

2016

# МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

ДЛЯ СПІЛЬНОТИ ЛЮДЕЙ,  
ПЕРЕХВОРИВШИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ, ІЗ  
АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ, ПОВ'ЯЗАНИХ З  
ТУБЕРКУЛЬОЗОМ, ПЕРЕХОДОМ НА  
ПАЦІЄНТ ОРІЄНТОВАНУ МОДЕЛЬ  
ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ, А ТАКОЖ  
ЗАХИСТОМ ПРАВ ТА ІНТЕРЕСІВ ОГНТБ,  
ПРОТИДІЇ СТИГМИ І ДИСКРИМІНАЦІЇ,  
ПОКРАЩЕННЯ ДОСТУПУ ДО ЯКІСНИХ  
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ



Публікація даного матеріалу стала можливою завдяки гранту, наданому в рамках проекту TB-REP, який фінансує Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією та реалізує Центр PAS як Основний реципієнт. Думка автора (авторів), висловлена в даній публікації, може не збігатися з думкою ГФ, Основного реципієнта та інших партнерів проекту TB-REP



Методичні рекомендації для спільноти людей, перехворівших на туберкульоз, із актуальних питань, пов'язаних з туберкульозом, переходом на пацієнт орієнтовану модель лікування туберкульозу, а також захистом прав та інтересів основних груп населення, яких торкнувся туберкульоз (далі – ОГНТБ), протидії стигмі і дискримінації, покращення доступу до якісних медичних послуг.

Методичні рекомендації розроблені Фондацією «Громадський рух «Українці проти туберкульозу» в рамках проекту «Створення сприятливої суспільно-політичної ситуації для переходу на амбулаторну модель лікування туберкульозу в Україні», що впроваджується за фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в рамках проекту «Зміцнення системи охорони здоров'я для ефективного контролю туберкульозу та мультирезистентного туберкульозу в регіоні Східної Європи і Центральної Азії» (основний реципієнт - Центр політики та досліджень в сфері охорони здоров'я, Республіка Молдова в партнерстві з Європейською ТВ коаліцією).

В Методичних рекомендаціях використовується українська та російська мови.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

---

1. Исторична довідка про туберкульоз .....	4
2. Основи знань про туберкульоз.....	7
2.1. Передача і шляхи розповсюдження туберкульозу.....	7
2.1.1. Збудник туберкульозу .....	7
2.1.2. Яким способом хворий на туберкульоз виділяє збудники? .....	7
2.1.3. Як довго збудники туберкульозу можуть зберігатися в зовнішньому середовищі? .....	8
2.1.4. Шляхи передачі туберкульозної інфекції від хворого до здорового .....	8
2.2. Патогенез туберкульозу .....	9
2.2.1. Туберкульозна інфекція .....	9
2.2.2. Захворювання на туберкульоз.....	10
2.3. Діагностика туберкульозу .....	11
2.3.1. Скринінгове виявлення хворих на туберкульоз.....	13
2.4. Лікування хворих на туберкульоз .....	14
2.4.1. Пацієнт орієнтовані моделі лікування туберкульозу.....	15
2.5. Профілактика туберкульозу.....	17
2.5.1. Специфічна імунпрофілактика туберкульозу.....	18
2.5.2. Хіміопрофілактика туберкульозу.....	19
2.5.3. Санітарна профілактика туберкульозу.....	20
2.5.4. Соціальна профілактика туберкульозу .....	22
3. Туберкульоз в світі (за даними ВООЗ). .....	25
Туберкулез (ТБ) является основной инфекционной причиной смерти в мире. ....	25
Кто подвергается наибольшему риску? .....	26
Глобальное распространение туберкулеза.....	26
Симптомы и диагностирование .....	26
Лечение .....	27
Туберкулез и ВИЧ.....	27
Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью .....	27
Деятельность ВОЗ.....	28
4. Роль Асоціації людей, які перехворіли та / або ж постраждали від туберкульозу у протидії цьому захворюванню. ....	30
4.1. Декларація принципів і намірів Всеукраїнської Асоціації осіб, які перехворіли на туберкульоз.....	30
4.2. Основные направления деятельности и задачи Всеукраинской ассоциации людей, переболевших туберкулезом (мовою оригіналу).....	33

5. АДВОКАЦІЯ, КОМУНІКАЦІЯ ТА СОЦІАЛЬНА МОБІЛІЗАЦІЯ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ. ....	36
ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ. ....	36
АДВОКАЦІЯ. ....	40
КОМУНІКАЦІЯ. ....	45
СОЦІАЛЬНА МОБІЛІЗАЦІЯ. ....	52
Відмінності між компонентами АКСМ. ....	56
ПЛАНУВАННЯ ЗАХОДІВ З АКСМ. ....	57
ДЕСЯТЬ КРОКІВ В РОЗРОБЦІ ПЛАНУ АДВОКАЦІЇ. ....	61
ІНДИКАТОРИ ЕФЕКТИВНОСТІ АКСМ. ....	64
Індикатори ефективності адвокації. ....	64
Індикатори ефективності комунікації. ....	64
Індикатори ефективності соціальної мобілізації. ....	65

## 1. ІСТОРИЧНА ДОВІДКА ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ

---

Туберкульоз, або сухоти, відомий із сивої давнини – відколи існує людство на Землі. Туберкульозом страждали люди і тварини з давніх-давен, ще з доісторичних часів глибокої стародавності – відколи існують люди на землі, а за археологічними знахідками останніх часів, первісна людина виникла близько 4 мільйонів років тому.

Отже, незважаючи на наявність туберкульозу з часів існування людства, захворюваність цією недугою почала зростати у міру переходу від розсіяного до кочівного способу життя і до осілості у поселеннях та містах, що було зумовлено скупченістю людей і сприятливими факторами зараження туберкульозом.

Туберкульозні ураження хребта виявлені при дослідженні останків людини періоду неоліту (близько 5000 років до н.е.). Їх знаходили у єгипетських муміях (близько 2700 років до н.е.), муміях молодого жерця у Фівах (близько 1000 років до н.е.). Так, на стінах єгипетських гробниць (2160–1335 рр. до н.е.) знайшли зображені фігурки людей зі змінами, характерними для туберкульозу хребта і кульшового суглобу.

Численні історичні документи й матеріали свідчать про повсюдне поширення туберкульозу в далекому минулому. Найдревніша знахідка, що вказує на захворювання туберкульозом людей, які населяли у віддалені часи Європу, належить Бартельсу (Bartels). У 1904 р. при обстеженні знайденого поблизу Гейдельберга кістяка людини, що жила в кам'яному віці (приблизно за 5000 років до н.е.), він установив туберкульозне ураження декількох грудних хребців з утворенням горба. Подібні зміни в хребті, що сповупроводжувалися напливними абсцесами, а також специфічні ураження великих суглобів кінцівок зі свищами були виявлені у муміфікованих трупів єгиптян, що жили за 2000—2750 років до н.е.

Ще Гомер (750 років до н.е.) указував, що в його сучасників часто зустрічалися запальні зміни в різних органах, у тому числі в легенях. Він називав ці процеси рhуmа (запальне розростання). Цим терміном Гіппократ, що жив набагато пізніше (між 459 і 377 рр. до н.е.), називав легеневий туберкульоз у сьогоdnішньому розумінні.

Як свідчать літописи і писемні знахідки, лікарі минулого найбільше цікавилися туберкульозом легень, який був надзвичайно широко розповсюджений, зокрема у Давній Індії, Китаї.

Перші відомості про туберкульозоподібні ураження знаходимо у Старому та Новому Завітах Біблії. У третій книзі Мойсея (Левіт), наприклад, викладений Закон про проказу (розділ XIII). Ісус Христос чудодійно зцілив не одного прокаженого. Пророки Старого Завіту та Ісус Христос у Новому Завіті найчастіше зцілювали людей, хворих на лепру, яка, як відомо, спричинена Мікобактерією лепри, тобто збудник того ж роду, що спричиняє туберкульоз.

Туберкульоз впродовж тисячоліть косив і заганяв у могили щороку мільйони невинних людей – і дорослих, і дітей. Епідемія туберкульозу хвилеподібно, то спалахувала, то затихала. Остання велика всесвітня епідемія була у XIX столітті, ще в доантибактеріальну еру, коли не було ні антибіотиків, ні інших протимікробних засобів. Тоді від туберкульозу пішла у вічність незчисленна кількість людей. Кінець другого тисячоліття ознаменував себе новим витком епідемії туберкульозу.

Починаючи від зародження медицини з часів первіснообщинного ладу й до кінця XIX століття ні населенню, ні лікарям, не були відомі ані збудник туберкульозу, ані шляхи зараження цією недугою, не було ефективних методів лікування. Така страшна й безвихідна ситуація стала поштовхом до вельми значних відкриттів стосовно перемоги над туберкульозом.

Так, у 1882 році Роберт Кох відкрив кислотостійку мікобактерію, яку весь світ називає бацилою або паличкою Коха, а сьогодні її називають Мікобактерією туберкульозу.

Другим революційним відкриттям були х-промені. Їх описав і запатентував ще у 1877 році український вчений Іван Павлович Пулюй. За цей винахід і конструкцію вакуумної трубки (трубки Пулюя) галичанин І.Пулюй у 1881 р. одержав срібну медаль на світовій електротехнічній виставці в Парижі. Лише через 14 років після цього х-промені відкрив німецький вчений Вільгельм Конрад Рентген, який народився в одному і тому ж 1845 році, що й І.Пулюй. Проте В.К.Рентген в своїх працях і доповідях жодного разу не згадував ні імені І.Пулюя, ні його трубки. Через таке замовчування світовий пріоритет отримав В.К.Рентген.

В 1919 році Кальмет і Герен розробили протитуберкульозну вакцину БЦЖ. Це було третє відкриття. Далі в 1944 році американський бактеріолог українського походження (із Одеси) Ваксман отримав протитуберкульозний препарат – стрептоміцин. З 1954 року в практику ввійшли інші протитуберкульозні препарати. Остання поряд із поліпшенням добробуту народу привели до значного покращання епідеміологічної ситуації з туберкульозу у багатьох країнах світу, у тому числі в Україні – в 1970–1980 роках.

В 90-х роках цього століття соціально-економічна криза в країні, погіршення добробуту нашого народу, невпевненість у завтрашньому дні, стреси, незбалансоване харчування і навіть недоїдання багатьох наших співвітчизників, малі дози радіації після Чорнобильського лиха, забруднення довкілля, насамперед, повітря, води і харчових продуктів, промисловими викидами, пестицидами та іншими нечистотами, погіршили імунітет у багатьох людей, й на цьому тлі відбувся спалах туберкульозу. Не незалежність України є виною зростання туберкульозу, як це хибно дезорієнтують народ деякі горе політики. Туберкульоз процвітає зараз у посткомуністичних країнах, а також у найбільш бідних країнах Африки та Азії. У незалежних індустріальних й високорозвинених країнах туберкульоз у корінного населення майже не реєструється, або зумовлений в основному ВІЛ/СНІД, або завезений туди іноземцями, що прибули на постійне місце проживання із бідних країн, найбільше із посткомуністичних.

Туберкульоз – соціальна хвороба, тому він зростає у цих країнах, де погані соціально-економічні умови, де поганий добробут народу, низька його освіченість, примітивна санітарна культура, а також кризовий соціально-економічний стан країни.

Головні етапи в науковій історії туберкульозу можна узагальнити так по роках:

1865 – Jean-Antoine Villemin довів, що туберкульоз є інфекційним захворюванням.

1882 – Robert Koch відкрив *M. tuberculosis* бактерію, що викликає туберкульоз.

1891 – Robert Koch описав склад туберкуліну.

1894 – С. Forlanini застосовував штучний пневмоторакс.

1900 – Початок етапу санаторіїв у лікуванні туберкульозу.

1920 – Вироблений штам вакцини Calmette-Guerin (БЦЖ).

1943 – Вироблений стрептоміцин – препарат для лікування туберкульозу.

1952 – відкрито протитуберкульозний препарат Ізоніазид (ГІНК).

1956 – Початок амбулаторної хіміотерапії (досвід Madarasa).

1957 – відкрито протитуберкульозний препарат Рифампіцин.

1965 – клінічне застосування протитуберкульозного препарату Рифампіцину.

1985 – Підвищення туберкульозу із середини 1980-х років у США, Західній Європі а після розпаду Радянського Союзу – в Східній Європі та Росії.

1993 – ВООЗ оголошує туберкульоз глобальною проблемою.

1994 – 1995 – Початок DOTS-стратегії, рекомендованої ВООЗ.

## 2. ОСНОВИ ЗНАТЬ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ

---

### 2.1. ПЕРЕДАЧА І ШЛЯХИ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

---

#### 2.1.1. ЗБУДНИК ТУБЕРКУЛЬОЗУ

---

Збудником туберкульозу є мікроорганізми із родини «мікобактерії». Є близько 200 видів мікобактерій, що викликають туберкульоз у людини і більше 55 видів свійських і диких тварин, птахів, риб та ін.

До *M. tuberculosis* людського виду сприйнятливі людина, мавпи й деякі інші види тварин.

До *M. bovis* бичачого виду сприйнятливі людина, велика рогата худоба, свині, кози, м'ясоїдні, коні, вівці, олені, марали, борсуки та ін.

До *M. avium* пташиного виду сприйнятливі кури, фазани, людина, велика рогата худоба. Свині легко заражаються мікобактеріями людського, бичачого, пташиного, мишачого видів.

Мікобактерії рибного виду уражають акваріумних, річкових, морських риб, найчастіше карпових, лососьових, анабантових, харацінових та інших риб. Відома повальна загибель риб від туберкульозу.

Туберкульоз у людини в основному викликається мікроорганізмом *Mycobacterium tuberculosis*. *M. tuberculosis* – це один з видів мікобактерій, що викликає захворювання. Мікобактерії називаються туберкульозними тому, що вони викликають туберкульоз. Цими мікобактеріями є *M. tuberculosis* (людський вид), *M. bovis* (бичачий вид) і *M. africanum* (африканський вид).

Інші мікобактерії називаються нетуберкульозними, тому що вони майже не викликають або дуже рідко викликають туберкульоз у людини. Захворювання, викликані ними, називаються мікобактеріозами. Одним зі звичайних типів нетуберкульозних мікобактерій є *M. avium complex*. Нетуберкульозні бактерії звичайно не поширюються від людини до людини.

#### 2.1.2. ЯКИМ СПОСОБОМ ХВОРИЙ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ВИДІЛЯЄ ЗБУДНИКИ?

---

Практично немає такого органу у людини, який би не міг уражатися туберкульозу, хоча у 95 % хворих на туберкульоз уражаються легені, а у 5 % – різні інші органи. Залежно від того, який орган уражається, збудники туберкульозу розповсюджуються в зовнішнє середовище різними шляхами.

При туберкульозі легень збудники поширюються повітряно-крапельним (при кашлі, чханні, розмові) та пиловим способом (засохлі крапельки мокротиння перетворюються в інфікований пил, який є на підлозі, предметах, в повітрі).

Мікобактерії туберкульозу виділяються з калом при туберкульозі шлунково-кишкового тракту, із сечею чи спермою при туберкульозі сечостатевої системи, з молоком при годуванні дітей при туберкульозі молочної залози, із менструальними виділеннями – при туберкульозному ураженні жіночих статевих органів, із слюзами – при туберкульозі очей, з виразок, нориць – при туберкульозі шкіри, лімфатичних вузлів чи кісток із норицями.

Тварини виділяють мікобактерії із харкотинням, слиною, фекаліями, сечею, заражаючи пасовища. Заражені збудниками туберкульозу може бути молоко, м'ясо та інша м'ясо-молочна продукція від хворих тварин.

---

### 2.1.3. ЯК ДОВГО ЗБУДНИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ МОЖУТЬ ЗБЕРІГАТИСЯ В ЗОВНІШНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ?

---

Мікобактерії туберкульозу живуть:

у річковій воді – до 5 міс.,

в ґрунті 1–2 міс.,

у фекаліях і на пасовищах – більше 1 року,

в молочних продуктах (масло, сир та інші), що зберігаються на холоді – до 10 міс.,

в пилу – до 3–5 міс.

При температурі мінус 23 °С збудники туберкульозу не гинуть 7 років, а сонце їх вбиває лише від 7 – 10 хвилин (пряме) до 2 – 6 годин (розсіяне).

У єгипетських пірамідах знайшли залишки ураженої туберкульозом кістки покійного і коли їх посіяли на живильне середовище, то вирости мікобактерії туберкульозу, тобто вони можуть зберігатися і тисячоліттями.

---

### 2.1.4. ШЛЯХИ ПЕРЕДАЧІ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ ВІД ХВОРОГО ДО ЗДОРОВОГО

---

Передачу туберкульозної інфекції від хворої людини до здорової називають «механізм передачі туберкульозної інфекції» – це, по суті, шляхи і способи зараження людини.

**Аерогенний шлях передачі.** При кашлі, чханні, розмові хворий виділяє аерозоль, який швидко висихає. Частина крапель багатих мікобактеріями довго знаходяться у зваженому стані в повітрі та при вдиханні людиною легко досягають альвеол легенів. Більші краплі осідають і змішуються з пилом, потім пил піднімається і його вдихає людина. Крупніший пил осідає у дихальних шляхах, звідки евакуюється спеціальними війками, якими покриті бронхи, і відкашлюється. Дрібніший пил із збудниками досягає дрібних бронхів, альвеол, де мікобактерії починають розмножуватися.

**Аліментарний спосіб зараження** можливий при вживанні молока і молокопродуктів від хворих на туберкульоз корів, яєць від хворої птиці.

**Трансплацентарне зараження** плоду можливе при заковтуванні плодом інфікованих мікобактеріями навколоплідних вод, через кров, при потраплянні фільтруючих форм мікобактерій до плода через плаценту, при пошкодженні плаценти під час пологів.

**Інші шляхи передачі мікобактерій в здоровий організм:** через кон'юнктиву ока, шкіру, статеві органи, мигдалики, при операціях тощо.

Поширення туберкульозу шляхом прямого контакту можливе при неохайності хворого, коли його руки забруднені мокротинням (при рукостисканні), при поцілунках. Так найчастіше захворюють діти.

Непрямий контакт-побутовий шлях передачі туберкульозної інфекції відбувається при зіткненні людини із зараженим одягом, білизною, рушником, посудом, зубною щіткою, носовою хусткою і т.п.

