывающие повышенный риск заболевания туберкулезом, отмечены как «основные затронутые туберкулезом группы населения». Глобальный план предлагает модели инвестиционных пакетов, которые позволят странам достигнуть целевых ориентиров «90–(90)–90»¹. План также предлагает, чтобы все страны:

Охватить как минимум



В рамках этого подхода, охватить как минимум



Добиться как минимум



- идентифицировали свои основные затронутые группы населения на национальном и субнациональном уровнях согласно оценке потенциальных рисков, численности населения и конкретных барьеров, включая барьеры в области прав человека и гендерные барьеры, для обеспечения доступа к лечению туберкулеза;
- поставили операционную цель по охвату по крайней мере 90 % людей в основных затронутых группах посредством улучшенного доступа к услугам, при необходимости систематического скрининга, основанного на правах человека, и новых методах выявления заболевания, обеспечив таким образом всех нуждающихся людей эффективным и доступным лечением;
- подавали отчетность о прогрессе в борьбе с туберкулезом, используя данные с разбивкой по основным затронутым группам населения;
- обеспечивали активную вовлеченность основных затронутых групп населения в разработку и оказания услуг, а также обеспечение медицинской помощи по туберкулезу в безопасной и уважительной среде.

Данные рекомендации были использованы при составлении этого руководства для обсуждения структурных барьеров в доступе, а также для нахождения решений на местном уровне для сельского населения, больного туберкулезом.

¹ План «90–(90)–90» призывает НТП стремиться охватить 90 % от общего числа больных туберкулезом и начать их лечение с помощью соответствующей терапии. В рамках данного подхода страны должны охватить 90 % ключевых групп населения. Финальная часть стратегии заключается в том, чтобы достичь по меньшей мере 90 % успешного лечения для всех людей с диагнозом туберкулеза.

Что содержит данное руководство?



Эпидемиологический профиль



5



Во всем мире распространенность туберкулеза в городских регионах значительно выше, чем в сельской местности (1). Тем не менее, в некоторых странах наблюдаются обратные статистические данные, где у лиц, проживающих в сельской местности, более высокий риск заражения туберкулезом. Например, в Китае, где 80 % населения проживает в сельской местности, распространенность активной формы туберкулеза легких в сельской местности в 1,8 раза выше, чем в городских регионах (2). Точно так же и в других развивающихся странах, где большая часть населения проживает в сельской местности, заболеваемость туберкулезом в сельских регионах больше или равна заболеваемости в крупных городских регионах (3,4). В других странах, где общая пораженность и заболеваемость выше в городских регионах, некоторые сельские провинции могут испытывать более тяжелое бремя туберкулеза, но получать при этом меньше внимания со стороны доноров и политиков (5).

Задержки в постановке правильного диагноза и начале эффективного лечения увеличивают заболеваемость и смертность от туберкулеза, а также риск передачи и развития лекарственно-устойчивых форм туберкулеза в сельских общинах. Доступ к диагностике и лечению туберкулеза значительно замедлен для больных туберкулезом, которые проживают в сельской местности (6). Эти задержки, как и низкие уровни приверженности к лечению и завершения лечения среди сельских жителей, обусловлены целым рядом факторов: факторы индивидуального уровня, такие как доверие к альтернативной медицине, и структурные факторы и прочие проблемы, такие как невозможность проезда к нужному учреждению из-за его удаленности, отсутствие, а также стоимость, транспорта, стоимость лечения (поэтому приходится выбирать между работой и лечением), недоверие к поставщикам медицинских услуг и так далее (7–9). Учитывая эти проблемы, наряду с зачастую низким социально-экономическим статусом сельских жителей по сравнению с городскими, нехваткой медицинских учреждений, а также преобладающей стигмой заболевания туберкулезом в сельской местности, туберкулез представляет значительный риск для сельских жителей.

Структурные барьеры при диагностике и лечении

Бедность

В 2011 году Международный фонд сельскохозяйственного развития сообщил, что 70 % от 1,4 млрд крайне бедного населения мира проживает в сельской местности (10). Условия крайней нищеты, в которых находятся большинство сельских жителей с туберкулезом, могут влиять не только на установление диагностики и лечения, а также на возможность продолжать лечение после постановки диагноза, но и на такие важные аспекты лечения, как доступ к питанию и санитарии. Сельские жители, которые могут быть использованы в качестве сезонных рабочих или делать другую работу вдали от дома, могут находиться в особенно неблагоприятном положении, поскольку их возможности для диагностики и лечения строго ограничены их перемещением в поисках дохода.



Наличие медицинских работников и медицинских учреждений

По данным ВОЗ, около 50 % населения мира проживает в сельской местности, но менее 38 % медсестер и менее 25 % врачей работают в этих местах (11). Эта ситуация более выражена в 57 странах, которые ВОЗ идентифицирует, как испытывающие абсолютную нехватку работников здравоохранения (11). Из 22 стран мира с наибольшим бременем туберкулеза, 15 относятся к числу тех, которые испытывают острую нехватку работников здравоохранения.² Губительная нехватка медицинских работников в сельской местности является проблемой, которая носит глобальный характер, в частности воздействуя на уже бедные сельские регионы в развивающихся странах (12,13). Участники исследования в разных странах сообщили, что там, где есть доступ к клиникам, способным обеспечить лечение туберкулеза, они открыты в ограниченное и непредсказуемое время работы, с длительным временем ожидания и частым отсутствием медработников на рабочем месте (9). Некоторые исследования также показали, что когда они сталкиваются с задачей предоставления поддерживающего лечения в районе, обслуживаемом лечебным учреждением, перегруженные сотрудники клиники иногда отказываются от этих обязанностей из-за огромного количества пациента или других ограничений (14). Сельские жители с туберкулезом, у которых более сложные диагнозы или туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), могут быть не в состоянии получить доступ к медицинским учреждениям по месту жительства; таким образом, им приходится сталкиваться со значительными трудностями для получения доступа к диагностике, лечению и уходу в городских и пригородных регионах. Кроме того, сельские клиники могут испытывать дефицит или нехватку лекарственных средств чаще, чем те, которые расположены в городских регионах (15–17).