Це місце, де відбувається первинний контакт організму з мікробом, називають вхідними воротами інфекції.

Не кожна людина, що вступає в контакт із хворим бактеріовиділювачем, одержує інфекцію (стає інфікованим). Імовірність переносу туберкульозу залежить від трьох головних чинників:

- від ступеня заразності хворого (масивності інфекції),
- навколишнього середовища у якому відбувався контакт із хворим,
- тривалість контакту.

Щоб заразитися і захворіти має бути 3 компоненти:

- 1) джерело або резервуар туберкульозної інфекції;
- 2) механізм передачі туберкульозної інфекції;
- 3) сприйнятливість організму людини чи тварини до туберкульозної інфекції.

Джерелом або резервуаром туберкульозної інфекції може бути хвора людина, більше 55 видів сільськогосподарських тварин, птахів, риб, а також заражені мікобактеріями продукти тваринного і рослинного походження, ґрунт, органічні й неорганічні речовини, в яких живуть, розмножуються чи зберігаються збудники. Прихованим резервуаром туберкульозної інфекції є ендогенна інфекція інфікованої людини чи тварини. Кожен пацієнт з бактеріовиділенням за час хвороби заражає близько 10–15 чоловік.

## 2.2. ПАТОГЕНЕЗ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

---

Патогенез туберкульозу – це розвиток туберкульозу від моменту потрапляння в організм збудник і до виникнення ознак хвороби.

Інфекція розвивається в результаті потрапляння збудника в альвеоли. Спочатку туберкульозні бактерії розмножуються в альвеолах і невелика кількість з них попадає в гирло крові і поширюється по всьому організму. Бактерії можуть осідати у будь-якому органі чи тканині організму, але частіше в легені, нирки, центральну нервову систему та кістки.

Звичайно протягом 4-х – 10-ти тижнів імунна система організму втручається, зупиняючи розмноження і подальше поширення мікобактерії. Імунна система – це система клітин і тканин в організмі, що захищає організм від сторонніх речовин.

### 2.2.1. ТУБЕРКУЛЬОЗНА ІНФЕКЦІЯ

---

Після потрапляння мікобактерій в організм здорової людини можливі такі варіанти перебігу:

1. Імунна система переборює збудники і частина їх гине, а інша мікобактерій туберкульозу занурюються в тканинах організму, покриваються солями вапна і там впадають у сплячку.
2. При слабкій імунній системі проходить певний час (від 8 тижнів і більше) від потрапляння збудника в організм до розвитку туберкульозу.

Цей час, коли немає хвороби на туберкульоз, а в організмі є збудники (активні чи сплячі) називають **туберкульозною інфекцією**.

Туберкульозну інфекцію можна визначити по туберкуліновій шкірній пробі. Туберкульозна інфекція означає, що туберкульозні бактерії знаходяться в організмі, але під контролем

імунної системи. Туберкульозна інфекція означає, що туберкульозні бактерії знаходяться в організмі. У той же час вони знаходяться під контролем імунної системи організму-хазяїна. Це значить, що процес розмноження бактерій зупинений і відвернене їхнє подальше поширення.

Люди інфіковані мікобактеріями туберкульозу не вважаються хворими на туберкульоз і не є заразними.

### **Через який час після зараження розвивається позитивна шкірна реакція Манту?**

Якщо пробу Манту проводять надто рано після інфікування, то вона може бути у ряді випадків несправжньо-негативною. Загалом, формування імунної відповіді і реагування на туберкулін триває 2 – 10 тижнів від часу потрапляння мікобактерій в організм людини.

### **Коли реакцію на пробу Манту вважати позитивною?**

Результати реакції на пробу Манту слід читати через 48–72 год. після ін'єкції. Якщо пацієнт не звернувся вчасно, то результат проби можна оцінити протягом тижня від дня її проведення. Проте якщо пацієнт приходить на контрольний огляд пізніше 72 годин і проба виявляється негативною, то її слід повторити.

Інтерпретація результатів шкірної проби така.

Характеристика на місці уколу	Оцінка проби Манту
Відсутність інфільтрату чи почервоніння, або наявність уколочної реакції розміром 0–1 мм	Негативна
Інфільтрат або папула розміром 2–4 мм або тільки почервоніння будь-якого розміру без інфільтрату	Сумнівна
Інфільтрат (папула) діаметром 5 мм і більше	Позитивна
У дітей та підлітків діаметр інфільтрату 17 мм і більше, у дорослих – 21 мм і більше, або некротичні реакції	Гіперергічна

## 2.2.2. ЗАХВОРЮВАННЯ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Захворювання на туберкульоз розвивається у таких випадках:

1. Якщо після потрапляння мікобактерій туберкульозу у здорової людини була слабка імунна система, тоді швидко розвивається туберкульоз.

2. Якщо у людини, яка була інфікована багато років тому і мала туберкульозну інфекцію, з'явилися один або кілька факторів ризику:

- Інфікування вірусом імунодефіциту (ВІЛ), що викликає СНІД
- Наркоманія
- Повторне потрапляння мікобактерій туберкульозу в організм
- Були зміни на рентгенограмі легень, характерні для перенесеного раніше туберкульозу («рентген позитивні») із самовилікуванням чи ні
- Цукровий діабет

- Силікоз
- Тривале лікування кортикостероїдами
- Імуносупресивне лікування
- Деякі захворювання на рак, особливо лейкемія, хвороба Ходжкіна (злоякісний лімфогранулематоз) та ін.
- Важке захворювання нирок
- Деякі кишкові захворювання
- Мала вага тіла (на 10 % нижча від ідеальної) та ін.

Тоді вапняна капсула довкола мікобактерій туберкульозу розчиняється, збудники починають розмножуватися в організмі й спричиняють туберкульоз.

#### 2.2.2.1. МІСЦЯ УРАЖЕННЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ

Туберкульоз уражає легені приблизно в 95 % випадках, в решті випадків розвивається позалегеновий туберкульоз, тобто в органах поза легенями.

Позалегеновий туберкульоз розвивається поза легенями в таких місцях як горло, лімфатичні вузли, плевра (оболонка навколо легень), центральна нервова система, нирки, кістки і суглоби, тощо. Позалегеновий туберкульоз спостерігається в людей з ВІЛ-інфекцією частіше, ніж у не інфікованих ВІЛ. Позалегеновий туберкульоз часто поєднується з легенеvim.

### 2.3. ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Діагностика туберкульозу проводиться в три етапи:

1. Опитування хворого.
2. Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки.
3. Триразове дослідження мокротиння на кислотостійкі бактерії (КСБ).

#### 1. Опитування хворого

При опитуванні можна визначити:

- що мав пацієнт контакт із хворим туберкульозом;
- що є в пацієнта симптоми туберкульозу;
- що входить пацієнт у групу підвищеного ризику щодо розвитку туберкульозу.

Важливим є виявлення можливого контакту пацієнта з хворим на туберкульоз.

У хворого можуть бути симптоми туберкульозу. У 90 % випадків туберкульоз уражає легені. Ця форма називається туберкульозом легень. Дорослі хворі часто є бактеріовиділювачами і можуть бути вкрай заразними.

Найхарактернішим симптомом туберкульозу легень є кашель протягом 3 тижнів і більше, звичайно, з виділенням мокротиння. Усі пацієнти, у яких є цей симптом, повинні якнайшвидше здати мокротиння на дослідження.

Кашель протягом 3 тижнів і більше, звичайно, супроводжується одним чи декількома з перерахованих нижче симптомів:

- втрата маси тіла;
- втомлюваність;
- лихоманка;
- потіння вночі;
- біль в грудній клітці;
- задишка;
- втрата апетиту;
- кровохаркання.

Ці симптоми, звичайно, не патогномонічні для туберкульозу, оскільки вони можуть спостерігатися і при злоякісних новоутвореннях і при гнійно-запальних захворюваннях органів дихання. **Проте при наявності зазначених вище симптомів завжди треба думати про туберкульоз, оскільки він є заразною хворобою.**

У хворого на позалегеневої туберкульоз можуть бути такі загальні симптоми:

- втрата маси тіла;
- лихоманка;
- нічні поти.

Інші симптоми позалегенового туберкульозу залежать від конкретного ураженого органу, наприклад:

- при ураженні лімфатичних вузлів відзначається їхня припухлість, іноді з утворенням нориць із гнійним виділенням;
- при ураженні суглобів відмічається біль і припухлість суглобів;
- при туберкульозному менінгіті (звичайно, в дітей) спостерігається головний біль, лихоманка, ригідність потиличних м'язів, сонливість.

Якщо хворий знаходиться у тяжкому стані, то його необхідно негайно направити в спеціалізовану установу – протитуберкульозний диспансер.

При опитуванні необхідно визначити чи відноситься пацієнт до однієї з перерахованих нижче груп підвищеного ризику розвитку туберкульозу:

- особи, що мають контакт з хворими на туберкульоз (сімейні, професійні, під час дозвілля / відпочинку);
- рентгенпозитивні особи;
- бездомні;

- біженці й мігранти;
- ув'язнені й ті, що звільнилися з установ виконання покарань, члени їхніх родин;
- особи, що проживають у притулках і нічліжках;
- пацієнти, що знаходяться в наркологічних і психіатричних установах;
- особи, інфіковані вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ);
- пацієнти з хронічними неспецифічними захворюваннями легенів;
- пацієнти з пригніченою імунною системою (хворі на цукровий діабет, виразкову хворобу шлунка і 12-палої кишки, а також особи, що отримують кортикостероїдну, цитостатичну або променевою терапію) та інші.

Представники засобів масової інформації повинні розказувати населенню, що при наявності подібних ознак треба якнайшвидше звернутися до лікаря. Бо чим раніше хворий звернеться до лікаря, тим:

- 1) туберкульоз буде вилікуваний;
- 2) не треба буде проводити хірургічного лікування;
- 3) менше здорових осіб він заразить;
- 4) тривалість лікування 6–8 місяців;
- 5) смертність 0 % – 0,5 %;

Чим пізніше хворий звернеться до лікаря, тим:

- 1) туберкульоз буде більш розповсюджений і не вилікуваний;
- 2) прийдеться проводити хірургічне лікування;
- 3) більше здорових осіб він заразить;
- 4) тривалість лікування більше 2 років або все життя;
- 5) смертність 25 % – 50 %;

**2. Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки** дає чітке уявлення яка легеня і як уражена.

**3. Дослідження мокротиння** дозволяє знайти збудника туберкульозу.

---

### 2.3.1. СКРИНІНГОВЕ ВИЯВЛЕННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

---

Для скринінгового виявлення хворих на туберкульоз в Україні проводять:

- туберкулінодіагностику;
- флюорографію;
- методи клінічного обстеження.

**1. Туберкулінодіагностику** проводять щороку дітям до 15 років. При виявленні дітей із позитивними та гіперергічними туберкуліновими пробами, або з «віражем туберкулінових проб» (перехід негативної проби в позитивну) дітей обстежують на туберкульоз в амбулаторних або стаціонарних умовах. У разі потреби їм призначається хіміопрофілактика, а при туберкульозі – лікування.

**2. Флюорографію** проводять усім дорослим і дітям з 15 років і старшим один раз у 2 роки. Деяким категоріям населення, наприклад, тим, що працюють в людних місцях, з дітьми, в закладах громадського харчування та ін., а також при високій захворюваності туберкульозом в країні, флюорографію проводять щорічно. При виявленні туберкульозу легенів чи іншої патології хворого викликають на дообстеження і лікування.

**3. Методи клінічного обстеження** на туберкульоз повинні проводити лікарі будь-якої спеціальності у кожного хворого, що прийшов на прийом до лікаря чи лікар прийшов до хворого. Наприклад, прийшовши до стоматолога чи гінеколога він повинен запитати чи є у пацієнта симптоми туберкульозу, при підозрі дообстежити хворого.

## 2.4. ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

---

Лікування хворого на туберкульоз складається з двох фаз:

- 1) початкової (інтенсивної) і
- 2) фази продовження лікування.

Під час початкової (інтенсивної) фази лікування відбувається швидка загибель мікобактерій туберкульозу. Оскільки мікобактерії туберкульозу гинуть і не виділяються у зовнішнє середовище, то хворі на туберкульоз перестають бути заразними. Їх клінічний стан поліпшується переважно через 2 тижні після початку лікування.

У фазі продовження лікування потрібна менша кількість антимікобактеріальних препаратів, але їх треба вживати хворому протягом тривалого часу. Основна кількість мікобактерій туберкульозу гине в перші два місяці, тобто протягом 1-ї, початкової фази лікування.

Однак в організмі хворого зберігається частина мікобактерій туберкульозу, які тривалий час можуть перебувати в стані персистенції (від слова «persistere» – продовжувати стояти), тобто зберігати попередній стан або перебувати у стані сповільненого зворотного розвитку.

З метою впливу на персистуючі форми мікобактерій туберкульозу необхідно продовжувати курс антимікобактеріальної терапії (2-га фаза, фаза продовження лікування).

При недотриманні термінів лікування збережені мікобактерії туберкульозу можуть викликати новий епізод туберкульозу або набуті стійкість до антимікобактеріальних препаратів.

Тривалість лікування хворого на туберкульоз при ранньому зверненні до лікаря 6 – 8 місяців.

Перші 2 – 3 місяці більшість пацієнтів підлягають стаціонарному лікуванню, особливо бактеріовиділювачів. Після завершення початкової фази лікування (2 – 3 місяці) більшість пацієнтів підлягають виписці.

За тиждень до виписки фтизіатру адміністративної території (Автономної Республіки Крим, області, міста, району) і співробітнику установи загальної лікувальної мережі, що приймає хворого, необхідно повідомити дату виписки, фазу лікування, прогноз, а також інші необхідні відомості про пацієнта.

Пацієнти, що не госпіталізовані в інтенсивній фазі лікування, приходять за антимікобактеріальними препаратами в лікувальну установу (загального профілю чи протитуберкульозного диспансеру) за місцем проживання, де вони приймають препарати в присутності медичного працівника. Направляючи хворого для амбулаторного лікування у лікувально-профілактичний заклад за місцем проживання треба узгодити, що конкретний пацієнт буде лікуватися у конкретних медичних працівників і слід заздалегідь передати для пацієнта антимікобактеріальні препарати на весь курс лікування.

**Амбулаторне лікування.** Під час фази продовження (4 місяці для нових хворих на туберкульоз і 5 місяців для повторних хворих) лікування буде проводитися амбулаторно під безпосереднім спостереженням медичного працівника (лікаря, фельдшера чи медсестри). У ході амбулаторного лікування медичний працівник повинен переконатися, що хворий проковтує препарати, і документувати це. Медичний працівник і пацієнт повинні погодити дні, час і місце, де буде проходити прийом препаратів. Якщо пацієнт для прийому ліків буде приходити в поліклініку, лікарню чи іншу лікувальну установу, то і хворий, і медичний заклад повинні відповідально відноситися до дотримання схеми (режиму) лікування.

Якщо під час амбулаторного лікування хворий не з'явився на прийом, медичний працівник зобов'язаний негайно зв'язатися з ним телефоном чи персонально відвідати пацієнта вдома. Необхідно прийняти всі міри для того, щоб забезпечити прийом пацієнтом ліків.

Своєчасні й рішучі дії медичних працівників є однією з ключових умов дотримання пацієнтом запропонованого режиму лікування.

**Освітня робота з пацієнтом.** Під час першої зустрічі з пацієнтом медичний працівник повинен провести освітню бесіду. Медичний працівник повинен чітко, зрозумілою для хворого мовою пояснити йому, що при проведенні правильного лікування туберкульоз вилікуємий, але відсутність лікування може привести до інфікування навколишніх, інвалідності чи смерті хворого.

Крім того, правильно проведене лікування хворого на туберкульоз сприяє швидкому поверненню хворого до повноцінного життя. У ході освітньої бесіди медичний працівник повинен пояснити хворому таке:

- як туберкульоз передається від людини до людини;
- яке лікування призначене і передбачуваний термін його закінчення;
- чим обумовлена необхідність проведення лікування під безпосереднім спостереженням медичного працівника;
- чим обумовлена необхідність дослідження мокротиння;
- чому так важливе проходження повного курсу лікування;
- які можливі побічні дії протитуберкульозних препаратів.

---

#### 2.4.1. ПАЦІЄНТ ОРІЄНТОВАНІ МОДЕЛІ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ.

---

Своєчасне звернення до лікаря мінімізує ризик захворювання як для вас, так і для рідних, близьких та колег по роботі.

Найближчий медичний спеціаліст для кожного з вас – дільничний терапевт, педіатр, сімейний лікар, який має скерувати вас до фахового лікаря-фтизіатра.

І, якщо вже так сталося, що ви захворіли на туберкульоз, це не є підставою для відчаю, занепаду духу і почуття відірваності від людей, тобто стигми.

Кожен, кого, торкнулася проблема туберкульозу, повинен мати гарантії проведення необхідних досліджень, отримання потрібних лікувальних заходів і процедур під наглядом фахівця.

Сучасна медицина схильна вважати, що такі процедури можуть проводитись як в стаціонарі, так і амбулаторно під постійним супроводом фахівця-фтизіатра, за дотриманням певних умов, зокрема, вимог інфекційного контролю.

Інфекційний контроль в амбулаторних умовах повинен мати на меті зниження рівнів поширення інфекційного туберкульозу, мінімізації ризику таврування ганьбою пацієнтів з туберкульозом.

Заходи інфекційного контролю включають відповідну звичайну вентиляцію та етикет кашлю.

Лікування хворих на туберкульоз з бактеріовиділенням вдома можливе, в тому числі, за умов наявності окремої кімнати для хворого на туберкульоз, відсутності у квартирі дітей віком до 18 років.

Пацієнтам з бактеріовиділенням необхідно рекомендувати проводити якомога більше часу на вулиці, спати окремо у добре провітрюваній кімнаті, уникати громадського транспорту та місць скупчення людей.

З лікарських рекомендацій йдеться про те, що для попередження масової передачі захворювання від однієї людини до іншої необхідно відділяти людей з заразними формами туберкульозу та якомога швидше розпочинати курс лікування.

Зазвичай, в залежності від індивідуальних особливостей перебігу захворювання доводиться перебувати у лікарні певний час, до декількох місяців. Проте, за ряду умов, у тому числі, дотримання заходів інфекційного контролю, з'являється можливість лікуватися амбулаторно, тобто вдома, з першого дня захворювання. Відповідальне рішення про можливість лікування амбулаторно має приймати лікар.

Якщо ви прихильні до лікування, тобто ретельно виконуєте всі приписи лікаря, симптоми захворювання, зазвичай, зникають через 2–4 тижні від початку лікування.

Ви відчуваєте себе здоровим, але в цей час припиняти лікування не слід. Адже, мікобактерія туберкульозу ще не знищена.

За теперішнім рівнем розвитку медицини тривалість лікування туберкульозу має визначати медична комісія.

Якщо припинити лікування, захворювання швидко повертається, оскільки втрачається вплив ліків на мікобактерію туберкульозу. Водночас формується стійкість мікобактерії до вживаних ліків – утворюється так звана резистентність. І така людина стає носієм і розповсюджувачем вже нової, більш небезпечної резистентної форми туберкульозу.

Отже, й надалі потрібно продовжувати лікування і дотримуватися усіх рекомендацій лікаря. Це єдиний шлях до повного одужання.

Ваша прихильність до лікування – важлива складова того, що **ТУБЕРКУЛЬОЗ ВИЛІКОВНИЙ!**

Амбулаторна, або ж пацієнт орієнтована модель лікування – це модель надання медичної допомоги пацієнтам в амбулаторних лікувальних закладах, наприклад, в сімейних амбулаторіях або в домашніх умовах.

Для пацієнтів з «відкритою формою» (з бактеріовиділенням) туберкульозу за ряду умов, в тому числі, дотримання заходів інфекційного контролю, амбулаторна модель лікування можлива вдома.

Амбулаторне лікування так само, як і стаціонарне, проходить під пильним наглядом медичного персоналу, але перевага амбулаторного лікування полягає у врахуванні індивідуальних потреб кожного окремого пацієнта, за рахунок чого така модель гарантовано сприяє більшій прихильності до лікування.

Амбулаторна модель є основою пацієнт-орієнтованого підходу лікування туберкульозу.

### **В ЧОМУ ПЕРЕВАГИ АМБУЛАТОРНОЇ ФОРМИ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ?**

Традиційно хворі на туберкульоз госпіталізуються в стаціонари для лікування на тривалий час після закінчення бактеріовиділення. Це не завжди є необхідним, адже у значній кількості випадків доцільніше лікувати хворих на туберкульоз амбулаторно.

В цьому випадку для інтересів громадського здоров'я стаціонарне лікування не вважається найбільш дієвим способом запобігання поширенню туберкульозу, тому що суттєве поширення інфекції відбувається, в тому числі, до постановки діагнозу і госпіталізації людини, яка хворіє.

Ризик передачі інфекції від хворого на туберкульоз істотно зменшується протягом декількох тижнів від початку лікування. Окрім того, при лікуванні в стаціонарних умовах не завжди вдається уникнути подальшого поширення інфекції.

Рушійним моральним фактором видужання є те, що людина, яка хворіє, зможе лікуватися у зручних для неї умовах.

Ми очікуємо, що амбулаторна допомога дозволить суттєво наблизити комплекс медичної допомоги до пацієнта.

## **2.5. ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ**

---

Профілактика туберкульозу складається із комплексу різних заходів. Розрізняють специфічну профілактику (щеплення та ревакцинація), хіміопрофілактику, санітарну та соціальну профілактику туберкульозу.

Виходячи із характеру епідемічного процесу, профілактику туберкульозу слід здійснювати в таких основних напрямках.

1. Профілактичні заходи серед всього населення (щеплення і ревакцинація, соціально-економічні, санітарно-освітні та загально-санітарні заходи).
2. Профілактичні заходи серед груп ризику щодо туберкульозу (диспансеризація хворих і контактів, хіміопрофілактика, оздоровлення).
3. Профілактичні заходи у вогнищах туберкульозної інфекції (оздоровлення вогнища, дезінфекція, ізоляція бактеріовиділювача, хіміопрофілактика).

### 2.5.1. СПЕЦИФІЧНА ІМУНОПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Специфічна імунопрофілактика туберкульозу – це щеплення проти туберкульозу. Щеплення від туберкульозу проводять вакциною БЦЖ. Вакцина БЦЖ – це живі мікобактерії вакцинного штаму (БЦЖ-1). Потрапляючи в організм щепленого, вони розмножуються і приводять до розвитку імунітету тривалістю до 7 років.

Через те у 7-річному віці проводиться перша ревакцинація, тобто повторне щеплення. Друга ревакцинація проводиться у 14-річному віці.

#### **Протипоказання до ревакцинації дітей такі:**

1. Інфіковані туберкульозом або туберкульоз у минулому.
2. Позитивна або сумнівна реакція Манту.
3. Ускладнені реакції на попереднє введення вакцини БЦЖ (келоїдні рубці, лімфаденіти тощо).
4. Гострі захворювання (інфекційні та неінфекційні), хронічні захворювання у стадії загострення або декомпенсації. Це протипоказання тимчасове, оскільки щеплення проводять не раніше 1 місяця після одужання (ремісії).

При контакті з інфекційними хворими у сім'ї, дитячому закладі тощо щеплення виконується після закінчення терміну карантину або максимального строку інкубаційного періоду для даного захворювання.

5. Алергічні хвороби (шкірні та респіраторні) у стадії загострення. Однак, після видужання або досягнення ремісії цих хвороб за висновком спеціалістів, ревакцинація показана.

6. Злоякісні захворювання крові і новоутворення.

7. Імунодефіцитний стан, лікування імунодепресантами. Проте, за висновком спеціаліста, після імунологічного дослідження ревакцинація може бути проведена.

8. ВІЛ-інфіковані діти.

Особи, тимчасово звільнені від щеплень, повинні бути взяті під нагляд і облік та прищеплені після повного видужання або зняття протипоказань. У випадках необхідності проводять відповідні клініко-лабораторні обстеження.

Інші профілактичні щеплення можуть бути проведені з інтервалом не менше 2 місяці до і після ревакцинації БЦЖ.

Щеплення не дає повного захисту від туберкульозу, оскільки 12,0 – 20,0 % ревакцинованих хворіють на туберкульоз і 12,0 – 20,0 % неревакцинованих хворіють на туберкульоз. Однак, у тих щеплених і ревакцинованих, у яких розвинувся туберкульоз:

- розвиваються малі, локальні форми туберкульозу;
- туберкульоз частіше без бактеріовиділення;
- туберкульоз добре і швидко лікується;

Окрім того, серед вакцинованих і ревакцинованих відмічається зниження захворюваності на туберкульоз в 4 рази і смертності від нього – в 9 разів у порівнянні з не вакцинованими.

У нещеплених і неревакцинованих:

- розвиваються великі, розповсюджені форми туберкульозу;
- туберкульоз частіше з бактеріовиділення;
- туберкульоз погано і довго лікується;

Таким чином, у реалізації заходів специфічної профілактики туберкульозу важливим є забезпечення в повному обсязі щеплення й ревакцинації проти туберкульозу, впроваджуючи поіменний комп'ютерний облік всіх дітей і підлітків, а також туберкуліннегативних дорослих, без чого не тільки статистичні дані у відповідності із плануванням не відповідатимуть дійсності, а й реальна кількість ревакцинованих буде меншою від науково обґрунтованих вимог.

### 2.5.2. ХІМІОПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Якщо ефективність вакцинації та ревакцинації БЦЖ настає через 1 – 1,5 міс., то хіміопрфілактика розглядається як термінова профілактика туберкульозу, бо запобіжна дія її розпочинається з перших годин після вживання антимікобактеріального препарату. Хіміопрфілактика визнається найефективнішою серед всіх методів профілактики туберкульозу.

Під хіміопрфілактикою розуміють призначення протитуберкульозних препаратів здоровим людям, у яких є підвищений ризик зараження і захворювання на туберкульоз.

Хіміопрфілактиці підлягають: 1) діти, підлітки й дорослі із сімейних і квартирних контактів з бактеріовиділювачем та з сімейного контакту з хворим активним туберкульозом легень;

2) діти, підлітки й особи молодого віку до 30 років з виражен туберкулінової реакції, обумовленим інфікуванням, себто вперше інфіковані туберкульозом;

3) особи із стійкими гіперергічними реакціями на туберкулін (інфільтрат 17 мм і більше на пробу Манту).

4) новонароджені, які прищеплені у пологовому будинку вакциною БЦЖ, але народилися від хворих на туберкульоз матерів, у яких ця недуга не була своєчасно виявлена і якщо хворі матері годували немовлят грудним молоком;

5) особи, що мають сліди раніше перенесеного туберкульозу, при наявності у них несприятливих факторів (гострі захворювання, хірургічні втручання, травми, вагітність тощо), що здатні спровокувати загострення туберкульозу;

6) особи, раніше ліковані від туберкульозу, у котрих є великі залишкові зміни в легенях і знаходяться епідеміологічно небезпечному оточенні;

7) особи із слідами раніше перенесеного туберкульозу, які мають супутні захворювання (цукровий діабет, колагенози, силікоз, саркоїдоз, виразкова хвороба харчового каналу, оперовані на шлунку тощо), котрі самі собою або лікування котрих, наприклад, глюкокортикостероїдами, може спричинити загострення туберкульозу.

8) в певних епідеміологічних умовах хіміопрфілактику можна проводити й іншим групам населення, неблагополучним щодо туберкульозу.

Хіміопрфілактику проводять одним або кількома антимікобактеріальними препаратами. Для проведення хіміопрфілактики рекомендуються хіміопрепарати групи гідразиду ізоніотинової кислоти – ГІНК (ізоніазид з розрахунку 8 – 10 мг на 1 кг маси тіла на добу), нерідко у поєднанні з такими препаратами як рифампіцин, піразинамід, етамбутол та ін., які забезпечують високий бактеріостатичний ефект, гальмують розмноження типових та

атипових мікобактерій. Для цих цілей рекомендується також новий вітчизняний хіміопрепарат флуоренізид.

Безперервний курс хіміопротифілактики триває не менше 2 – 3 місяців, інколи до 6 місяців. Його повторюють двічі на рік. Після закінчення курсу хіміопротифілактики проводять повторне обстеження.

Завдяки хіміопротифілактиці можна зменшити захворювання на туберкульоз в 5–7 разів у осіб, що отримували хіміопротифілактику, в порівнянні з цими, що її не отримували.

---

### 2.5.3. САНИТАРНА ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

---

Під санітарною профілактикою розуміють планомірну організацію і проведення системи санітарно-гігієнічних і профілактичних заходів, спрямованих на попередження здорових людей від зараження і захворювання туберкульозом. По суті, санітарна профілактика є складовою частиною соціальної профілактики туберкульозу, однак з практичних міркувань її виділяють окремо.

Власне соціальна профілактика включає в себе проведення низки соціальних, протиепідемічних, організаційних, лікувальних та інших заходів у вогнищі туберкульозної інфекції.

Вогнищем туберкульозної інфекції або туберкульозним вогнищем прийнято вважати житло, в якому проживає туберкульозний хворий-бактеріовиділювач. При наявності в сім'ї хворого на легеневий туберкульоз дітей або підлітків, квартира вважається туберкульозним вогнищем незалежно від бактеріовиділення. Якщо бацилярний хворий продовжує працювати, то безпосереднє місце його праці також є вогнищем інфекції для оточуючих. Особи, які стикаються з хворим на туберкульоз і оточуючими його предметами, називаються "контактними", або "контактами".

Контакти бувають сімейні (члени сім'ї хворого), родинні (члени родини), квартирні (які проживають з хворим в загальній комунальній квартирі) і виробничі (які працюють з хворим в одному приміщенні, користуються спільними предметами та інструментами).

Бактеріовиділювачами вважаються хворі, у яких при наявності проявів активності туберкульозного процесу (інфільтративні, фіброзні і вогнищеві зміни з перифокальною реакцією, з розпадом легеневої тканини або без нього), будь яким методом дослідження, навіть одноразово, знайдені мікобактерії туберкульозу. Це також стосується хворих з затихаючим активним туберкульозом або туберкульозом сумнівної активності.

Зразу після діагностування у хворого на туберкульозу у вогнище туберкульозної інфекції приходять лікар-епідеміолог із санітарно-епідеміологічної станції та дільничний фтизіатр. Вони складають план заходів.

У вогнищах туберкульозної інфекції проводиться комплекс профілактичних заходів, який включає:

проведення поточної і заключної дезінфекції,

ізоляцію дітей від бактеріовиділювачів шляхом госпіталізації хворих або влаштування дітей в дитячі заклади,

вакцинацію новонароджених і ревакцинацію неінфікованих контактних вакциною БЦЖ,

регулярне обстеження контактних,

проведення їм хіміопротифілактики,

санітарно-гігієнічне виховання хворих і членів їх родини,

покращання житлово-побутових умов,

інтенсивне лікування хворого в умовах стаціонару з наступним проведенням контрольованої хіміотерапії на амбулаторному етапі.

### 2.5.3.1. САНІТАРНО-ОСВІТНЯ РОБОТА

Проведення будь-яких протитуберкульозних заходів не може бути ефективним без свідомої співпраці членів суспільства, без їх належної поінформованості. Тому важко переоцінити значення популяризації серед населення відповідних знань щодо принципів запобігання туберкульозної інфекції, суті та організації протитуберкульозних заходів.

Успішне розв'язання основних завдань фтизіатричної служби (специфічної профілактики, своєчасного виявлення хворих, правильного лікування, заходів у вогнищах туберкульозної інфекції) в великій мірі залежить від послідовності та якості роз'яснювальної та виховної роботи в цьому напрямку.

Сьогодні має місце недостатня інформованість населення (а також хворих на туберкульоз) у цих питаннях, що свідчить про суттєві недоліки в поширенні санітарно-гігієнічних знань. Недостатнє наголошення цих питань в спеціальній літературі і навчальних посібниках, брак належної обізнаності щодо методики санітарної освіти призводить до того, що лікарі не надають належної уваги санітарній пропаганді у своїй повсякденній роботі.

Про дієвість санітарно-освітньої роботи свідчать такі дані (J.Jones із співавт., 1995). В 25 країнах, у яких проводилося дослідження, завдяки 1-3-річному навчанню матерів майже на 15,0 % знизилася дитяча смертність і на значно більший відсоток при тривалішому санітарно-освітньому навчанні. В Перу, наприклад, серед матерів, яких навчали 7 або більше років, ризик смерті знизився майже на 75,0 %.

Дані цих же авторів, із 13 африканських країн, свідчать про те, що в період з 1975 р. до 1985 р. збільшення на 10,0 % кількості грамотних жінок супроводжувалося зниженням дитячої смертності теж на 10,0 %.

При опитуванні нами 30 хворих на туберкульоз – мешканців села 26 (86,7 %) з них до свого захворювання майже нічого не знали про туберкульоз. Отже, без обізнаності населення про туберкульоз боротьба з ним приречена на невдачу.

Санітарно-освітня робота в сучасних умовах повинна спрямовуватися в таких напрямках:

1. Пропаганда елементів особистої гігієни та здорового способу життя - шляхи попередження захворювання на туберкульоз; відповідальне ставлення до власного здоров'я передбачає своєчасне звертання до лікаря у випадку погіршення стану здоров'я, при появі ознак, які зустрічаються під час захворювання на туберкульоз;
2. Пропаганда, спрямована на свідому участь населення у масових медичних закладах і диспансеризації з метою своєчасного виявлення захворювання.
3. Висвітлення питань щодо джерела та шляхів розповсюдження збудника туберкульозу і дотримання правил гігієни.
4. Пропаганда здорового способу життя: 1) дотримання раціонального режиму праці й відпочинку; 2) раціональне харчування; 3) оптимальний режим рухового навантаження; 4) загартовування; 5) дотримання правил гігієни; 6) співпраця з медичними працівниками у слідкуванні за станом власного здоров'я.

5. Викорінення шкідливих звичок: паління тютюну, зловживання алкоголем, наркотиками, самолікування.

6. Роз'яснення важливості своєчасного виявлення хворих на туберкульоз.

7. Санітарно-освітня робота з хворими на туберкульоз та контактними, роз'яснюючи: 1) шляхи інфікування; 2) гігієнічний режим; 3) методику лікування туберкульозу; 4) працевлаштування; 5) санітарну профілактику туберкульозу; 6) освітньо-виховна та психотерапевтична робота.

8. Санітарно-освітня робота за місцем проживання хворого повинна бути спрямована на: 1) суворе дотримання правил гігієни (провітрювання помешкання, вологе прибирання); 2) зібране харкотиння і залишки їжі повинні знезаражуватися; 3) окремий посуд і білизна хворого дезінфікуються; 4) систематична дезінфекція приміщень і предметів, якими користується хворий; 5) необхідність періодичних обстежень в протитуберкульозному диспансері, хіміопрфілактики.

Методи, засоби і форми санітарно-освітньої роботи: а) методи індивідуального впливу (наприклад, особиста розмова, консультація щодо стану здоров'я); б) методи впливу на групу осіб (використання засобів масової інформації, виставки, засоби наглядної агітації).

Отже, з метою пропаганди гігієнічних, медичних і протитуберкульозних знань серед населення та хворих на цю недугу і досягнення їх повного співробітництва з медичними працівниками, на сучасному етапі доцільно:

1. Включити питання боротьби з туберкульозом до усіх програм гігієнічного навчання та виховання населення (медико-педагогічного навчання батьків з проблем охорони здоров'я дітей та підлітків, школи материнства і молодих батьків, курси здоров'я у середніх і вищих школах тощо).

2. Розробити і видавати масовим тиражем матеріали під рубрикою "Все про туберкульоз".

3. Запровадити щотижневу радіо- і телепередачу тривалістю 10-15 хвилин у вечірні години вихідного дня під рубрикою "Наступ на туберкульоз", здійснювати з цих питань рекламні заходи.

4. Зобов'язати всі друковані засоби масової інформації не рідше одного разу в місяць друкувати науково-популярні та інформаційні матеріали щодо туберкульозу.

5. Широко безкоштовно розповсюджувати друковані санітарно-освітні матеріали з питань туберкульозу (пам'ятки, буклети, звернення, заклики, календарі щеплень тощо).

6. Заборонити рекламу тютюнових та алкогольних виробів і розгорнути широкомасштабну боротьбу з палінням, алкоголізмом та наркоманією.

Таким чином, завдяки реалізації заходів санітарної профілактики вдається досягти генеральної мети цього заходу – створення умов для здорового способу життя і захист населення від туберкульозу.