² Эти страны: Афганистан, Бангладеш, Камбоджа, ДР Конго, Эфиопия, Индия, Индонезия, Кения, Мозамбик, Мьянма, Нигерия, Пакистан, Уганда, Объединенная Республика Танзания и Зимбабве.



Удаленность медицинских учреждений

В странах, где доступ к медицинским учреждениям ограничен, основным структурным барьером для многих сельских жителей, сначала при получении и затем при соблюдении схемы противотуберкулезного лечения, является расстояние, которое они должны преодолеть, чтобы получить доступ к диагностике и лечению. Эта удаленность может привести к значительным задержкам в диагностике и начале лечения, а также препятствует намерениям людей с туберкулезом соблюдать схемы лечения (9). Бывает, людям с туберкулезом, проживающим в сельской местности приходится ежедневно добираться до медицинского учреждения, чтобы получить там лечение, независимо от формы их заболевания или графика работы. Это увеличивает их шансы на худшие результаты лечения, а так же, на потерю их для дальнейшего наблюдения (18). Кроме того, длинные расстояния означают более высокие расходы на поездки, которые не могут себе позволить сельские жители уже и без того находящиеся в неблагоприятном положении. В сельской местности для многих людей, больных туберкулезом, необходимость ежедневного посещения лечебного учреждения вступает в противоречие с более насущной необходимостью зарабатывать на жизнь (9). Последние выводы относительно действенности и эффективности лечения под наблюдением самого пациента в отдаленных регионах были обнадеживающими, такое лечение следует рассматривать для дальнейшего распространения в сельских регионах по всему миру (19).

Стоимость лечения

Недостаточное количество медицинских учреждений и медицинских работников, наряду с общим упадком сельских систем здравоохранения, часто приводят к коррупции и зависимости от неформальных или иных дополнительных платежей в этих странах (20). Продолжаются усилия по снижению стоимости противотуберкулезных лекарственных средств для пациентов. Но даже там, где страны приняли политику бесплатных диагностики и лечения, другие виды деятельности, связанные с лечением — такие как медицинские осмотры (например, рентгенография грудной клетки), дополнительные лекарственные средства, предписанные врачами в дополнение к противотуберкулезным средствам, госпитализация, а также время, проведенное вне работы — часто подразумевают катастрофическую стоимость для пациентов (21). Это особенно актуально в сельской местности, где медицинские работники могут иметь соблазн улучшить свою заработную плату дополнительными доходами (22,23). Исследования, проведенные в различных регионах, сообщили, что расходы пациентов на услуги здравоохранения, связанные с туберкулезом, могут составлять до 40 % их годового дохода (24–26). Кроме того, сельские жители с туберкулезом могут быть не в курсе национальной противотуберкулезной политики и поэтому могут быть не в состоянии требовать услуги, на которые они имеют право.



Социокультурные барьеры лечения

Альтернативные медико-санитарные услуги

Исследования состояния здоровья обнаружили, что зависимость от традиционной и альтернативной медицины, обычно более распространена в сельской местности. Лица с симптомами туберкулеза в сельской местности, с большей вероятностью сперва посетят традиционного целителя или травника, тем самым замедлив доступ к формальной постановке диагноза и началу лечения (27–30). Традиционные целители и альтернативные поставщики медицинских услуг также могут быть более доступными с точки зрения расстояния, стоимости, близкого знакомства, благонадежности и контакта между больным и врачом (31). Например, в странах Африки к югу от Сахары отношение числа традиционных целителей к общей численности населения составляет 1:500, в то время как отношение числа врачей к общей численности населения составляет 1:40 000. Таким образом, выгоду от привлечения традиционных целителей в предоставлении формального лечения туберкулеза нельзя недооценивать (32). Данные показали, что предоставление людям с туберкулезом возможности иметь поддерживающее лечение от традиционных целителей может положительно влиять как на результаты лечения, так и на другие аспекты прохождения лечения (33).



Стигма и дискриминация

Ассоциация заболевания туберкулезом с бедностью и страх устойчивых форм туберкулеза по-прежнему способствуют стигме и дискриминации, что в свою очередь негативно сказывается на обращаемости за медицинской помощью и приверженностью к лечению. Более того, такая стигма может иметь серьезные социально-экономические последствия, особенно для женщин (34,35). Сельские жители испытывают более высокий уровень стигмы и дискриминации, чем городские жители, и имеют меньше знаний о способах передачи, диагностике и лечении, которые в свою очередь могут способствовать стигме и дискриминации (34,36). В сельской местности, где существует повышенная пораженность ВИЧ-инфекцией, заболевание туберкулезом может иметь дополнительную стигму в качестве маркера ВИЧ, а также поведения, которое может быть стигматизированным. В сельских общинах с тесными внутриобщинными отношениями, стигма в отношении туберкулеза может привести к отказу от лечения пациентов на дому по той причине, что визиты работника здравоохранения сразу же будут замечены общиной (34,37,38). Самостигматизация и самодискриминация также могут способствовать дальнейшей социальной изоляции людей с туберкулезом. Например, несмотря на то, что пациентам с туберкулезом в Непале после двух недель лечения неоднократно говорилось о том, что они более не являются источником инфекции, у них были отмечены признаки самостигматизации на весь период лечения (35). Некоторые исследования по лечению людей с туберкулезом, также отметили дискриминацию со стороны медицинских работников и персонала клиник или деятельность медицинских работников, содействующую стигме, например, среди прочего, чрезмерные предостережения и обработка дверных ковриков в клинике химикатами (35,39).