---

#### 2.5.4. СОЦІАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

---

Соціальна профілактика здійснюється шляхом проведення профілактичних заходів соціально-економічного характеру державного масштабу. Її можна назвати державною профілактикою, оскільки в її організації повинні брати участь не тільки державні органи, а й широка мережа протитуберкульозних закладів, громадські та інші організації.

Основним завданням соціальної профілактики є поліпшення матеріально-побутових умов всього населення, поліпшення матеріального благополуччя народу та умов його життя.

Особливо важливе значення має поліпшення умов побуту хворих на відкриті форми туберкульозу легень, себто із бактеріовиділенням, шляхом надання їм окремих квартир. За останні роки в Україні різко погіршилися протиепідемічні заходи в осередках туберкульозу. Так, кількість госпіталізованих бактеріовиділювачів з року в рік зменшується до 80,0 % – 85,0 %. Вкрай незадовільне відселення хворих на туберкульоз - бактеріовиділювачів із густонаселених квартир, гуртожитків, що прямо пропорційно захворюваності контактів. Так в Україні у останні роки були відселені лише 10,0 % бактеріовиділювачів із багатонаселених квартир і 24,3 % – із гуртожитків. Ось скільки джерел зараження становлять небезпеку туберкульозу для здорового населення країни!

Важливим розділом соціальної профілактики туберкульозу є оздоровлення довкілля шляхом озеленення населених пунктів, боротьба із запиленням й забрудненням повітря, лісових масивів, рік та озер. Особливо слід звертати увагу на озеленення та благоустрій промислових підприємств із збереженням чистоти в цехах і на дільницях їх територій.

В останні роки занепало громадське харчування. Багато людей не мають можливості раціонально харчуватися, недоїдають або харчуються не збалансовано.

Важливе значення в аспекті соціальної профілактики туберкульозу має розвиток фізичної культури і спорту у всіх вікових групах, що веде до зміцнення здоров'я. На жаль, доступ широких верств населення до фізкультури і спорту зменшився, оскільки спортивні школи, гуртки стали непомірно платними, що суттєво відсіяло значну частину бажаючих.

Розвинута мережа санаторно-курортних закладів, будинків відпочинку, пансіонатів, санаторіїв, туристичних баз є запорукою успішної боротьби з туберкульозом. В останні роки їх доступність суттєво зменшилася. Помітно зменшується чисельність оздоровчих ясел, дитячих садків, лісних шкіл, санаторіїв, спортивних таборів, що як фактор соціальної профілактики туберкульозу негативно впливає на розповсюдження цієї недуги.

В рамках соціальної профілактики туберкульозу слід підвищувати культурний рівень населення, прищеплювати високу свідомість, гуманність, високі морально-етичні якості. Виховання людини у фізичному й морально-етичному відношенні підтримує його високу опірність до інфекційних хвороб, у тому числі й до туберкульозу.

На превеликий жаль, нині порушується 49 стаття Конституції України, де зазначено: «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування».

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності».

Таким чином, можна зробити висновок, що соціальна профілактика туберкульозу в Україні не досягла належного рівня, хоча від неї залежить біля 80,0 % ефективності боротьби з туберкульозом.

Зниження захворюваності, хворобливості й смертності від туберкульозу можливе за рахунок вирішення таких соціальних факторів в суспільстві.

1. Забезпечення позачергового відселення хворих-бактеріовиділювачів із гуртожитків, комунальних і густонаселених квартир, в яких немає можливості ізолювати хворих, в термін до 1 року з моменту виявлення.
2. Забезпечення проживанням, лікуванням і працевлаштуванням осіб без постійного місця проживання і роботи: жебраків, мігрантів, переселенців тощо.
3. Забезпечення населення мінімальним прожитковим рівнем, житловою площею і необхідними продуктами для збалансованого харчування.
4. Розробка і реалізація національної програми «Здоров'я народу», направленої на проведення комплексу заходів щодо створення здорового способу життя, оздоровлення умов зовнішнього середовища, підвищення добробуту населення, зміцнення його здоров'я, поліпшення харчування і житлово-побутових умов, розвитку масової фізичної культури і спорту, загальнодержавної боротьби з алкоголізмом, наркоманією, палінням й іншими шкідливими звичками.

### 3. ТУБЕРКУЛЬОЗ В СВІТІ (ЗА ДАНИМИ ВООЗ).

---

#### ТУБЕРКУЛЕЗ (ТБ) ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ В МИРЕ.

---

В 2014 году 9,6 миллиона человек заболели туберкулезом и 1,5 миллиона человек умерли от этой болезни.

Более 95% случаев смерти от туберкулеза происходит в странах с низким и средним уровнем дохода, и эта болезнь является одной из трех основных причин смерти женщин в возрасте от 15 до 44 лет.

В 2014 году примерно один миллион детей заболели туберкулезом, и 140 000 детей умерли от него.

Туберкулез является одной из основных причин смерти людей с ВИЧ: в 2015 году один из трех смертельных случаев среди ВИЧ-инфицированных людей был вызван туберкулезом. Он приводит к четверти всех случаев смерти.

В целом в 2014 году у 480 000 людей в мире развился туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ).

Во всем мире достигнута цель развития тысячелетия "Остановить эпидемию туберкулеза и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости к 2015 г.". С 2000 года заболеваемость туберкулезом снижалась в среднем на 1,5% в год и в настоящее время снизилась на 18% по сравнению с уровнем 2000 года.

Уровень смертности от туберкулеза снизился на 47% 2015 году по сравнению с уровнем 1990 года.

По оценкам, 43 миллиона человеческих жизней было спасено с 2000 по 2014 год благодаря диагностике и лечению туберкулеза.

Одна из задач в рамках недавно принятых целей в области устойчивого развития заключается в том, чтобы к 2030 году покончить с эпидемией туберкулеза.

Возбудителем туберкулеза является бактерия (*Mycobacterium tuberculosis*), которая чаще всего поражает легкие. Туберкулез излечим и предотвратим.

Туберкулез распространяется от человека человеку по воздуху. При кашле, чихании или отхаркивании люди с легочным туберкулезом выделяют в воздух бактерии. Для инфицирования человеку достаточно вдохнуть лишь незначительное количество таких бактерий.

Около одной трети населения мира имеют латентный туберкулез. Это означает, что люди инфицированы бактериями туберкулеза, но (пока еще) не заболели этой болезнью и не могут ее передавать.

Риск того, что люди, инфицированные бактериями туберкулезом, заболеют им на протяжении своей жизни, составляет 10%. Однако люди с ослабленной иммунной системой, такие как люди с ВИЧ, недостаточностью питания или диабетом или люди, употребляющие табак, подвергаются гораздо более высокому риску заболевания.

Когда у человека развивается активный туберкулез (болезнь), симптомы (кашель, лихорадка, ночной пот, потеря веса и др.) могут быть умеренными в течение многих месяцев. Это может приводить к отсрочиванию обращения за медицинской помощью и к передаче бактерий другим людям. За год человек, больной туберкулезом, может инфицировать до 10-15 других людей, с которыми он имеет тесные контакты. Без надлежащего лечения в среднем 45% ВИЧ-негативных лиц, страдающих туберкулезом, и почти все ВИЧ-позитивные больные туберкулезом умрут.

---

### КТО ПОДВЕРГАЕТСЯ НАИБОЛЬШЕМУ РИСКУ?

---

Туберкулез поражает, главным образом, взрослых людей в их самые продуктивные годы. Однако риску подвергаются все возрастные группы. Более 95% случаев заболевания и смерти происходит в развивающихся странах.

При наличии двойной инфекции ВИЧ и туберкулез вероятность того, что человек заболит туберкулезом, возрастает в 20-30 раз (см. раздел о ТБ и ВИЧ). Люди, страдающие от других нарушений здоровья, ослабляющих иммунную систему, также подвергаются более высокому риску развития активного туберкулеза.

В 2014 году примерно один миллион детей (0-14 лет) заболели туберкулезом, и 140 000 детей умерли от этой болезни.

Употребление табака значительно повышает риск заболевания туберкулезом и смерти от него. Более 20% случаев заболевания туберкулезом в мире связано с курением.

---

### ГЛОБАЛЬНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

---

Туберкулез присутствует везде в мире. В 2014 году самое большое число новых случаев болезни произошло в Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана — 58% новых глобальных случаев. Однако самый высокий уровень заболеваемости — 281 случай на 100 000 человек — был зарегистрирована в 2014 году в Африке (по сравнению с мировым средним уровнем заболеваемости — 133 случая).

В 2014 году около 80% зарегистрированных случаев туберкулеза произошло в 22 странах. Шесть стран, в которых был зарегистрирован самый высокий уровень заболеваемости в 2014 году — это Индия, Индонезия, Нигерия, Пакистан, Китай и Южная Африка. В некоторых странах наблюдается значительное уменьшение числа случаев заболевания, в то время как в других странах число случаев заболевания снижается очень медленно. Так, например, Бразилия и Китай входят в число 22 стран, где на протяжении последних 20 лет наблюдается устойчивое снижение заболеваемости туберкулезом.

---

### СИМПТОМЫ И ДИАГНОСТИРОВАНИЕ

---

Общими симптомами активного легочного туберкулеза являются кашель иногда с мокротой и кровью, боль в груди, слабость, потеря веса, лихорадка и ночной пот.

Для диагностирования туберкулеза многие страны до сих пор полагаются на давно используемый метод, называемый микроскопией мазка мокроты. Специально подготовленные лаборанты исследуют мазки мокроты под микроскопом с целью обнаружения туберкулезных бактерий. При проведении трех таких тестов диагноз может быть поставлен в течение одного дня, но этот тест не выявляет многочисленные случаи менее инфекционных форм туберкулеза.

Диагностирование МЛУ-ТБ (см. ниже раздел о туберкулезе с множественной лекарственной устойчивостью) и ВИЧ-ассоциированного туберкулеза может быть более сложным. В настоящее время во многих странах используется новый двухчасовой тест, который оказался высокоэффективным в диагностировании туберкулеза и выявлении лекарственной устойчивости.

**Особенно сложно диагностировать туберкулез у детей.**

---

## ЛЕЧЕНИЕ

---

Туберкулез можно лечить и излечивать. В случае активной, чувствительной к лекарствам формы туберкулеза проводится стандартный 6-месячный курс лечения 4 противомикробными препаратами при обеспечении для пациента информации, наблюдения и поддержки со стороны работника здравоохранения или прошедшего специальную подготовку добровольного помощника. Без такого наблюдения и поддержки могут возникать сложности в соблюдении медицинских предписаний в отношении такого лечения, и болезнь может распространяться дальше. Подавляющее большинство случаев туберкулеза можно излечивать при условии надлежащего обеспечения и приема лекарств.

По оценкам, 43 миллиона человеческих жизней было спасено с 2000 по 2014 год благодаря диагностике и лечению туберкулеза.

---

## ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ

---

В 2014 году, по крайней мере, 30% людей, инфицированных ВИЧ, были также инфицированы туберкулезной бактерией. Вероятность того, что у людей с ВИЧ разовьется активная форма туберкулеза, в 20-30 раз превышает аналогичный показатель среди людей, неинфицированных ВИЧ.

ВИЧ и туберкулез представляют собой смертельное сочетание и ускоряют развитие друг друга. В 2014 году около 0,4 миллиона человек умерли от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. Примерно 30% случаев смерти среди людей с ВИЧ были вызваны туберкулезом. По оценкам, в 2014 году произошло 1,2 миллиона новых случаев заболевания туберкулезом среди ВИЧ-позитивных людей, 78% которых имели место в Африке.

Как отмечается ниже, ВОЗ рекомендует применять 12-компонентный подход к обеспечению комплексных услуг в отношении двойной инфекции ТБ-ВИЧ, включая действия для профилактики и лечения инфекции и болезни и для снижения смертности.

---

## ТУБЕРКУЛЕЗ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

---

Стандартные противотуберкулезные лекарства используются на протяжении целого ряда десятилетий, и устойчивость к лекарствам растет. В каждой стране, где проводятся исследования, зарегистрированы штаммы, устойчивые к какому-либо одному противотуберкулезному препарату.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) — это форма туберкулеза, вызываемая бактерией, не реагирующей, по меньшей мере, на изониазид и рифампицин, два самых мощных противотуберкулезных препарата первой линии (или стандартных).

Основной причиной развития МЛУ-ТБ является ненадлежащее лечение. Ненадлежащее или неправильное использование противотуберкулезных препаратов или использование лекарств плохого качества может приводить к лекарственной устойчивости.

Болезнь, вызванная устойчивыми бактериями, не поддается обычному лечению препаратами первой линии. МЛУ-ТБ можно лечить и излечивать, используя препараты второй линии. Однако выбор препаратов второй линии ограничен, а рекомендуемые лекарства не всегда доступны. Требуемая экстенсивная химиотерапия (лечение длительностью до 2 лет) дороже и может вызывать тяжелые побочные реакции у пациентов.

В некоторых случаях может развиваться более тяжелая лекарственная устойчивость. Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) является формой туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, реагирующей на еще более ограниченное число имеющихся препаратов, включая самые эффективные противотуберкулезные препараты второй линии.

В 2014 году в мире было зарегистрировано около 480 000 случаев МЛУ-ТБ. Более половины этих случаев зарегистрированы в Индии, Китае и Российской Федерации. По оценкам, примерно у 9,7% этих пациентов был диагностирован ШЛУ-ТБ.

---

## ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВОЗ

---

В борьбе с туберкулезом ВОЗ выполняет 6 основных функций.

Обеспечение глобального лидерства по вопросам критической важности в области туберкулеза.

Разработка основанных на фактических данных мер политики, стратегий и стандартов в области профилактики, лечения этой болезни и борьбы с ней и мониторинг за их осуществлением.

Обеспечение технической поддержки государствам-членам, ускорение изменений и создание устойчивого потенциала.

Мониторинг за глобальной ситуацией в области туберкулеза и измерение прогресса в области лечения туберкулеза, борьбы с ним и финансирования.

Формирование программы научных исследований в области туберкулеза и получение, интерпретация и распространение ценных данных.

Содействие формированию партнерств в области туберкулеза и участие в них.

Стратегия ВОЗ по борьбе с туберкулезом, принятая Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2014 года, представляет собой концепцию, позволяющую странам положить конец эпидемии туберкулеза, снижая заболеваемость туберкулезом и смертность от него, и значительно снизить катастрофические расходы. Она включает следующие целевые показатели глобального масштаба: сокращение в период с 2015 по 2030 год смертности от туберкулеза на 90%, сокращение числа новых случаев на 80% и меры, направленные на то, чтобы ни одна семья не несла разорительных расходов в связи с туберкулезом.

Одна из задач в рамках недавно принятых целей в области устойчивого развития заключается в том, чтобы к 2030 году покончить с эпидемией туберкулеза. Не ограничиваясь этим, ВОЗ поставила задачу к 2035 году добиться снижения смертности от туберкулеза на 95% и снижения заболеваемости туберкулезом на 90%, что соответствует положению в странах с низкой заболеваемостью туберкулезом на сегодняшний день.

В Стратегии сформулированы три основных компонента, необходимых для эффективной борьбы с эпидемией:

Компонент 1: комплексное лечение и профилактика, ориентированные на пациента

Компонент 2: энергичная политика и поддерживающие системы

Компонент 3: интенсификация исследований и инноваций.

Успех Стратегии будет зависеть от соблюдения странами при осуществлении мероприятий, входящих в каждый компонент, следующих четырех основных принципов:

стратегическое руководство и ответственность со стороны государства, проведение мониторинга и оценки;

тесное сотрудничество с организациями гражданского общества и местным населением;

защита и соблюдение прав человека, этических норм и принципов справедливости;

при глобальном сотрудничестве адаптация стратегии и целей на страновом уровне.

## 4. РОЛЬ АСОЦІАЦІЇ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ПЕРЕХВОРИЛИ ТА / АБО Ж ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ПРОТИДІЇ ЦЬОМУ ЗАХВОРЮВАННЮ.

---

У травні 2016 року за участі людей, які вилікувались від туберкульозу, та за всебічної підтримки Фондації «Громадський рух «Українці проти туберкульозу» і Всеукраїнської Коаліції «Зупинимо туберкульоз разом» була створена Асоціація людей, які перехворіли на туберкульоз.

Сьогодні проблема туберкульозу, особливо резистентного, вийшла за рамки суто медичної, і набула статусу всесвітньої, європейської та загальноукраїнської через невідоме зростання темпів поширення цього захворювання серед людства.

Ось чому ми утворили Асоціацію людей, які перехворіли на туберкульоз. Ця громадська організація покликана захищати права та інтереси представників груп ризику, всього населення України в умовах епідемії туберкульозу.

Завдання Асоціації полягають, насамперед, у захисті інтересів постраждалих від туберкульозу;

вдосконаленні державної політики протидії туберкульозу;

сприянні поліпшення надання населенню фтизіатричної допомоги;

інформуванні різних верств населення, в першу чергу тих, хто перебуває у групах підвищеного ризику;

здійсненні постійного громадського контролю за діяльністю органів центральної та місцевої влади у сфері протидії туберкульозу;

проведенні роз'яснювальної роботи щодо необхідності реформування існуючої практики надання фтизіатричної допомоги, яка має стати ближчою до пацієнта;

запобіганні випадкам порушення прав громадян України на медичну і соціальну допомогу, неналежного надання протитуберкульозної допомоги;

наданні правових, консультаційних, інформаційних послуг всім, хто їх потребує;

сприянні подоланню в суспільстві негативного ставлення до постраждалих від туберкульозу, проявів стигми і дискримінації.

Одним із найважливіших завдань є активізація роботи центрів первинної медичної допомоги у справі покращення профілактики, виявлення, інфекційного контролю, санітарно-просвітницької роботи, соціальної підтримки і роботи з особами і групами населення, схильними до ризику захворіти на туберкульоз.

### 4.1. ДЕКЛАРАЦІЯ ПРИНЦИПІВ І НАМІРІВ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕХВОРИЛИ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ.

---

Епідемію туберкульозу в Україні оголошено в 1995 році. Відтоді минуло 20 років, але не тільки не досягнуто до епідемічного рівня захворюваності, а й за усіма епідемічними показниками ситуація значно погіршилася. Станом на початок 2015 року захворюваність на

туберкульоз серед усього населення України становила 70,5 випадки на 100 тис. населення. Цей показник на 69,5% вищий за 1995 рік.

Водночас, за період, що минув від початку епідемії туберкульозу, населення України зменшилося на 6,3 млн. чоловік, в той же час суттєво погіршився показник, що вказує на кількість хворих на туберкульоз, що припадає на загальну чисельність населення. Якщо у 1995 році 1 особа, що захворіла на туберкульоз, припадала на 2104 особи при загальній чисельності населення у 51,7 млн. чоловік, то у 2013 році цей показник погіршився на 631 пункт і становив 1 хворий на 1473 осіб при загальній чисельності населення у 45,4 млн. чоловік. А станом на 1.01.2015 року чисельність наявного населення України становила вже 42,9 млн. чоловік, або на 8,8 млн. менше, ніж у 1995 році. При цьому зазначений показник становив вже 1 хворий на 1420, тобто погіршився ще на 53 пункти, або перевищує аналогічний у 1995 році на 684 одиниці.

Виявлення туберкульозу в Україні відбувається переважно за зверненням громадян, тобто пасивно, тож, за оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), в Україні щороку своєчасно не виявляється близько 30,0% випадків захворювання на туберкульоз. Навіть якщо вважати дані ВООЗ лише оціночними, то і половини своєчасно невиявлених випадків захворювання на туберкульоз на кожні 100 тис. населення цілком достатньо для створення в масштабах країни величезного джерела інфекції, невідомого охороні здоров'я та є потенційною небезпекою виникнення важких і часом невиліковних форм захворювання. Україна посідає друге місце в Європейському регіоні за рівнем захворюваності на туберкульоз. Щонайменше 23,0% нових випадків туберкульозу, виявлених в Україні, вже не піддаються лікуванню звичайними протитуберкульозними препаратами, тобто є резистентними, а більше 40,0% таких нових випадків вже мають деструктивну форму.

Серед вперше виявлених хворих на туберкульоз близько 65,0% становлять особи малозабезпечені, непрацюючі працездатного віку, мігранти, особи, що повернулися із місць позбавлення волі і ті, хто не має постійного місця проживання. Це значно погіршує виявлення хворих і організацію їх лікування внаслідок відсутності оптимальних соціальних та медичних заходів з боку держави. Водночас, щороку в Україні виліковується менше 60,0% хворих з новими випадками туберкульозу з бактеріовиділенням, частина вмирає, проте більше 20,0% хворих із невдалим або перерваним лікуванням поповнюють вогнище інфекції серед популяції населення. Зазначені результати лікування хворих на туберкульоз є найгіршими серед країн Східної Європи.

Наведені данні свідчать на користь того, що чинна державна політика протидії туберкульозу не може бути визнана такою, що забезпечує ефективну відповідь епідемії, а отже вимагає суттєвого перегляду.

Головними з проблем, що сприяють поширенню туберкульозу та утворюють групи ризику є: занепад промислового та сільськогосподарського виробництва, соціальна дезадаптованість, збіднілість, неякісне і незбалансоване харчування та незадовільні життєво-побутові умови значних прошарків населення, масове безробіття та внутрішню і неконтрольовану зовнішню міграцію, криміналізацію суспільства та величезну кількість людей, які знаходяться під вартою, занепад системи соціального захисту та забезпечення, наявність шкідливих виробництв та небезпечних професій, занепад системи охорони здоров'я, низький культурний та освітній рівень значних верств населення та ряд інших. Із упевненістю можна говорити, що в суспільстві утворився значний, причому досі не облікований та не контрольований державою прошарок населення, самий спосіб життя яких свідчить про те, що вони можуть хворіти на туберкульоз. До них, зокрема, можна віднести: осіб, які знаходяться за межею бідності, бездомних, наркозалежних, ВІЛ-інфікованих з їх числа, осіб, які знаходяться під вартою або звільнилися із місць позбавлення волі, алкоголіків, осіб без певного роду занять, безробітних, представників ромського етносу, робітників шкідливих виробництв, незаконних мігрантів та деяких інших. Фактори ризику

безпосередньо впливають на виникнення, формування та стан груп ризику, що забезпечує постійне відновлення нових випадків захворювання на туберкульоз. Тому туберкульоз, в першу чергу – проблема політична та соціально-економічна.

Сьогодні проблема туберкульозу вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного значення через невпинне зростання темпів його поширення серед населення України.

Ось чому ми утворюємо Всеукраїнську асоціацію людей, яких торкнулася проблема туберкульозу. Це благодійна організація, яка покликана захищати права і інтереси різних категорій та груп населення в умовах епідемії туберкульозу. По суті своїй, сьогодні в групі ризику захворювання на туберкульоз знаходиться все населення України, або ж переважна його більшість, адже туберкульоз не знає соціальних чи гендерних відмінностей, а вражає всіх, не залежно від статків, способу життя, освіти тощо. Загальновідомим є факт того, що практично всі люди мають в організмі або вакцинний, або природний штам туберкульозної палички, але при цьому зберігається рівновага, і ми не хворіємо на туберкульоз. Захворювання виникає тоді, коли ця рівновага з якихось причин порушується на користь збудника. Тісний контакт з хворою людиною, простудні захворювання, ВІЛ-інфекція, непосильна праця, негігієнічні умови життя, погане харчування, зловживання алкоголем, вживання наркотиків, паління та інші шкідливі звички значно послаблюють захисні властивості організму. Тоді туберкульозні вогнища, як сплячі вулкани, активізуються, і туберкульоз прогресує, руйнуючи легені та інші уражені органи. Резервні можливості клітин імунного захисту виснажуються також при постійних і тривалих стресах, що призводить до їх функціональної неспроможності. Нестабільність в суспільстві, складна економічна ситуація, невпевненість у завтрашньому дні, хронічна нестача коштів, бідність, неухильне зростання споживчих цін, знецінення української гривні, безробіття, незбалансоване і неякісне харчування – ось він портрет типового стресу пересічного українця.

Коли ми кажемо «ті, кого торкнулася проблема туберкульозу», ми маємо на увазі і хворих на туберкульоз, і тих, хто вже вилікувався, і членів їх сімей і всіх тих хто знаходиться з цими людьми у тісному контакті (рідні, близькі, лікарі тощо). Ось чому наша організація покликана стати на захист інтересів не тільки своїх членів, а, по великому рахунку, всіх громадян України.

Саме ті, хто в той чи іншій спосіб постраждав від туберкульозу мають неоціненний особистий досвід того, як в Україні працює система протитуберкульозної допомоги, наскільки вона ефективна, пацієнт-орієнтована, зручна, доступна, коштовна, або, навпаки, безоплатна. Саме ці люди відчують на собі суспільну стигму і дискримінацію, оскільки в суспільстві, з причин поганої поінформованості, існує таке ставлення до людей, яких ця проблема торкнулася.

Цілком зрозуміло, що більшість з тих, кого проблема туберкульозу торкнулася, намагається забути про свій статус, щойно позбувшись захворювання. Але ми ніколи не повинні забувати, що туберкульоз продовжує загрожувати мільйонам українців, а, за великим рахунком, є загрозою для національної безпеки нашої держави.

Тому наш громадянський обов'язок полягає в тому, щоб сприяти вдосконаленню державної політики протидії туберкульозу, поліпшенню надання населенню фтизіатричної допомоги, інформуванню різних верств населення, в першу чергу тих, хто перебуває у групі підвищеного ризику захворювання, проводити роз'яснювальну роботу в середовищі хворих на туберкульоз з метою спонукання своїм власним прикладом їх до проходження повного курсу лікування, унеможливлення переривання, або відривів лікування.

Ми будемо здійснювати постійний громадський контроль за діяльністю центральної та місцевих влад у сфері протидії туберкульозу і одночасно проводити серед тих, хто приймає

управлінські рішення, роз'яснювальну роботу щодо необхідності реформування існуючої практики надання фтизіатричної допомоги, яка має стати ближчою до пацієнта, а ті перешкоди, які сьогодні існують у отриманні медичної допомоги, були усунуті. Ми будемо стежити і фіксувати всі випадки порушення прав громадян України на медичну і соціальну допомогу, неналежне надання протитуберкульозної допомоги, в тому числі – випадки відсутності необхідних для цього ліків, або їх непрофесійного застосування, що призводить до ще більшого погіршення здоров'я пацієнтів. З цією метою ми будемо надавати різні правові, консультаційні, інформаційні послуги всім тим, хто їх потребує, чим будемо сприяти подоланню в суспільстві негативного сприйняття тих, хто постраждав від туберкульоз, членів їх сімей, наявних проявів стигми і дискримінації по відношенню до таких громадян.

#### 4.2. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗАДАЧИ ВСЕУКРАИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ ЛЮДЕЙ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ (МОВОЮ ОРИГІНАЛУ).

---

Затронутые сообщества, располагающие непосредственным опытом людей, пострадавших от туберкулеза, крайне важны для изучения субъективных и социальных характеристик этого заболевания. Понимание ими таких вопросов, как барьеры на пути к получению противотуберкулезной помощи и преграды для завершения лечения, может привести к разработке более эффективных и дружественных по отношению к пациентам программ борьбы с туберкулезом.

Более активное участие затронутых сообществ и гражданского общества в планировании, мониторинге и реализации Национальной программы борьбы с туберкулезом важно для разработки комплексных подходов, охватывающих всех участников и способных привести к выбору лучших способов лечения.

Информированные члены местной общины могут выявить людей с подозрением на туберкулез и направить их для диагностики, оказать поддержку во время лечения и помочь уменьшить стигматизацию и дискриминацию. Организации гражданского общества имеют особые возможности, и противотуберкулезные программы могут получить преимущества от их использования. Их компетенции включают достижение уязвимых групп, мобилизацию общин, распространение информации, помощь в создании спроса на помощь, разработку эффективных моделей оказания помощи и воздействие на детерминанты туберкулезной эпидемии.

Значительная часть больных туберкулезом сталкивается с катастрофическим экономическим бременем из-за прямых и косвенных расходов, связанных с болезнью и медицинской помощью. Неблагоприятные социальные последствия могут включать стигматизацию и социальную изоляцию, прекращение учебы, потерю работы или развод. Отрицательные последствия часто испытывают семьи больных туберкулезом. Даже если диагностика и лечение туберкулеза предоставляются бесплатно, необходимы меры социальной защиты, чтобы облегчить бремя потери дохода и немедицинских расходов обращения за помощью и продолжения получения помощи.

Повышенная осведомленность и понимание природы заболевания не только способствуют снижению стигмы, связанной с туберкулезом, но также поднимают значимость туберкулеза как проблемы общественного здравоохранения в стране.

Стигма действительно является проблемой туберкулеза, и люди, затронутые этим заболеванием, часто испытывают дискриминацию или становятся изгоями в своих сообществах. Страх дискриминации может привести к позднему обращению за лечением и развитию сочетанных инфекций. Организация людей, пострадавших от туберкулеза может помочь в борьбе с дискриминацией, работая с трудно идущими на контакт сообществами и

группами, общественными активистами, которые проводят мероприятия по социальной мобилизации и завоевывают доверие у пациентов, сообществ и уязвимых групп.

В этих условиях Всеукраинская ассоциация людей, пострадавших от туберкулеза может направить свою деятельность в таких основных направлениях:

1. Вовлечение сообществ пострадавших от туберкулеза и лиц, которых коснулась проблема туберкулеза, а также больных туберкулезом в мероприятия по противодействию эпидемии, создание тесных связей между общинами, проектами и местной системой здравоохранения
2. Повышение уровня выявления случаев туберкулеза и содействие в формировании приверженности к лечению среди больных.
3. Преодоление стигмы и дискриминации по отношению к больным туберкулезом и членам их семей.
4. Создание условий и предоставление возможностей людям и сообществам, которых коснулась проблема туберкулеза для их участия и влияния на принятие решений в отношении их на государственном и местном уровнях; мобилизация политической воли и ресурсов для решения проблемы туберкулеза.
5. Ознакомление с лучшими примерами накопленного опыта других партнерских организаций и использование его в своей деятельности.
6. Создание клубов пациентов для оказания поддержки людям с такой же проблемой и их семьям во время прохождения курса лечения.
7. Перемещение фокуса на пациента способствует подготовке и предоставлению информации, ориентированной на потребности пациента, во время консультирования и обучения.
8. Адвокация расширения доступа ОЗГНТБ к качественным услугам ДOTS и предоставления услуг с учетом прав пациента, формирование пациент-ориентированной модели оказания фтизиатрической помощи, содействие в осознании своих прав и обязанностей одновременно пациентами и медработниками, содействие в повышении уровня приверженности больных к лечению.
9. Организация на местном уровне «межсекторальных сетей организаций по борьбе с туберкулезом», включая общественные организации, частный сектор и государственные учреждения, проведение кампаний по улучшению социальной помощи и поддержки пациентов во время лечения, оказание помощи в удовлетворении потребности пациентов и в то же время повышение осведомленность общего населения о туберкулезе.
10. Сотрудничество с Всеукраинской коалицией «Остановим туберкулез вместе», другими всеукраинскими и местными неправительственными организациями противотуберкулезного направления для создания широкого партнерства с общинами, несущими бремя туберкулеза.
11. Улучшение знаний и повышение осведомленности заинтересованных сторон о важных аспектах борьбы с туберкулезом. Правовая защита интересов своих членов или групп, которые они представляют.
12. Работа по расширению прав и возможностей ОЗГНТБ, помощь в снижении стигмы и дискриминации, содействие социальным и структурным изменениям в борьбе с туберкулезом и мобилизации ресурсов, адвокации и политическому диалогу.

13. Повышение уровня осведомленности о туберкулезе среди населения в целом, а также среди тех, кто особенно пострадал от этого заболевания, проведение санитарно-просветительских мероприятий, повышение осведомленности о симптомах туберкулеза, современных методах его диагностики и лечения, доступности бесплатного лечения туберкулеза, распространение информационных материалов.

14. Оказание определенных услуг уязвимым группам населения, обеспечение проведения лечения под непосредственным наблюдением (DOTS) в амбулаторных условиях и улучшение приверженность к лечению посредством социальной и психологической поддержки больных туберкулезом и их семей.

15. Участие в разработке политики и планировании, а также в периодическом мониторинге осуществления противотуберкулезных программ.

## 5. АДВОКАЦІЯ, КОМУНІКАЦІЯ ТА СОЦІАЛЬНА МОБІЛІЗАЦІЯ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ.

---

### Теоретичні та практичні засади.

#### ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.

---

За останні роки в світі вдалося досягнути багато успіхів у боротьбі із туберкульозом завдяки прогресу у медицині та впровадженню ДОТС - стратегії. Однак, для досягнення цілі Глобального партнерства «Зупинити туберкульоз» (STOP TB) – виявляти 70% нових випадків захворювання та успішно виліковувати 85% таких випадків – необхідно вийти за межі медичних проблем (вдосконалення діагностики, розробка нових ліків і вакцин) та приділити увагу численним соціальним, економічним, правовим та політичним проблемам, які впливають на результати боротьби із туберкульозом.

**Адвокація, комунікація та соціальна мобілізація (далі – АКСМ)** є системою комплексних заходів, спрямованих на покращення надання населенню протитуберкульозної допомоги та забезпечення безперешкодного доступу різних верств населення до отримання відповідних медичних та соціальних послуг, пов'язаних із профілактикою, виявленням та лікуванням туберкульозу. В основі АКСМ лежить намагання змінити ставлення до проблеми туберкульозу з боку влади, населення в цілому, але в першу чергу тих груп населення, які є найбільш уразливими до захворювання на туберкульоз, та консолідувати в середині громади зусилля різних суспільних секторів на протидію туберкульозу.

Заходи з АКСМ можуть допомогти у формуванні політичної волі для подолання епідемії туберкульозу в Україні та у створенні нових фінансових механізмів для забезпечення контролю над захворюванням, надати неоціненну допомогу у боротьбі зі стигмою та дискримінацією по відношенню до людей, які постраждали від туберкульозу, змінити в суспільстві невірне уявлення про туберкульоз. Все це є невід'ємною умовою для закріплення та розвитку результатів, які досягнуті у боротьбі із туберкульозом за декілька минулих десятиліть.

**Адвокація (А)** має на меті підсилити відданість уряду України та регіональних влад у впровадженні політики з контролю над туберкульозом. Цього можна досягти шляхом впливу на політиків, міжнародні донорські організації, які працюють в Україні, а також на впливові міжнародні інституції. Можливо використання наступних засобів адвокації: загальнонаціональні конференції з питань боротьби з туберкульозом, зустрічі зацікавлених сторін, парламентські слухання, форуми організацій пацієнтів, медійні заходи (ток-шоу, теледебати тощо) на національних та регіональних ЗМІ, інше.

**Комунікація (К)** може розглядатися в широкому та вузькому розумінні. Комунікація в широкому розумінні означає дії, спрямовані на **зміну ставлення** членів суспільства до проблеми туберкульозу, ознайомлення їх із симптоматикою, основами профілактики, сучасними можливостями лікування тощо. Комунікація у вузькому розумінні означає дії, спрямовані на **зміну поведінки**, тобто має на меті спричинити зміни та вплинути на знання, сприйняття та досвід **у груп населення, що мають уразливість до туберкульозу**. Крім того, вона прагне створити сприятливе середовище, за допомогою якого уразливі спільноти зможуть вести дискусію, дебати, організовуватись, та артикулювати своє ставлення до проблем, пов'язаних з туберкульозом.

**Соціальна мобілізація (СМ)** поєднує зусилля всіх зацікавлених сторін для підсилення участі громади, щоб забезпечити тривалий характер заходів по боротьбі з туберкульозом в Україні. Соціальна мобілізація прагне розпочати діалог, перемови, та

досягти консенсус між різними зацікавленими сторонами, до яких можуть включатись управлінці, мас-медіа, спільнота НУО, бізнес-сектор, професійні асоціації, мережі пацієнтів, що мають туберкульоз, релігійні організації. В основі заходів соціальної мобілізації стоять групи людей, які або мають активну форму туберкульозу, або перехворіли на туберкульоз в минулому. Ці дії спрямовані на зниження стигматизації хворих на туберкульоз та членів їх сімей в суспільстві.