Гендерный аспект

Здоровье женщин зачастую имеет недостаточный приоритет в семьях, где предпочтение отдается здоровью детей и мужчин, которые также считаются основными добытчиками (40). Во многих странах женщины испытывают более длительные задержки в получении диагностики туберкулеза (6), которые могут быть объяснены их традиционной ролью в семье и привычными обязанностями по дому. Во многих местах из-за социальных и культурных ограничений сельские женщины сталкиваются с трудностями проезда к медицинским учреждениям; им требуется мужское сопровождение или деньги, к которым они имеют ограниченный доступ (18,41,42). Таким образом, проблемы, связанные с удаленностью медицинского учреждения, являются еще более важными для женщин. В некоторых странах женщины выразили опасения, что диагноз туберкулеза может ограничить их возможности для вступления в брак или повлиять на их отношения с их нынешним супругом и родственниками, тем самым подвергнув их риску дальнейшей социальной стигмы и экономического неравенства (42). Женщины из Индии, Уганды и многих других мест сообщали, что они были брошены своими мужьями и отлучены от своих семей, когда у

них был диагностирован туберкулез (42–44). Другие отчеты также показывают, что женщины с диагнозом или даже те, кто получили лечение от туберкулеза, считаются непригодными для брака или материнства (45). В сельской местности, где соседи и семьи могут быть более близко знакомы, это отношение является трагическим для женщин, так как они становятся отверженными со стороны своих семей и общин и не знают, к кому обращаться за помощью. Исследования, проведенные в сельской местности, обнаружили, что мужчины демонстрируют больше знаний о туберкулезе, чем женщины, что также может влиять как на активное обращение за медицинской помощью, так на приверженность к лечению (42). В некоторых странах сельские женщины продемонстрировали большую осведомленность о туберкулезе и/или лучшую обращаемость за медицинской помощью и лучшее соблюдение схемы лечения; в тех случаях, когда сельские женщины были хорошо знакомы с системой здравоохранения и надежными поставщиками медицинских услуг (за счет расширения масштабов и, поощрения дородовой помощи и т. д.), они с большей вероятностью раньше обращались за диагнозом туберкулеза (27).

Статус коренных жителей

Важно отметить, что значительная часть коренного населения по всему миру проживает в сельской местности, и что во всем мире эти группы населения несоразмерно страдают от инфекционных и других заболеваний, включая туберкулез (46). Там, где коренное население дополнительно маргинализировано и удаленно расположено, их доступ к соответствующему лечению и уходу за больными туберкулезом может быть еще более ограниченным, чем у обычного сельского населения. Имеющиеся данные показывают намного более высокую распространенность туберкулеза среди коренного населения в Австралии, Канаде и Соединенных Штатах (47). Недавний обзор глобальных данных отметил аналогичные тенденции и в других странах; например, у коренных народов бразильской Амазонии заболеваемость туберкулезом в 20 раз выше, чем среди населения Бразилии в целом, а также у некоторых племенных групп Индии был установлен уровень распространенности туберкулеза более чем в 100 раз выше, чем в среднем по стране (47). Исследования туберкулеза среди коренных народов немногочисленны, что может еще более затруднить предоставление необходимых услуг для этой группы.

Аспекты, касающиеся законов и политики

Статус мигрантов из сельских регионов в городские

Существует достаточное количество доказательств того, что проблема миграции людей из сельских регионов в городские является общей для всех стран (48); таким образом, опасения по поводу доступа мигрантов из сельских регионов в городские к лечению туберкулеза, соответствующему определенным стандартам, также являются универсальными. В таких странах как Китай исследования среди мигрантов из сельских районов в городские показали более высокие расходы из собственного кармана, более низкий уровень знаний о политике возмещения расходов, отсутствие медицинского страхования, а также потерю рабочих мест, связанных с диагнозом туберкулеза и необходимостью занимать деньги у семьи и друзей для того, чтобы пройти курс лечения (49,50). Таким образом, необходима лучшая политика включения мигрантов из сельских регионов в национальные накопительные схемы медицинского страхования и ликвидация дискриминации со стороны работодателей по отношению к ним и другим уязвимым группам населения. Ограничения, влияющие на профилактику туберкулеза и доступ к лечению при миграции из сельских регионов в городские, описаны более подробно в мини-руководстве Ликвидация туберкулеза: основные затронутые группы. Мигранты.