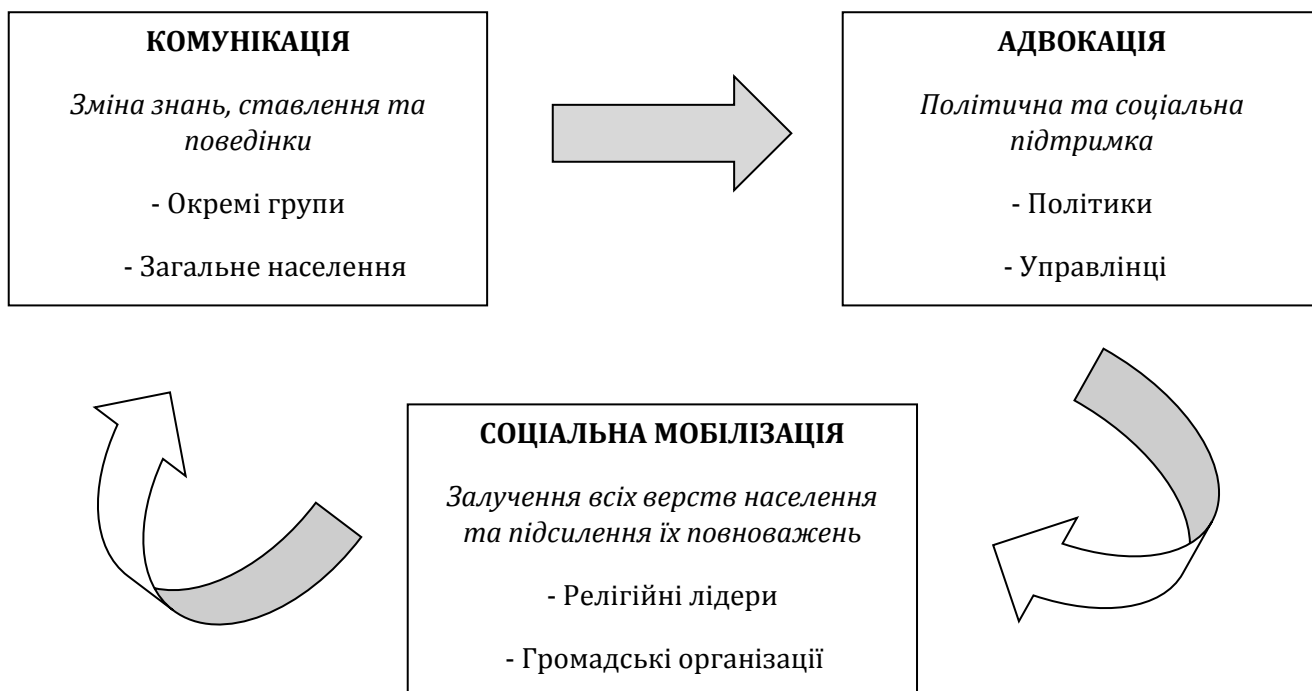
**Сферою надання послуг АКСМ може бути наступна:** розробка і впровадження скоординованої національної стратегії АКСМ на національному та обласному рівнях; мобілізація і побудова потенціалу НУО та лідерів громад для більш активної участі у відповідь на епідемію туберкульозу; адвокація та «аутріч» програми для груп із обмеженим доступом до послуг; поширення знань, стимулювання політичної волі та виділення ресурсів на програми з туберкульозу всіх рівнів; вирішення проблеми туберкульозної стигми та дискримінації в системі охорони здоров'я та в суспільстві; «аутріч» програми для уразливих груп, які стимулюють їх до пошуку доступу до послуг з догляду та розширяють доступність послуг з туберкульозу шляхом залучення нових партнерів тощо.

**В чинній «Загальнодержавній програмі протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках» компонент АКСМ відсутній як окрема сфера діяльності,** хоча серед завдань, визначених Загальнодержавною програмою, є завдання щодо систематичного інформування населення з питань профілактики туберкульозу і лікування хворих, соціальної реклами здорового способу життя. Незважаючи на надзвичайну небезпеку, яку становить епідемія туберкульозу для народу України та для національної безпеки нашої держави, цій важливій складовій профілактики туберкульозу приділяється вкрай незначна увага: не проводяться помітні інформаційно-профілактичні заходи на національному, регіональному та місцевому рівнях, в громадських місцях та в засобах масової інформації практично відсутня соціальна реклама відповідного змісту, високі посадові особи держави не звертаються до народу із зверненнями у зв'язку із проблемою туберкульозу та боротьбою із ним, не проводяться акції благодійного характеру тощо. Майже не надається важлива інформація різним верствам населення стосовно характерної симптоматики та методів лікування туберкульозу з метою стимулювати людей, які мають симптоми захворювання і підозру на туберкульоз пройти обстеження в лікувальних установах, переконувати хворих на туберкульоз дотримуватися всіх рекомендацій в процесі їх лікування та сприяти залученню людей, які вилікувалися від туберкульозу, до пропаганди протитуберкульозної інформації, сприяти подоланню проявів дискримінації і стигматизації хворих на сухоти тощо. В «Загальнодержавній програмі протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках» видатки на удосконалення системи інформування населення з актуальних питань, пов'язаних із захворюванням на туберкульоз та систематичне видання і розповсюдження серед населення соціальної реклами та інформаційно-просвітницьких матеріалів з актуальних питань, пов'язаних із захворюванням на туберкульоз цільовим способом з Державного бюджету України не передбачені. Таким чином, органи державної влади, обласні державні адміністрації та громадські організації практично не можуть здійснювати визначені їм в «Загальнодержавній програмі протидії захворюванню на туберкульоз на 2007–2011 роки» завдання щодо проведення інформаційно-просвітницької роботи з актуальних питань, пов'язаних із захворюванням на туберкульоз, внаслідок відсутності необхідних для такої діяльності бюджетних та позабюджетних коштів. Це означає, що протягом тривалого часу народ України має обмежену інформацію про туберкульоз, що, в свою чергу, неминуче впливає на погіршення епідемічної ситуації. Через відсутність чіткого усвідомлення рівня поширеності епідемії основний потік фінансування заходів традиційно спрямовується на подолання наслідків епідемії, а не на профілактику і попередження, що, в свою чергу, призводить до зростання темпів поширення епідемії та низької ефективності використання коштів, спрямованих на її подолання. За свідченням експертів, подальше лікування таких хворих має обійтися державі у десятки разів дорожче, а часу знадобиться майже в 4 рази більше.

Водночас, практики і науковці свідчать на користь того, що в Україні має місце неефективна організація лікування хворих, яка включає в себе, в першу чергу, хронічне недофінансування протитуберкульозних закладів, пізню діагностику, відсутність стовідсоткового контролю за прийомом ліків, відсутність санітарно-освітньої роботи з пацієнтами, низький відсоток негативації мокротиння після інтенсивної фази лікування, високу поширеність ВІЛ та ТБ/ВІЛ інфекції, поширеність тяжких випадків у зв'язку із пізнім виявленням, відсутність стимулу до лікування у пацієнтів, що призводить до значного відсотку перерваного лікування тощо. Про те, що заходи з раннього виявлення туберкульозу все ще проводяться не на належному рівні, свідчать високі показники виявлення хворих на деструктивні форми туберкульозу. Питома вага деструктивних форм туберкульозу серед хворих на активний туберкульоз органів дихання становить нині близько 40,0%. **Все це є свідченням того, що в Україні не реалізуються на належному рівні заходи з адвокації, комунікації та соціальної мобілізації в сфері протидії захворюванню на туберкульоз.**

Адвокація, комунікація та соціальна мобілізація – це різні види заходів з різними цілями. Однак вони тісно переплітаються, доповнюють один одного і стають найбільш ефективними, коли проводяться разом. Таким чином, заходи щодо АКСМ повинні розроблятися паралельно, а не окремо.

АКСМ це три взаємопов'язані комунікативні канали. Цей взаємозв'язок можна представити собі у вигляді такої схеми.



Різні проблеми, що так чи інакше впливають на ефективність заходів боротьби із туберкульозом, можна вирішувати за допомогою комплексу АКСМ. З наступної схеми стає очевидним, що на більшості з цих проблем можна впливати одночасно за допомогою всіх трьох складових стратегії.

- Соціально економічна криза
  - Неефективне медичне обслуговування та недостатнє фінансування
  - Незадоволений медперсонал
  - Неефективне застосування ліків (медперсоналом та хворими); туберкульоз з МЛС
  - Нестача ефективних освітніх стратегій
  - Епідемія ВІЛ
  - Стигма і дискримінація
  - Недостатньо розвинуте громадянське суспільство
  - Недостатня соціальна підтримка уразливих груп
- АДВОКАЦІЯ

КОМУНІКАЦІЯ

СОЦІАЛЬНА МОБІЛІЗАЦІЯ

Пріоритетна місія комплексу АКСМ у боротьбі із туберкульозом особливо помітна на прикладі розробленої в Україні з метою отримання гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією програми подолання епідемії туберкульоз, якою передбачено вирішення таких завдань, як «Покращити діагностику», «Покращити доступ для високоякісних послуг для людей, які з різних причин мають обмежений доступ до протитуберкульозних медичних послуг» та «Підвищити потенціал системи охорони здоров'я України щодо відповіді на туберкульоз шляхом покращення врядування, необхідного для реалізації програми з туберкульозу». Четвертим завданням цієї програми є завдання «Підвищити загальний доступ до діагностики, лікування та догляду у зв'язку з туберкульозом через підвищення обізнаності, мобілізації політичної підтримки та зниження стигми», що і є власне адвокацією, комунікацією та соціальною мобілізацією. Втім, цілком очевидно, що останнє завдання не є відокремленим від інших. Навпаки, успішне виконання інших трьох не можливе без застосування форм і методів АКСМ.

За допомогою АКСМ можна досягти значних успіхів у вирішенні цілого ряду проблем, які існують у сфері протидії захворюванню на туберкульоз, а саме:

- збільшити рівень виявлення випадків захворювання на туберкульоз;
- збільшити рівень успішного лікування;
- знизити захворюваність на туберкульоз;
- знизити смертність від туберкульозу;
- знизити ризик туберкульозу з МЛС;
- покращити якість життя.

В останні роки стратегія АКСМ успішно використовувалася в світі для вирішення чотирьох ключових проблем:

- Мобілізація політичної волі і ресурсів для боротьби з туберкульозом;
- Підвищення рівня виявлення випадків туберкульозу і поліпшення прихильності до лікування;
- Подолання стигми;

- Надання повноважень людям і спільнотам, яких торкнулася проблема туберкульозу та ВІЛ, брати участь і впливати на прийняття рішень щодо них на всіх рівнях.

## АДВОКАЦІЯ.

---

В найбільш загальному сенсі адвокація означає вплив на особу, яка приймає рішення.

**«Адвокація», або ж «адвокатирування»** (від англ. *Advocacy*) означає в перекладі **рекомендацію, підтримку, аргументацію, просування чогось.**

Звичайне, або ж побутове вживання терміну **«адвокація»** означає **бути ярим прихильником чогось.**

Специфічне понятійне значення терміну **«адвокатирування»** означає особливий вид діяльності із характерними рисами, як правило пов'язаний із соціальною проблематикою.

В українську та інші мови термін **«адвокація»** (рідше – «адвокатирування») увійшов у неперекладанному вигляді саме у понятійному значенні.

**Адвокація** - це серія скоординованих заходів для того, щоб отримати політичну і соціальну підтримку і переконати політиків, донорів і чиновників, які приймають рішення на національному, регіональному, районному та місцевому рівнях, прийняти необхідні рішення, розробити та затвердити необхідні нормативні акти, виділити фінансування та вжити інші кроки, необхідні для ефективної боротьби із туберкульозом. Вплив на цих осіб здійснюється через використання різноманітних каналів.

**Мета адвокації у боротьбі з туберкульозом** полягає в тому, щоб мобілізувати політичну підтримку, а також збільшити і підтримувати на потрібному рівні фінансування та забезпечення програм боротьби з туберкульозом.

Заходи з адвокації проводяться для того, щоб:

- національні уряди та місцеві адміністрації залишалися віддані впровадженню стратегії програм контролю за туберкульозом;
- розроблялися і впроваджувалися відповідні стратегії та документи, що сприяють позитивним змінам (розширювався доступ до послуг з діагностики, медичної допомоги та лікування для людей з туберкульозом та ВІЛ і т.д.);
- закріплювалися відповідні практики; фінансові та інші ресурси розподілялися і використовувалися ефективно.

**Цільовими групами** для заходів з адвокації виступають політики, високопоставлені чиновники, впливові особи, лідери та донори.

Адвокація включає три наступні **компоненти**:

- **Адвокація політики** спрямована на досягнення розуміння політиками і керівниками того, який вплив пов'язані з туберкульозом проблеми можуть робити (і роблять) на країну і які дії необхідні для поліпшення законодавства і стратегій.
- **Програмна адвокація** націлена на лідерів на національному та місцевому рівні і спонукає їх робити активні дії на підтримку програми боротьби з туберкульозом.

- **Медіа-адвокація** надає значимість питанню, ставить проблему на порядок денний і нагадує про те, що висвітлювати теми, пов'язані з туберкульозом, потрібно регулярно і відповідально, щоб таким чином підвищувати обізнаність суспільства і, можливо, знайти рішення існуючих проблем.

Адвокація здійснюється за допомогою низки заходів, найчастіше декількома одночасно, щоб мобілізувати громадську підтримку і впливати на високопоставлених політиків. Найпоширенішими є наступні **заходи**:

- ✓ Парламентські дебати та інші політичні події;
- ✓ Прес-конференції та брифінги;
- ✓ Сюжети в новинах;
- ✓ Телевізійні та радіо ток-шоу;
- ✓ Телевізійні серіали;
- ✓ Саміти, конференції та симпозиуми;
- ✓ Виступи відомих публічних осіб;
- ✓ Зустрічі представників різних парламентських груп і громадських організацій; організацій людей, яких торкнулася проблема туберкульозу; медпрацівників;
- ✓ Зустрічі партнерських організацій;
- ✓ Офіційні меморандуми;
- ✓ Звернення.

До **методів**, які застосовуються в діяльності з адвокації варто віднести наступні:

- Лобіювання
- Переговори, особисті зустрічі
- Парламентські дебати та інші політичні події
- Кампанії (виступи, програми) у ЗМІ
- Проведення наукових конференцій і т.п.
- Публікація звітів про дослідження з рекомендаціями
- Громадські демонстрації, бойкоти тощо
- Театралізовані видовища

Серед **інструментів** адвокації найбільш ефективними є такі, як, зокрема:

- Інформаційні повідомлення, доповідні записки, інформаційні пакети
- Презентації
- Петиції, кампанії зі збору підписів
- Прес-релізи, прес-пакети

- Аудіо / відео касети та диски, фотографії
- Плакати, білборди
- Інформаційні бюлетені

Які основні кроки треба зробити на шляху до успішної адвокації? Для цього надзвичайно важливим є **планування діяльності з адвокації**.

Спочатку треба провести ретельне дослідження, зібрати інформацію, що підтверджує наявність проблеми. Найбільш ефективним засобом такого дослідження може стати громадська експертиза діяльності місцевих органів влади та самоврядування у реалізації заходів програми боротьби із туберкульозом.

Наступним кроком є чітке визначення і описання проблеми.

Далі настає етап просвітництва, коли проводиться інформування впливових осіб про наявні проблеми та існуючі потреби.

Потім громадськість пропонує впливовим особам провести зміни, необхідні для вирішення проблеми.

І, нарешті, настає момент, коли треба мобілізувати суспільство для здійснення впливу на людей, які приймають рішення.

#### **Навички, необхідні для ефективної адвокації:**

1. Знання і розуміння теми, питання, предмета.
2. Навички ведення переговорів і переконання.
3. Навички спілкування зі ЗМІ (використання комунікативних каналів).
4. Впевненість і переконаність.
5. Ефективні комунікативні навички.

Знання і розуміння теми:

- Визначить проблему або питання, важливі для спільноти:
  - доступ до кваліфікованих послуг DOTS для людей з підозрілими на туберкульоз симптомами;
  - швидка діагностика;
  - безкоштовне протитуберкульозне лікування.
- Зберіть і документально оформіть точну та свіжу інформацію:
  - дізнайтеся точно, що відбувається;
  - отримайте як можна більше підтверджень (доказів).
- Проаналізуйте і оцініть вплив політики, закону чи практики:
  - прочитайте документи і дайте їх для ознайомлення іншим;
  - обговоріть з партнерами, чи є ефект від впровадження.

Навички ведення переговорів та переконання:

- Завжди зосереджуйте увагу на цілі та завданнях переговорів.
- Підкріплюйте свої аргументи цифрами і фактами.
- Будьте терплячі, не поспішайте.
- Будьте в злагоді і єднанні зі своєю групою під час дискусії.
- Пам'ятайте про свої можливості (обмеження) і зобов'язання.
- Продовжуйте діалог навіть у важких ситуаціях.
- Не показуйте неприйняття поглядів інших людей або неповагу до них – будьте спокійні і ввічливі.
- Слухайте, співчуйте і спостерігайте.
- Залишайтеся оптимістом. Використовуйте тон голосу і переконливу мову.
- Уважно ставтеся до того, що говорите – виконуйте обіцянки і обіцяйте тільки те, що Ви можете виконати.
- Не обманюйте і не вводьте в оману.
- Відступайте, але не здавайтеся – будуйте стосунки на довготривалій основі.

Навички спілкування зі ЗМІ (використання комунікативних каналів):

- Дізнайтеся, що шукає журналіст для створення сюжету.
- Створіть ефективні «заготовки» – розробіть спеціальні повідомлення (рекламний стиль), щоб у Вас було більше шансів зацікавити пресу.
- Розвивайте презентаційні навички.
- Встановлюйте хороші стосунки з журналістами для посилення гласності.
- Подумайте, що потрібно розповісти, а що ні, спілкуючись з журналістами.
- Контролюйте, як Ваші основні повідомлення представлені в ЗМІ.
- Познайомтеся із професійною термінологією (жаргоном) ЗМІ, щоб говорити зі своїм співрозмовником однією мовою.

Впевненість і переконаність (захопленість):

- Вивчіть предмет / тему / питання.
- Попрактикуйтесь у виступах (презентаціях) і відповідях на запитання.
- Визначте і використовуйте свої сильні сторони в міжособистісному спілкуванні та комунікативні навички.
- Уважно підготуйте ключові інформаційні повідомлення.
- Висловлюйте свою точку зору з ентузіазмом.

## **Висновки.**

Таким чином, адвокація, як і інші заходи комплексу АКСМ, має сприяти досягненню цілей національної та місцевих програм з контролю за туберкульозом, а її заходи повинні усувати конкретні бар'єри для успішного виконання завдань цих програм.