Сохраняющаяся дискриминация при приеме на работу и право наследования

Несмотря на многочисленные нормы законодательства, запрещающие дискриминацию в области здравоохранения как на международном уровне, (51) так и в большинстве национальных правовых систем (когда национальное законодательство в области борьбы с туберкулезом (52), гарантирует, например, сохранение за больным туберкулезом рабочего места на период прохождения лечения) люди с туберкулезом по-прежнему сталкиваются с дискриминацией на рабочем месте и опасаются быть уволенными или отстраненными от работы, если станет известно об их болезни (34,35). В особой степени это может повлиять на сельское малообеспеченное население, которое занято непостоянной или сезонной работой и/или работает в неблагоприятных для него условиях. Кроме того, законы или практика, запрещающие женщинам наследовать землю во многих странах, (53) оказывает влияние на вдов людей, больных туберкулезом, и женщин с туберкулезом в сельских общинах, где наиболее вероятно что эта практика продолжает существовать. Эти практики и политики должны быть поставлены под пристальное внимание, с тем чтобы предотвратить дальнейшую дискриминацию сельских рабочих и женщин. *s mujeres de zonas rurales sigan siendo discriminados.*

Надбавки для удержания сельских работников здравоохранения

В некоторых странах правительства приступили к реализации системы стимулирования для удержания врачей и медсестер в сельских и труднодоступных регионах (54,55). Хотя эти меры были эффективными при увеличении набора персонала в некоторых регионах, они также вызвали недовольство среди младших сотрудников, поскольку, среди прочих проблем, повышение заработной платы предназначалось только для работников высшего звена (55,56). Таким образом, сельские системы удержания сотрудников необходимо тщательно контролировать для обеспечения их долгосрочного воздействия и устойчивости.

Активные меры



Изменение методов предоставления лечения — привлечение сообщества, альтернативных поставщиков услуг здравоохранения и семьи

- Индийский проект Axshya (Без Туберкулеза) задействовал тысячи волонтеров из местных низовых неправительственных организаций (НПО) для проведения SAMVAD («диалога» на языке хинди). Волонтеры используют материалы, написанные простым языком, чтобы обсудить проблемы туберкулеза в общинах с целью снижения стигмы и выявления симптомов, а также выдают направления в ближайшее медицинское учреждение для диагностики. Волонтеры SAMVAD также организуют анализ мазка мокроты для тех, кто не в состоянии сделать это в медицинском учреждении, распространяют информацию о диагностике и лечению, а также служат в качестве вспомогательных поставщиков медицинских услуг.
- В других странах подобные меры проводились работниками общественного здравоохранения (также известными под разными названиями, такими как работники по медицинскому информированию, сельские медицинские работники и т. д.). Это обученные люди, которые не имеют медицинского образования, но которые имеют уважение и доверие со стороны общества и могут служить в качестве социальных работников при многих нарушениях здоровья, включая туберкулез. Модели общественных медицинских работников успешно продемонстрировали свою значимость в сельских общинах Эфиопии в Гаити, они экономичны и эффективны при внедрении (57). В Мексике и других странах Латинской Америки общественные медицинские работники, также известные как *promotoras* (исп.), смешивали традиционные и официальные подходы к лечению и помогали пациентам с различными заболеваниями, в том числе с туберкулезом (58).
- Сотрудничество с традиционными и альтернативными целителями в сельских общинах в разных странах показало положительные результаты как в области вовлечения их в обеспечение лечения туберкулеза, так и в успешности лечения. Значительное доверие и уважение к традиционным целителям в сельских общинах обосновывает необходимость дальнейшего вовлечения этих практиков в устранение стигмы, продвижение конкретных мероприятий, а также обеспечение поддерживающего лечения.
- Члены семьи могут иметь дополнительную личную заинтересованность в деле поощрения соблюдения схемы лечения близких, и им не обязательно работать на пределе своих возможностей, как это делают общественные волонтеры (59,60).



Делать больше с меньшими затратами: мобильная медицинская услуга mHealth и мобильные клиники

- Внедрение технологии mHealth завоевало популярность во многих развивающихся странах, где доступ к мобильным телефонам резко вырос за последние несколько лет. В то время как обладание мобильным телефоном может по-прежнему быть роскошью в некоторых сельских общинах, общественные медицинские работники могут использовать их для взаимодействия с диагностическими и лечебными медицинскими учреждениями, сообщать об осложнениях и прогрессе в лечении некоторых пациентов, а также участвовать в дальнейшей подготовке. В одном исследовании, когда мобильные телефоны были приобретены для общественных медицинских работников, они перестали тратить время на поездки из больницы в села и могли предоставлять отчеты о соблюдении схем лечения, назначать встречи для людей, больных туберкулезом, а также, находясь на местах, задавать вопросы врачам с помощью текстовых сообщений или звонков. В результате возможность программы лечения туберкулеза в сельской местности была удвоена, а деньги были сохранены (61).
- Члены организации «Врачи без границ» ввели понятие «мобильные клиники», которые оказались успешными для выявления и лечения пациентов с туберкулезом и другими заболеваниями в сельских общинах Южной Африки. Мобильные клиники позволяют вести регулярные наблюдения за пациентами и особенно удобны для сельских жителей, которые зависят от сезонных работ и поэтому сами по себе могут быть мобильными.



Мобилизация людей с туберкулезом: клубы пострадавших от туберкулеза

- «Клубы пострадавших от туберкулеза» — группы поддержки для больных туберкулезом — представляется эффективным решением в борьбе с внутренней стигмой. Внутренняя стигма может представлять значительный барьер для лечения людей с туберкулезом, которые могут испытывать усталость от лечения и длительных курсов приема лекарственных средств, а также снижение чувства собственного достоинства. Таким образом, увеличение поддержки и расширение сетей поддержки пациентов могут быть чрезвычайно полезными для результатов лечения (62).



Рекомендации

Aunque estas recomendaciones proporcionan un esquema de actuación para una amplia gama de actores interesados clave, otros, incluyendo las agencias de la ONU y los colectivos de trabajadores de la salud locales y globales, deberían tomar nota y evaluar su potencial para ser utilizadas en la mejora de la prevención, el tratamiento y la atención en materia de TB para la población rural en situación de pobreza.



Гражданское общество	Группы сельских жителей с туберкулезом	Национальные правительства и системы здравоохранения	Доноры
<p>Пропагандировать на местном уровне более высокую прозрачность и доступ к информации о предоставлении услуг здравоохранения в сельской местности;</p> <p>Создать возможности для обучения всех членов сообщества для ориентирования в системах здравоохранения и получении надлежащих медицинских услуг;</p> <p>Создавать возможности для людей, больных туберкулезом, организовываться и собираться для того, что бы расширить свои сети поддержки и знания о диагностике и лечении туберкулеза;</p>	<p>Создавать неформальные сети и организации людей с туберкулезом в сельской местности;</p> <p>Разрабатывать план адвокации и работать в направлении расширения доступа к диагностике и лечению туберкулеза;</p> <p>Привлекать правительства к ответственности и прозрачности в отношении того, как услуги по борьбе с туберкулезом предоставляются наиболее уязвимым группам населения;</p>	<p>Обеспечивать прозрачность в сельских медицинских учреждениях; опыт других стран показывает, что опубликование списка лекарственных средств и медицинских услуг, которые пациенты могут получить бесплатно, может уменьшить коррупцию и позволить пациентам самостоятельно защитить свои права;</p> <p>Обеспечивать возможности для местных общественных сетей людей с туберкулезом осуществлять мониторинг и сообщать о предоставлении услуг, а также выдвигать на первый план проблемы и пути их решения;</p>	<p>Призывать правительственных грантополучателей к ответственности и прозрачности в отношении того, как услуги по борьбе с туберкулезом предоставляются наиболее уязвимым группам населения;</p> <p>Инвестировать в общественные программы, целью которых является содействие адвокации самообразовательную пациента;</p>
<p>Пропагандировать вместе с национальными руководителями здравоохранения доступ к материалам, специально разработанным для использования в условиях низкой грамотности, с целью расширения знаний о туберкулезе и борьбы со стигмой туберкулеза в сельских общинах, особенно среди женщин, а также для осуществления инновационных мер;</p>	<p>Принимать решения относительно наиболее эффективных стратегий, которые обеспечат информирование о туберкулезе и важности приверженности к лечению;</p>	<p>Разрабатывать легкие для понимания информационные материалы о симптомах туберкулеза и его лечении для населения с низким уровнем грамотности в целях расширения знаний; гарантировать, что эти материалы являются позитивными и обнадеживающими и могут помочь в борьбе со стигмой; проводить консультации с активистами их обществ на предмет определения ключевых сообщений этих материалов; обеспечить включение наиболее уязвимых групп населения в сельской местности, таких как сельские женщины, в аудиторию для этих сообщений, так и в разработку мер противодействия;</p>	<p>Поощрять и вкладывать средства в материал для сельских общин, специально разработанные для использования в условиях низкой грамотности;</p>



Гражданское общество	Группы сельских жителей с туберкулезом	Национальные правительства и системы здравоохранения	Доноры
<p>Добиваться участие в разработке действенных и экономически эффективных мер, которые лучше всего соответствуют потребностям сельских общин;</p>	<p>Сообщать о нуждах сельских жителей с туберкулезом; проводить адвокацию на местном уровне и изыскивать пути диалога с заинтересованными сторонами на национальном уровне;</p>	<p>Исследовать инновационные и экономически эффективные способы для всей системы оказания противотуберкулезной медико-санитарной помощи в сельских общинах, таких как mHealth, меры по внедрению общественных работников, лечение под непосредственным наблюдением семей, вовлечение традиционных целителей и подготовка кадров;</p>	<p>Продвигать по всему миру и инвестировать в расширение масштабов экономически эффективных мер, которые могут повысить доступ к лечению для сельских общин;</p>
<p>Работать с лидерами сельских общин над устранением стигмы путем образования и информационной поддержки;</p> <p>Обеспечивать доступ женщин и детей общины к знаниям и обучению о туберкулезе;</p> <p>Пропагандировать программы, специально разработанные для групп коренных народов;</p> <p>Поощрять участие членов семей, традиционных целителей и общественных работников здравоохранения во всех аспектах диагностики и обеспечения лечения туберкулеза;</p>	<p>Делать акцент на вовлечении конкретных групп сельских групп населения с ТБ, которые могут быть дополнительно маргинализированы (например, женщин или трудовых мигрантов). Обеспечивать их надлежащее вовлечение в адвокацию и получение ими выгод от расширения доступа к лечению;</p> <p>Работать с семьями и традиционными целителями с целью поощрения сплоченной совместной разработки программ по преодолению туберкулеза в обществе;</p>	<p>Продвигать всестороннее участие общин в предоставлении профилактики туберкулеза, а также противотуберкулезного лечения;</p> <p>Взаимодействовать с традиционными целителями и общественными медицинскими работниками для содействия образовательным программам для этих двух групп, также и для создания возможностей и стимулов для этих групп к участию в оказании медицинской помощи в сельских общинах; обеспечить наличие конкретных программ, направленных на группы коренного населения;</p>	<p>Поддерживать программы оздоровления, которые приносят пользу целым сообществам, а также привлекать лидеров, традиционных целителей, пациентов и другие пропагандистские группы;</p>
<p>Пропагандировать лучшие нормативно-правовые базы, устраняющие барьеры для рабочих и женщин с туберкулезом;</p>	<p>Осуществлять мониторинг нарушений, связанных с занятостью (правом на труд) и при доступе к собственности и земельным участкам для женщин с туберкулезом/вдов людей, больных туберкулезом, а также сообщают об этих нарушениях;</p>	<p>Создавать механизмы для пересмотра законов, политики и практики, которые могут негативно влиять на людей с туберкулезом;</p>	<p>Поддерживать правовые и политические пересмотры законов, касающихся благополучия людей, больных туберкулезом;</p>
<p>Работать с профсоюзами и коллективами медицинских работников для борьбы со стигмой среди работников здравоохранения и для обеспечения надлежащего медицинского обслуживания в сельской местности.</p>	<p>Осуществлять мониторинг и сообщать о нарушениях в секторе здравоохранения и пропагандируют надлежащее финансирование сельских больниц и систем здравоохранения, особенно в предоставлении противотуберкулезных услуг.</p>	<p>Стимулировать медицинских работников для их работы в сельской местности; проводить мониторинг и улучшать программы стимулирования для работников здравоохранения в целях обеспечения устойчивости.</p>	<p>Поддерживать и распространять передовой опыт стимулирования сельских медицинских работников.</p>