Адвокація – це діяльність яка:

Повинна змінити політику, закони і практики.

Буде проводитися серед політиків, представників влади, журналістів, лідерів.

Спрямована головним чином на впливових людей.

Індикатором успіху якої будуть:

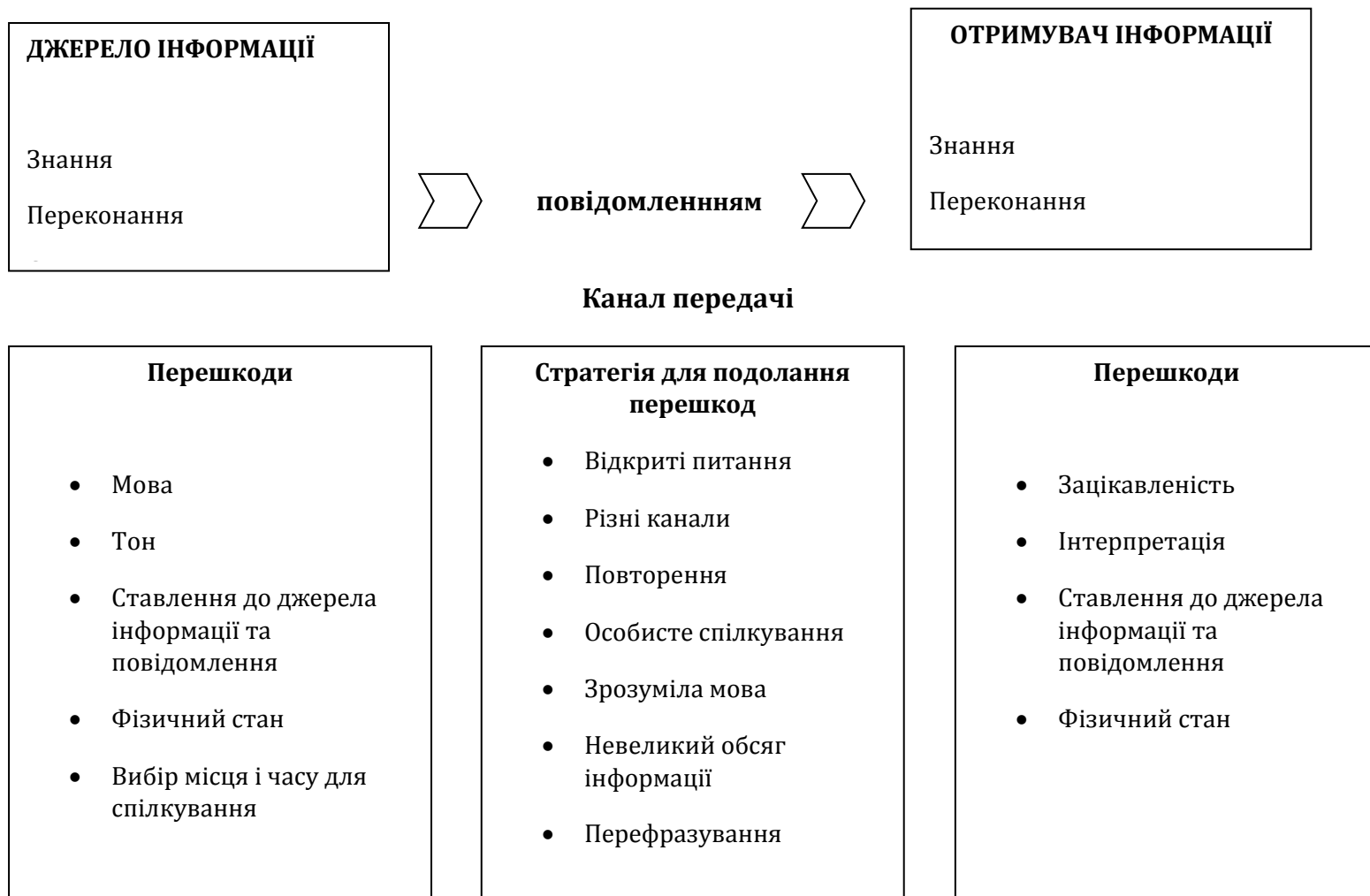
Нові або змінені політика, закони та практики, що дозволили вирішити існуючу проблему.

Додаткове фінансування, ресурси.

## КОМУНІКАЦІЯ.

**Комунікація** – це двосторонній процес (вербальний або невербальний) передачі інформації, думок або почуттів за допомогою мови, жестів або дій, від джерела до одержувача інформації з метою покращення знань, зміни ставлення та поведінки. Комунікацію використовують, щоб інформувати, переконувати, навчати, консультувати.

Процес комунікації складається з наступних ключових елементів: джерело інформації, повідомлення, канал передачі, одержувач інформації, бар'єри і реакція (зворотний зв'язок). Його можна представити у вигляді такої схеми.



Комунікація буде ефективною, тільки якщо існує зворотна реакція одержувача, яка свідчить про те, що інформаційне повідомлення було їм зрозуміле. **Комунікація – це процес, а не набір інформаційних матеріалів – брошур, інтернет сайтів, інформаційних бюлетенів та інш.**

У контексті боротьби з туберкульозом комунікація в першу чергу спрямована на:

1. Надання і покращення знань про:

- туберкульоз (наприклад, про його симптоми і виліковність)
- послуги, що надаються (наприклад: з діагностики та лікування).

2. Зміна поглядів і поведінки пацієнтів та медпрацівників для того, щоб стимулювати звернення населення за медичною допомогою і проходження хворими повного курсу лікування.

В основі комунікації лежить **ефективне інформаційне повідомлення**. Щоб воно стало таким, надзвичайно важливим є ретельне вивчення цільової аудиторії та її потреб. Чим точніше збігаються потреби аудиторії і пропоновані інформаційні повідомлення, тим вище ймовірність того, що мета комунікації буде досягнута. Інформаційні повідомлення повинні адаптуватися для кожної цільової аудиторії відповідно до мети комунікації. Слід уникати зайвої інформації та включати в повідомлення тільки ту інформацію, яка необхідна для зміни поведінки цільової аудиторії. Точні і ясні інформаційні повідомлення заслуговують найбільшої довіри. Рекомендації та інформація з лікування туберкульозу змінюються дуже часто, тому так важлива наукова точність повідомлень.

Аудиторія повинна довіряти тому, від кого виходить інформаційне повідомлення, – чи буде це хто-небудь з керівних осіб, знаменитих людей або представник групи населення. Довіра до людини буде пов'язана з довірою до інформаційного повідомлення, яке він передає. Людина, що підходить для повідомлення про важливість туберкульозу як проблеми громадської охорони здоров'я, наприклад, може не підходити для такої ролі при передачі повідомлення з метою зниження рівня стигматизації туберкульозу. Знаменита особистість може стати гарним вибором для інформування з метою підвищення обізнаності про туберкульоз, але людина, яка вилікувалася від туберкульозу, краще би підходила для інформаційного повідомлення про стигматизацію туберкульозу. Коли в повідомленні йдеться про медикаментозне лікування туберкульозу, краще всього використовувати надійний і об'єктивне джерело. Фармацевтична компанія з яскраво вираженою зацікавленістю в доходах від продажу ліків не може стати хорошим комунікатором, тому що це зведе нанівець значення інформаційного повідомлення.

Для того, щоб повідомлення стало насправді ефективним, варто його попередньо протестувати з представниками цільової аудиторії.

Важливим є і правильний вибір інформаційного каналу для кожної цільової аудиторії. Існують наступні **канали комунікації**:

Канали ЗМІ:

- ✓ Мовлення (телевізійне та радіо на національному та регіональному рівнях)
- ✓ Друкована преса
- ✓ Інформаційні та комунікаційні технології (інтернет сайти, соціальна преса (наприклад, інтернет форуми, блоги і чати), дистанційне навчання, компакт диски, програми мобільних телефонів)

Міжособистісні канали:

- ✓ «Гарячі» телефонні лінії
- ✓ Консультування
- ✓ Навчання «рівний рівному»
- ✓ Неформальні дискусійні групи
- ✓ Тренінги

Громадські канали:

- ✓ Групове спілкування (дискусійні групи, групи підтримки «рівний рівному» і т. д.)
- ✓ Живі видовища (вуличний театр, ляльковий театр, шоу талантів, конкурси)
- ✓ Місцеві ЗМІ (місцеві газети; місцеве радіо).

Ці канали також використовуються для проведення заходів з адвокації та соціальної мобілізації.

Існує необхідність поліпшення навичок спілкування та консультування у медичних працівників. Пацієнти часто називають погане ставлення медпрацівників і незадовільне спілкування з ними як одну з основних причин затримки звернення за медичною допомогою або припинення курсу лікування туберкульозу. Міжособистісна комунікація має бути важливою складовою інформаційного обміну у всіх сферах надання послуг з лікування туберкульозу. Медичні працівники, які володіють гарними навичками міжособистісної комунікації, вміють поспівчувати і викликати довіру, виражаються ясно і просто, ставляться з повагою до пацієнта, – важлива ланка в наданні якісних послуг з лікування туберкульозу, а також позитивний стимул для зміни поведінки хворих на туберкульоз.

Найбільш ефективною формою спілкування з пацієнтом є **консультування**, яке дозволяє з'ясувати особливості та особисті життєві обставини пацієнта, разом з ним визначити перешкоди для дотримання режиму лікування, дозволяє пацієнту зрозуміти медичну інформацію, прийняти власне рішення щодо лікування і прагнути до одужання. Пацієнти, які розуміють суть лікування, відчують розуміння та доброзичливе ставлення лікаря, зазвичай більш задоволені лікуванням, відчують відповідальність за власне здоров'я та пропагують лікування серед інших пацієнтів.

**Консультування** – це конфіденційний діалог між медичним працівником і пацієнтом, який допомагає пацієнтові розібратися у своїх почуттях, впоратися зі стресом і прийняти усвідомлене рішення з приводу діагностики та лікування.

**Цілі консультування** з питань туберкульозу можна визначити наступні:

1. Попередження розповсюдження туберкульозу.
2. Надання психологічної підтримки пацієнту з туберкульозу.
3. Мотивація хворого на туберкульоз пройти курс лікування повністю.
4. Допомога пацієнтові в прийнятті та виконанні власного усвідомленого рішення.

Процес спілкування «медпрацівник – пацієнт» тоді ефективний, коли медпрацівник:

- ✓ Розположує до себе людей;
- ✓ Проводить бесіду в сприятливій обстановці, що розположує до питань та коментарів;
- ✓ Не поспішає і не підвищує голосу;
- ✓ Викладає інформацію просто і ясно;
- ✓ Ставить питання, щоб упевнитися, що співрозмовник розуміє, про що йде мова;

- ✓ Спокійний і терплячий, навіть якщо співрозмовник насилу сприймає інформацію.

**Ознаки ефективного консультування** можна назвати такі:

- ✓ Орієнтовано на конкретного пацієнта.
- ✓ Інтерактивне (ця інформація базується на діалозі, а не монолозі).
- ✓ Приватне і конфіденційне.
- ✓ Індивідуальний підхід.

Консультування спрямоване на зміну поведінки пацієнта, яка (зміна) проходить такі етапи:

- Переднамір (людина не визнає наявність проблеми)
- Намір (людина розуміє необхідність у зміні поведінки)
- Рішення (людина обдумує варіанти, умови, наслідки)
- Дія (людина намагається змінити поведінку)
- Підтримання (людина намагається дотримуватися нової моделі поведінки)
- Стала зміна поведінки або повернення до проблемної поведінки.

Якщо інформація або зміна поведінки нав'язується людині до досягнення нею того етапу, коли вона готова приймати рішення, людина не сприйме цю інформацію і не буде вживати потрібних дій (звертатися до лікаря, виконувати його рекомендації і т. д.).

Для того щоб процес комунікації був ефективним необхідний ряд умов:

1. Джерело інформації повинно:

- Добре знати предмет.
- Бути зацікавленим в предметі.
- Знати свою цільову аудиторію і вміти встановити контакт з нею.
- Говорити зрозумілою для одержувача інформації мовою.
- Вибрати відповідний канал комунікації.
- Встановити зворотний зв'язок.

2. Інформаційне повідомлення повинно бути:

- Ясним і лаконічним.
- Вірогідним і правдивим.
- Відповідним потребам одержувача інформації.
- Своєчасним.
- Значущим.

- Переконливим.
- Відповідним конкретній ситуації.
- Послідовним (повторюватися і надаватися у вигляді всіх використовуваних каналів комунікації: наприклад, у буклетах, відеороликах, під час консультування і т. д.).

3. Одержувач інформації повинен:

- Бути зацікавленим в отриманні інформації.
- Уважно слухати.
- Розуміти важливість інформації.
- Реагувати на інформацію.
- Бути на відповідному етапі зміни поведінки.

4. Канал інформації повинен бути:

- Відповідним характеру (формі) інформаційного повідомлення.
- Доступним за вартістю як для відправника, так і для одержувача інформації).
- Привабливим для одержувача інформації.
- Прийнятним (допустимим) з точки зору соціальних норм, освітнього та культурного рівня одержувача інформації
- Доступним (наприклад, для надання інформації за допомогою комп'ютерної гри, представники цільової аудиторії мають мати доступ до комп'ютерів і вміти ними користуватися)

- Стійким (розрахованим на тривалу дію, використання)
- Легким в застосуванні.

5. Бар'єри на шляху ефективної комунікації:

- Шум.
- Переривання під час розмови.
- Іноземна мова.
- Осудження (наприклад, під час консультування).
- Закриті питання.
- Невідповідне поза, жести, міміка або відволікаючі дії учасників.
- Зайва (надмірна) інформація.

#### **Навички ефектвної комунікації:**

1. Усвідомлення власних цінностей і відмова від судження про цінності інших людей.
2. Концентрація уваги на ситуації, питанні, практиці, а не людині.
3. Здатність викликати у людини довіру.

4. Навички вербальної та невербальної комунікації (візуальний контакт; поза, яка свідчить про зацікавлене відношення до співрозмовника, і т.д.).

5. Уміння проявити співчуття і підтримати співрозмовника.

6. Уміння спостерігати за іншими людьми і інтерпретувати їх поведінку.

7. Знання для корекції неправильно зрозумілої або помилкової інформації.

8. Уміння задавати питання (використовувати відкриті й уточнюючі запитання, які дозволяють з'ясувати думки, почуття і проблеми співрозмовника; уникати навідних питань).

9. Навички активного слухання (здатність уточнювати, передавати своїми словами і підводити підсумок того, що турбує співрозмовника).

10. Уміння заохочувати людей задавати питання.

11. Уміння похвалити і підтримати співрозмовника.

12. Вміння не робити поспішних висновків до того, як людина закінчить говорити.

13. Уміння використовувати мову, зрозумілу іншим людям.

14. Уміння ефективно використовувати допоміжні матеріали.

15. Уміння підтримати впевненість і самоповагу в інших людях.

16. Уміння упевнитися в тому, що співрозмовник розуміє інформацію, що подається і отримати у відповідь його реакцію (зворотний зв'язок).

17. Уміння уникнути непотрібної зміни теми розмови.

Чим точніше збігаються інформаційні потреби конкретної цільової аудиторії та інформаційні повідомлення, які їй пропонуються, тим швидше досягнення комунікаційної мети. Для розробки ефективних інформаційних повідомлень необхідно:

1. Проведення дослідження для визначення цільової аудиторії.

2. Вивчення аудиторії і визначення її інформаційних потреб.

3. Адаптація інформаційних повідомлень для даної цільової аудиторії і відповідно до мети комунікації.

4. Готувати повідомлення зрозумілими і легкими для сприйняття.

5. Створювати чіткі і виразні інформаційні повідомлення.

6. Підкреслювати переваги і усувати бар'єри.

7. Встановити зв'язок з аудиторією (впливати не тільки на розум людини, але й на емоції, щоб інформаційне повідомлення знаходило відгук у аудиторії. Аудиторія повинна не просто зрозуміти повідомлення. Воно повинно бути значимим і важливим для неї і викликати емоційну реакцію – розчарування, хвилювання, гнів, пристрась, радість, щастя чи смуток).

8. Обрати підходящий для цієї аудиторії вид звернення (інформування, розвага, переконання, навчання) і тон (гумористичний, раціональний і т. д.).

9. Зробити інформаційні повідомлення захоплюючими (енергійними, новими і такими, що запам'ятовуються), щоб аудиторія «ловила» їх і передавала іншим представникам цільової аудиторії.

10. Мотивувати аудиторію до конкретної дії. Викликати зворотну реакцію. Закликати до дії!

11. Протестувати інформаційні повідомлення.

12. Вибрати правильні комунікативні канали для передачі певних інформаційних повідомлень для певної аудиторії.

13. Повторювати ключові інформаційні повідомлення.

14. Послідовно передавати інформаційні повідомлення через різні канали протягом тривалого періоду часу. Повторення дуже важливе. Не можна змінювати своїх повідомлень до тих пір, поки аудиторія не вбере інформацію.

15. Передавати теж саме інформаційне повідомлення по-різному, використовуючи інші слова (не змінюючи змісту), щоб воно не набридло аудиторії.

Чим більше відповідності між уявленнями, потребами цільової аудиторії і інформаційними повідомленнями, тим вище ймовірність того, що мета комунікації буде досягнута.

Інформаційні повідомлення про туберкульоз, що передаються по всіх каналах, повинні бути послідовними. Чим більше інформаційні повідомлення підсилюють один одного, тим краще будуть результати. Це не означає, що потрібно створити одне повідомлення на всі випадки. Швидше, це означає визначення ключових ідей, які повинні передаватися всіма інформаційними повідомленнями незалежно від виду комунікації.

Цілі комунікація про туберкульоз повинні бути ширше, ніж просто підвищення обізнаності населення.

### **Висновки.**

Адвокація та комунікація є різними видами діяльності, але тісно взаємопов'язаними. Адвокація – це особливий вид комунікації, покликаний домагатися змін у політиці та підходах, які зазвичай втілюються в життя політиками і високопоставленими чиновниками. Комунікація – це більш широке поняття, яке в даному контексті використовується у значенні комунікації з метою індивідуальної чи групової зміни поведінки.

Щоб відрізнити захід з адвокації від заходу по комунікації, може бути корисною наступна загальна рекомендація: якщо цільова аудиторія невелика (окремі особи або малі групи), а мета заходу полягає у зміні законодавства, політики, прийняття важливого рішення, тоді це, найімовірніше, – адвокація. Якщо ж цільова аудиторія велика (населення, етнічні групи, тощо), а мета – зміна поведінки, тоді це – комунікація.