Источники

Axshya SAMVD: an innovative case finding strategy for tuberculosis care and control. Health. 2014;10 (http://www.researchgate.net/profile/Banuru_Prasad/publication/260434528_Axshya_SAMVAD_An_innovative_Case-Finding_Strategy_for_Tuberculosis_Care_and_Control/links/0f31753147d55b17bb000000.pdf).

Project Axshya: a civil society initiative to strengthen TB care and control in India supported by the Global Fund. New Delhi: The Union; 2014 (<http://www.theunion.org/what-we-do/publications/body/Axshya-Activity-Report-2013-14.pdf>, revisado en octubre de 2015).

New roots for rural health: challenging unequal access in South Africa. The Musina model of care. Johannesburg: Médecins Sans Frontières; 2013.

Low literacy materials: TB Smart Card (http://www.c-hubonline.org/sites/default/files/resources/main/TB_Smart_Card.pdf) and sputum collection instructions (http://www.c-hubonline.org/sites/default/files/resources/main/TB_Job_Aid_Poster.pdf).

ENGAGE-TB: training of community health workers and community volunteers. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/tb/publications/2015/engage_tb_training/en/).

Community health workers' manual. Seattle: PATH; 2007 (<http://www.path.org/publications/detail.php?i=2110>).

Ссылки

1. Global tuberculosis report 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, revisado el 18 de octubre de 2015).
2. Yang Y, Li X, Zhou F, Jin Q, Gao L. Prevalence of drug-resistant tuberculosis in mainland China: systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2011;6(6):e20343.
3. Hossain S, Quaiyum MA, Zaman K, Banu S, Husain MA, Islam MA, et al. Socioeconomic position in TB prevalence and access to services: results from a population prevalence survey and a facility-based survey in Bangladesh. PLoS ONE. 2012;7(9) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3459948/>, revisado el 18 de octubre de 2015).
4. Hoa NB, Sy DN, Nhung NV, Tiemersma EW, Borgdorff MW, Cobelens FG. National survey of tuberculosis prevalence in Viet Nam. Bull World Health Organ. 2010 Abr 1;88(4):273–80.
5. van't Hoog AH, Laserson KF, Githui WA, Meme HK, Agaya JA, Odeny LO, et al. High Prevalence of Pulmonary Tuberculosis and Inadequate Case Finding in Rural Western Kenya. Am J Respir Crit Care Med. 2011;183(9):1245–53.
6. Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. BMC Public Health. 2008;8(1):15.
7. Sreeramareddy CT, Qin ZZ, Satyanarayana S, Subbaraman R, Pai M. Delays in diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in India: a systematic review. Int J Tuberc Lung Dis. 2014;18(3):255–66.
8. Cai J, Wang X, Ma A, Wang Q, Han X, Li Y. Factors associated with patient and provider delays for tuberculosis diagnosis and treatment in Asia: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2015;10(3):e0120088.
9. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research. PLoS Med. 2007;4(7):e238.
10. Heinemann E, Prato B, Shepherd A. Rural poverty report 2011. International Fund for Agricultural Development; 2011 (<http://www.ifad.org/rpr2011/>).
11. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva; World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>, revisado el 18 de octubre de 2015).
12. Key messages 2013. Global Health Workforce Alliance; 2013 (http://www.who.int/workforcealliance/media/KeyMessages_3GF.pdf).
13. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. BMC Health Serv Res. 2008;8:19.

14. Tao T, Zhao Q, Jiang S, Ma L, Wan L, Ma Y, et al. Motivating health workers for the provision of directly observed treatment to TB patients in rural China: does cash incentive work? A qualitative study. *Int J Health Plann Manage.* 2013;28(4):e310–24.
15. Stop stock-outs campaign. Stop Stock Outs Ensure Access to Essential Medicines for All (<http://stopstockouts.org/stop-stock-outs-campaign/>, revisado el 15 de octubre de 2015).
16. Lopez Gonzaley L. Drug stock outs hit more than one in 10 health facilities. *Health-E News.* 11 de Junio 2015 (<http://www.health-e.org.za/2015/06/11/more-than-one-in-10-health-facilities-hit-by-drug-stock-outs/>, revisado el 18 de octubre de 2015).
17. Skosana I. Drug shortages send rural patients back to home remedies. *Mail & Guardian Online.* 3 de Julio de 2015 (<http://mg.co.za/article/2015-07-02-drug-shortages-send-rural-patients-back-to-home-remedies/>, revisado el 18 de octubre de 2015).
18. Khan MA, Walley JD, Witter SN, Shah SK, Javeed S. Tuberculosis patient adherence to direct observation: results of a social study in Pakistan. *Health Policy Plan.* 2005;20(6):354–65.
19. Das M, Isaakidis P, Shenoy R, Anicete R, Sharma HK, Ao I, et al. Self-administered tuberculosis Treatment outcomes in a tribal population on the Indo-Myanmar border, Nagaland, India. *PLoS ONE.* 2014;9(9):e108186.
20. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Aff Proj Hope.* 2007;26(4):984–97.
21. Ukwaja KN, Modebe O, Igwenyi C, Alobu I. The economic burden of tuberculosis care for patients and households in Africa: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2012;16(6):733–9.
22. McCoy D, Bennett S, Witter S, Pond B, Baker B, Gow J, et al. Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *Lancet.* 2008;371(9613):675–81.
23. Bloom G, Han L, Li X. How health workers earn a living in China. Brighton: Institute of Development Studies; 2000 (<http://www.hrhresourcecenter.org/node/145>, revisado el 5 de enero de 2016).
24. Liu X, Thomson R, Gong Y, Zhao F, Squire SB, Tolhurst R, et al. How affordable are tuberculosis diagnosis and treatment in rural China? An analysis from community and tuberculosis patient perspectives. *Trop Med Int Health TM IH.* 2007;12(12):1464–71.
25. Sanou A, Dembele M, Theobald S, Macq J. Access and adhering to tuberculosis treatment: barriers faced by patients and communities in Burkina Faso. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8(12):1479–83.
26. Ukwaja KN, Alobu I, Igwenyi C, Hopewell PC. The high cost of free tuberculosis services: patient and household costs associated with tuberculosis care in Ebonyi State, Nigeria. *PLoS ONE.* 2013;8(8) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3754914/>, revisado el 6 de enero de 2016).
27. Lienhardt C, Rowley J, Manneh K, Lahai G, Needham D, Milligan P, et al. Factors affecting time delay to treatment in a tuberculosis control programme in a sub-Saharan African country: the experience of The Gambia. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2001;5(3):233–9.
28. Eastwood SV, Hill PC. A gender-focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis treatment in The Gambia, West Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8(1):70–5.
29. Kassaye KD, Amberbir A, Getachew B, Mussema Y. A historical overview of traditional medicine practices and policy in Ethiopia. *Ethiop J Health Dev.* 2006;20(2):127–34.
30. Bates I, Fenton C, Gruber J, Laloo D, Lara AM, Squire SB, et al. Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part II: determinants operating at environmental and institutional level. *Lancet Infect Dis.* 2004;4(6):368–75.
31. Yamasaki-Nakagawa M, Ozasa K, Yamada N, Osuga K, Shimouchi A, Ishikawa N, et al. Gender difference in delays to diagnosis and health care seeking behaviour in a rural area of Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2001;5(1):24–31.
32. Karim Abdool S. Bridging the gap: potential for a health care partnership between South African traditional healers and biomedical personnel in South Africa. Centre for Epidemiological Research in Southern Africa; 1992.
33. Colvin M, Gumede L, Grimwade K, Maher D, Wilkinson D. Contribution of traditional healers to a rural tuberculosis control programme in Hlabisa, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003;7(9 Suppl 1):S86–91.
34. Courtwright A, Turner AN. Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 2010;125 Suppl 4:34–42.
35. Baral SC, Karki DK, Newell JN. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2007;7:211.
36. Mushtaq MU, Shahid U, Abdullah HM, Saeed A, Omer F, Shad MA, et al. Urban-rural inequities in knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis in two districts of Pakistan's Punjab province. *Int J Equity Health.* 2011;10(1):8.
37. Zolowere D, Manda K, Panulo B, Muula AS. Experiences of self-disclosure among tuberculosis patients in rural Southern Malawi. *Rural Remote Health.* 2008;8(4):1037.

38. Ngamvithayapong J, Yanai H, Winkvist A, Saisorn S, Diwan V. Feasibility of home-based and health centre-based DOT: perspectives of TB care providers and clients in an HIV-endemic area of Thailand. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2001;5(8):741–5.
39. Rundi C. Understanding tuberculosis: perspectives and experiences of the people of Sabah, East Malaysia. *J Health Popul Nutr.* 2010;28(2):114–23.
40. Gopalan SS, Durairaj V. Addressing women's non-maternal healthcare financing in developing countries: what can we learn from the experiences of rural indian women? *PLoS ONE.* 2012;7(1) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3260165/>, revisado el 18 de octubre de 2015).
41. Reilley B, Frank T, Prochnow T, Puertas G, Van Der Meer J. Provision of health care in rural Afghanistan: needs and challenges. *Am J Public Health.* 2004;94(10):1686–8.
42. Yang W-T, Gounder CR, Akande T, De Neve J-W, McIntire KN, Chandrasekhar A, et al. Barriers and delays in tuberculosis diagnosis and treatment services: does gender matter? *Tuberc Res Treat.* 2014;2014:1–15.
43. Mathew AS, Takalkar AM. Living with tuberculosis: the myths and the stigma from the Indian perspective. *Clin Infect Dis.* 2007;45(9):1247.
44. Todrys KW, Howe E, Amon JJ. Failing Siracusa: governments' obligations to find the least restrictive options for tuberculosis control. *Public Health Action.* 2013;3(1):7–10.
45. On International Women's Day, The Union calls for urgent attention to TB as a women's health issue. New Delhi: The Union; 2015 (<http://www.theunion.org/news-centre/news/on-international-womens-day-the-union-calls-for-urgent-attention-to-tb-as-a-womens-health-issue>, revisado el 18 de octubre de 2015).
46. The health of indigenous peoples. United Nations Inter-Agency Support Group (IASG) on Indigenous Issues; 2014 (<http://www.un.org/en/ga/president/68/pdf/wcip/IASG%20Thematic%20Paper%20-%20Health%20-%20rev1.pdf>).
47. Tollefson D, Bloss E, Fanning A, Redd JT, Barker K, McCray E. Burden of tuberculosis in indigenous peoples globally: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2013;17(9):1139–50.
48. Saracoglu D, Roe T. Rural-urban migration and economic growth in developing countries. Society for Economic Dynamics Meeting Paper; 2004.
49. Hong Y, Li X, Stanton B, Lin D, Fang X, Rong M, et al. Too costly to be ill: health care access and health seeking behaviors among rural-to-urban migrants in China. *World Health Popul.* 2006;8(2):22–34.
50. Wei X, Chen J, Chen P, Newell JN, Li H, Sun C, et al. Barriers to TB care for rural-to-urban migrant TB patients in Shanghai: a qualitative study. *Trop Med Int Health.* 2009;14(7):754–60.
51. UN General Assembly. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights/ resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 (Resolución del 16 de Diciembre de 1966). Refworld (<http://www.refworld.org/docid/3ae6b36c0.html>, revisado el 25 de octubre de 2015).
52. Federal law from 18 June 2011 (Ley federal del 18 de Junio de 2011), N77. On preventing the spread of TB in Russian Federation (<http://www.rg.ru/2001/06/23/tuberkulez-dok.html>).
53. Kimani M. Women struggle to secure land rights. *AfricaRenewal*; 2008 (<http://www.un.org/africarenewal/magazine/april-2008/women-struggle-secure-land-rights>).
54. Kumar N. A.P. govt. gives boost to rural doctors. *The Hindu.* 17 November 2001 (<http://www.thehindu.com/2001/11/17/stories/0417201b.htm>, revisado el 2 de marzo de 2016).
55. Ditlopo P, Blaauw D, Bidwell P, Thomas S. Analyzing the implementation of the rural allowance in hospitals in North West Province, South Africa. *J Public Health Policy.* 2011;32(S1):S80–93.
56. Makapela NC, Ushotaneffe U. Rural allowance and the retention of health professionals in selected hospitals in the North West Province of South Africa. *J Hum Ecol.* 2013;44(2):129–38.
57. Yassin MA, Datiko DG, Tulloch O, Markos P, Aschalew M, Shargie EB, et al. Innovative community-based approaches doubled tuberculosis case notification and improve treatment outcome in Southern Ethiopia. *PLoS ONE.* 2013;8(5):e63174.
58. Herce ME, Chapman JA, Castro A, García-Salyano G, Khoshnood K. A role for community health promoters in tuberculosis control in the state of Chiapas, Mexico. *J Community Health.* 2010;35(2):182–9.
59. Newell JN, Baral SC, Pande SB, Bam DS, Malla P. Family-member DOTS and community DOTS for tuberculosis control in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2006;367(9514):903–9.
60. Akkslip S, Rasmithat S, Maher D, Sawert H. Direct observation of tuberculosis treatment by supervised family members in Yasothorn Province, Thailand. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1999;3(12):1061–5.
61. Mahmud N, Rodriguez J, Nesbit J. A text message-based intervention to bridge the healthcare communication gap in the rural developing world. *Technol Health Care.* 2010;18(2):137–44.
62. Macq J, Solis A, Martinez G, Martiny P. Tackling tuberculosis patients' internalized social stigma through patient centred care: An intervention study in rural Nicaragua. *BMC Public Health.* 2008;8(1):154.

Благодарность

Партнерство «Остановить Туберкулез» благодарит всех за их вклад. Мы благодарим всех за восторженные отзывы и поддержку, и мы надеемся реализовать это вместе.

Основные авторы	FG Consulting Group	
Партнерство «Остановить Туберкулез»	Colleen Daniels Caoimhe Smyth Farihah Malik	Jacob Creswell James Ayre Lucica Ditiu
Внесшие вклад - участники семинара «Ключевые группы населения в области туберкулеза», ноябрь 2015	Ailed Bencomo Alerm Alberto Colorado Arnold Mafukidze Ashvini Vyas Austin Obiefuna Bishwa Rai Blessi Kumar Brianna Harrison Chu Thái Sơn Cristina Brigaste Dean Lewis Deepti Chavan Duncan Moeketse Elchin Mukhtarli Endalkachew Fekaduer Eva Limachi Harry Hausler Herve Isambert Imran Zafar James Malar John Duncan Karabo Rafube Kate Thomson Kevork Kara –Agopian Kibibi Mbwavi Liesl PageShipp Lisa Leenhouts-Martin Loyce Maturu	Maggy Gama Manita Pandey Marciel Buen Marina Smelyanskaya Melecio Mayta Ccota Mo Barry Moises Uamusse Nduru Gichamba Nonna Turusbekova Patricia Odolo Paul Moses Ndegwa Mutiga Pilar Ustero Prabha Mahesh Shankar Ramya Ananthakrishnan Rhonda Marama Safar Naimov Samuel Boy Kunene Sophie Dilmitis Stacie Stender Steph Topp Steven John Thato Mosidi Timur Abdullaev Valeriu Istrati Vũ Manh Trí Yana Morenets Yuki Takemoto
Макет и дизайн Cover	Miguel Bernal Nina Saouter	

Stop TB Partnership

The Stop TB Partnership
acknowledges with gratitude the financial
and technical support received from
the Global Fund to Fight AIDS, TB & Malaria.

hosted by
 **UNOPS**

 **END
TB**

Chemin de Blandonnet 2,
1241 Vernier
Geneva, Switzerland
www.stoptb.org