Одним з найвідоміших представників теорії «соціальної мобілізації» вважають Ернеста Гелнера. Він є одним з авторів модернізаційної теорії націотворення, а на його працю «Нації і націоналізм» часто посилаються зарубіжні і вітчизняні дослідники. В загальному вигляді його розуміння модернізації пов'язується з переходом від аграрно-ремісничого до індустріального суспільства. В ході цього переходу відбувається швидкий промисловий розвиток, впроваджуються ринкові відносини, складається індустріальне суспільство. **У свою чергу, це спричиняє формування нової соціальної структури та інші процеси, які в комплексі характеризуються, як «соціальна мобілізація».**

«Соціальна мобілізація, – писав український дослідник Б. Кравченко у своїй книзі «Соціальні зміни і національна свідомість в Україні ХХ ст.», – стосується зростання промисловості, торгівлі, міст, поширення освіти, тобто змін, які творять новий триб життя, що схиляє населення прийняти нові цінності, репрезентовані національністю, і породжує громадські ресурси, що передбачають ефективну організацію при задоволенні нових потреб. Члени мобілізованої громади найімовірніше будуть радше міськими, ніж сільськими мешканцями, письменними, ніж неписьменними, неселянськими, ніж селянськими, і освіченими, ніж неосвіченими». Соціальна мобілізація, у свою чергу, стимулює процеси зростання національної свідомості, сприяє формуванню національної еліти, політичних партій, які ставлять питання про самовизначення позбавлених власної державності націй. Національна ідея набуває масової підтримки, втілюється в «національну мобілізацію», яка призводить до здобуття нацією державного суверенітету.

Соціальна мобілізація має на меті змінити загальні уявлення людей. Це такий процес, у якому головні кластери старих соціальних, економічних та психологічних зобов'язань розмиваються або розвалюються і люди стають доступними для нових зразків соціалізації та поведінки (Карл Дойтч, 1963).

Соціальна мобілізація має на меті виявлення потенціалу людей. Процес, який допомагає використати потенціал та бажання людей допомогти самим собі (Хан, 1999).

Соціальна мобілізація – це процес, у якому використовується латентна енергія людей для колективних дій (Баруа, 2001).

Як зазначає доктор Сах, у широкому сенсі соціальна мобілізація означає згуртування членів громади зі специфічною метою. Ця мета може бути релігійною, соціальною, економічною, із захисту навколишнього середовища, політичною, культурною тощо. Конкретніше — права людини, врядування, відновлення, інтеграція тощо. Усі або майже усі люди в суспільстві стикаються безпосередньо чи опосередковано з процесом соціальної мобілізації.

Соціальна мобілізація включає в себе заплановані дії та процеси для досягнення, впливу та залучення усіх необхідних груп суспільства в усіх секторах, як на національному рівні, так і на рівні окремих громад, з метою створити сприятливе середовище, привести до позитивних змін в поведінці та соціальній сфері.

Соціальна мобілізація – це підтримка та надання повноважень маргіналізованим та уразливим групам через формування свідомості суспільства, а також організація діяльності для заохочення людей використовувати свій потенціал і ресурси.

Соціальна мобілізація - це спланований процес, у якому всі основні сектори суспільства діють разом задля досягнення спільної мети.

Соціальна мобілізація є тим підходом, який може бути використаний для створення необхідного стану суспільства, що забезпечує проведення протитуберкульозних заходів на належному рівні ефективності.

Соціальна мобілізація має на увазі поєднання можливості вибору і добровільної участі. Люди приходять на допомогу, коли вони бачать, що це в їх інтересах і коли вони самі переконані, що це важливо для них і для оточуючих.

Соціальна мобілізація допомагає задіяти динамічні сили в суспільстві. При цьому кожен член суспільства виявляється охопленим, у кожного з'являється своя роль, кожен повинен відчувати свій внесок у спільні зусилля. Ідея, на якій заснована соціальна мобілізація, полягає у створенні основи для досягнення поставлених цілей. Однак і після того, як мета досягнута, важливо підтримувати і нарощувати створені зв'язки. Таким чином, енергія людей, що один раз була задіяна, може бути спрямована в русло підтримки подальших кроків у області протидії туберкульозу щоб забезпечити тривалий характер заходів по боротьбі з туберкульозом в Україні.

Водночас, соціальна мобілізація може принести результати лише в тому випадку якщо є необхідні політичні умови та юридична база. Люди, відповідальні за прийняття основних рішень, повинні мати відповідні переконання і готовність діяти. Якщо ці умови не виконані, то на першому етапі слід використовувати методи пропаганди для того, щоб заручитися їхньою підтримкою (тобто адвокація). Слід пам'ятати, що для соціальної мобілізації підтримка вищого керівництва є абсолютно необхідною умовою. Пропаганда ідей полягає в зміні громадської думки або політики з метою досягнення будь-яких цілей. Це передбачає формування політичних і соціальних переконань. Для досягнення цієї мети використовуються такі методи як створення коаліцій, пропаганда ідей на рівні пересічних громадян і робота із засобами масової інформації. Пропаганда ідей означає створення середовища, в якому політична воля і юридичні умови діють так, щоб викликати необхідні зміни.

**Це є прямими свідченням того, що соціальна мобілізація невід'ємна від адвокації та комунікації.**

Уряд володіє певними можливостями, оволодіють ними і неурядові організації. Дуже часто можливості однієї сторони доповнюють можливості іншої. Уряд може бути дуже ефективним у тому, що стосується виділення ресурсів, тоді як неурядові організації виявляються більш пристосованими для мобілізації людей. При проведенні соціальної мобілізації урядовий і неурядовий сектори працюють разом. Координація між ними здійснюється через Ради, які діють на національному, регіональному та місцевому рівнях.

Соціальна мобілізація – це процес формування загального розуміння того, що туберкульоз є однією з найважливіших проблем суспільства, залучення широких верств суспільства, формування зацікавленості і відданості у вирішенні цієї проблеми та ухвалення зобов'язання усіма зацікавленими сторонами в ліквідації туберкульозу.

До неї залучаються всі існуючі шари суспільства: високопоставлені чиновники і політики, лідери громадської думки, неурядові організації, професійні та релігійні групи, ЗМІ, приватний сектор, місцеві спільноти та приватні особи. Соціальна мобілізація починається з чесного визнання існування проблеми, яку потрібно вирішувати. Стан епідемії і поінформованість щодо чинників які сприяють їй – все це повинно бути оцінено і визнано. Громадськість повинна знати і про свою власну уразливість і про те, що можна зробити для підтримки, наприклад, позитивного ставлення до хворих на туберкульоз, а також для підтримки відповідних стратегій і програм. Коли сформується розуміння проблеми, потенційні партнери повинні домовитися, у чому полягає роль кожного з них.

Соціальна мобілізація дуже важлива для безперервності зусиль боротьби з туберкульозом. Вона допомагає закликати громадян суспільства до невідкладних дій: наприклад, ранньому зверненню до медичної установи для діагностики. Якщо є можливість залучати хворих на туберкульоз до розробки, планування та впровадження стратегій з контролю за туберкульозом, то їх проблеми і труднощі, з якими вони стикаються щодня, будуть краще відображені в програмі.

Мобілізація громадськості (громадських організацій, місцевих лідерів, шкіл і релігійних організацій), ресурсів, створення партнерства, налагодження зв'язків та участь рядових громадян – все це ключові складові соціальної мобілізації.

Дослідження свідчать про те, що медичні експерти та політики самостійно не зможуть ефективно протистояти туберкульозу без залучення суспільства з метою підвищення рівня свідомості, мобілізації досліджень, заходів з профілактики, підтримки та без додаткового фінансування.

Оскільки туберкульоз сьогодні є одним з основних вбивць, урядовці та громадськість повинні поєднати зусилля для підвищення свідомості в тому числі – щодо виявлення, доступності лікування та високого ризику поєднання інфекцій ВІЛ та туберкульозу. Без доступу до такої інформації, стигма щодо людей, що хворіють на туберкульоз є звичайним явищем, і зростає відсоток невдач/переривань лікування, що в свою чергу призводить до збільшення загрози резистентного туберкульозу та надзвичайно резистентного туберкульозу.

Ключовими та взаємопов'язаними елементами мобілізації є пропаганда ідей, співпраця, мобілізація ресурсів і обмін інформацією. Розглянемо коротко ці фактори.

Заходи з соціальної мобілізації включають:

- Громадські зустрічі / збори з метою отримання підтримки місцевих лідерів та громадськості, залучення їх у розробку програми боротьби з туберкульозом, її виконання і моніторинг (допомагає зменшити стигму та дискримінацію).
- Залучення колишніх хворих на туберкульоз до: навчання релігійних лідерів та волонтерів; підтримки стратегії ДОТС в лікуванні хворих на туберкульоз; підтримки пацієнтів, що проходять курс лікування; мотивування пацієнтів для проходження повного курсу лікування.
- Зустрічі представників груп підтримки пацієнтів з хворими, яким важко виконувати рекомендації лікаря і проходити курс лікування.
- Реєстрація груп підтримки хворих на туберкульоз як НУО та залучення їх до проведення заходів програми з контролю за туберкульозом.
- Залучення до роботи ВІЛ-сервісних НУО, так як вони є важливою ланкою з питань освіти та передачі інформаційних повідомлень про туберкульоз.

Далі визначимо покроковий алгоритм проведення заходів з соціальної мобілізації.

Крок 1. Визначення проблеми та інформування громадськості.

Крок 2. «Збори» - конструктивний діалог, який формує відповідь на питання «Що ми разом можемо зробити?»

Крок 3. Розвиток місцевих лідерів, які здатні створити план подолання проблеми і залучити співтовариство до його виконання

Крок 4. Оцінка виконання, інформування громадськості

Крок 5. Нові «збори»

Соціальна мобілізація – це процес об'єднання зусиль всіх активно діючих союзників для того, щоб підвищити поінформованість суспільства про проблему туберкульозу і висувати вимоги про надання необхідних ресурсів, медичних послуг, а також залучення громадян для забезпечення сталого виконання програми боротьби з туберкульозом.

Заходи з соціальної мобілізації можуть плануватися на підтримку заходів з адвокації та комунікації, які сприяють виконанню завдань програми з контролю за туберкульозом. Нижче наводимо приклад, що демонструє, як завдання адвокації чи комунікації можуть підтримуватися заходами соціальної мобілізації.

**Проблема:** Високий показник відривів від лікування.

**Завдання комунікації:** Збільшити кількість людей, які знають, що проходження повного курсу лікування є основною умовою їх одужання.

**Цільова аудиторія:** хворі на туберкульоз і ті, хто допомагає проходити лікування.

**Ключові інформаційні повідомлення:**

- Туберкульоз виліковний.
- Лікування туберкульозу безкоштовне.
- Щоб вилікуватися від туберкульозу, винятково важливо пройти повний курс лікування.
- Важлива підтримка близьких при лікуванні вдома.

**Завдання соціальної мобілізації:** Розвивати систему підтримки в суспільстві для забезпечення прихильності до лікування.

Цільова аудиторія:

- Групи підтримки хворих на туберкульоз.
- Медичні працівники.
- Волонтери.
- НУО, що представляють інтереси хворих на туберкульоз.

**Заходи з соціальної мобілізації:**

- Зустрічі у спільнотах.
- Тренінги для волонтерів.
- Заходи щодо підтримки при лікуванні вдома.

#### **Висновки.**

Отже, соціальна мобілізація в сфері протидії туберкульозу – це процес який:

- ✓ Розширює можливості спільноти і людей, яких стосується проблема туберкульозу.

- ✓ Об'єднує зусилля людей для підвищення обізнаності про проблему туберкульозу і вимоги конкретних змін у контролі за туберкульозом.
- ✓ Мобілізує громадян на діяльність по боротьбі із стигмою та ліквідацію туберкульозу як проблеми суспільної охорони здоров'я.

Послідовність робить ефективною стратегію АКСМ – потрібно забезпечити, щоб усі, хто залучені до виконання заходів по адвокації, комунікації і соціальній мобілізації передавали одну і ту ж ключову інформацію.

## ВІДМІННОСТІ МІЖ КОМПОНЕНТАМИ АКСМ

Поняття	Мета (Що це може змінити?)	Цільова аудиторія	Типові індикатори успіху
<b>Адвокація</b>	<p>Мобілізувати політичну підтримку, а також збільшити і підтримувати на потрібному рівні фінансування та інші ресурси для боротьби з туберкульозом</p> <p>(Політика в області туберкульозу і ВІЛ, впровадження політики, законів і практик, фінансове забезпечення та інші ресурси)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Особи, що приймають рішення на всіх рівнях: національному, регіональному чи районному</li> <li>• Високопоставлені політики</li> <li>• Впливові особи</li> <li>• Донори (спонсори)</li> </ul>	<p>Розроблені і прийняті закони, постанови, накази, практика та інш, що сприяють позитивним змінам (доступ людей з туберкульозом та ВІЛ до діагностики та лікування), а також збільшене фінансування і ресурси</p>
<b>Коммунікація</b>	<p>Покращити знання, змінити ставлення та поведінку</p> <p>(Поінформованість, знання, ставлення, поведінка)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Окремі групи населення</li> <li>• Населення в цілому</li> <li>• Медичні працівники</li> </ul>	<p>Покращені знання, позитивні зміни ставлення та поведінки, які сприяють зверненню людей за діагностикою та проходженню повного курсу лікування</p>

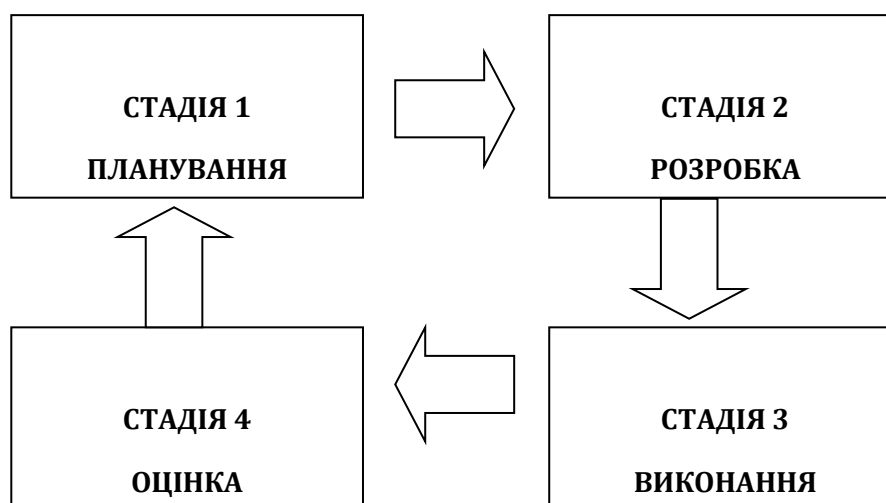
<p><b>Соціальна мобілізація</b></p>	<p>Викликати громадську підтримку створювати партнерства, залучати людей, яких торкнулася проблема туберкульозу, в розробку, обговорення і прийняття рішень, пов'язаних з контролем за туберкульозом</p> <p>(Поінформованість, підтримка, вимоги надання ресурсів і послуг)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Суспільство</li> <li>• Громадські організації</li> <li>• Релігійні лідери</li> <li>• Соціальні мережі</li> </ul>	<p>Існуюча проблема вирішена і залучено більшу кількість людей</p>
-------------------------------------	---	---	--

### ПЛАНУВАННЯ ЗАХОДІВ З АКСМ.

Як ми вже звертали увагу, стратегія АКСМ не може бути ефективною без ретельного планування її заходів, на якому б рівні – загальнонаціональному чи місцевому вони б не проводилися. Отже, хороший план має представити:

- ✓ Ясне бачення, мету і завдання.
- ✓ Чіткий перелік завдань для виконання.
- ✓ Чіткий перелік необхідних матеріальних, кадрових і технічних ресурсів.

Цикл планування заходів з АКСМ, зазвичай, складається із чотирьох послідовних стадій та включає в себе стратегічний (довготривалий) та поточний (тактичний) плани.



**Стратегічний план** має бути: погоджений за пріоритетами та напрямками, що відображає довготривалі потреби і напрямки діяльності та спрямований на досягнення загальної мети.

**Поточний план** використовується для виконання стратегії і є:

- ✓ Короткостроковим плануванням, що описує поточну діяльність.
- ✓ Обмеженим у обсязі – визначає види діяльності і ресурси, необхідні для виконання стратегії.
- ✓ Більше спрямованим на виконання та складання графіку фактичних заходів, ніж на стратегію.
- ✓ Таким, що вміщує безліч деталей.
- ✓ Пов'язаним з плануванням заходу.

**Визначення мети та завдань в ході планування заходів з АКСМ** відбувається за такими принципами:

Мета:

- застосовується велике формулювання;
- зазвичай мета одна.

Завдання:

- запланований або передбачуваний кінцевий результат програми або заходу, досягнення якого визначено вимірюваним строком.

Стадія 1. Планування.

- ✓ Здійснити оцінку ситуації / потреб.
- ✓ Провести консультації із зацікавленою особою.
- ✓ Провести тестування знань, ставлення та практики (ЗСП) пріоритетних груп населення.
- ✓ Визначити завдання щодо АКСМ та очікувані результати.
- ✓ Розробити плани роботи.

Стадія 2. Розробка.

- ✓ Створити ключові інформаційні повідомлення для попереднього тестування.
- ✓ Визначити заходи для цільової групи.
- ✓ Провести тренінг.
- ✓ Розробити план моніторингу та оцінки.

Стадія 3. Виконання.

- ✓ Провести заходи з адвокації, комунікації та соціальної мобілізації.

#### Стадія 4. Моніторинг і оцінка.

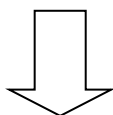
- ✓ Спостерігати.
- ✓ Оцінювати.
- ✓ Планувати наступну фазу.

Будь-яке планування в системі АКСМ повинно бути доказовим. Це означає, що етапу плануванню повинен передувати етап накопичення та оцінки потреб для здійснення заходів з АКСМ. Для того, щоб проводити діяльність з АКСМ у сфері протидії захворюванню на туберкульоз слід попередньо провести збір доказів. Як ми вже підкреслювали, такий збір доказів може бути проведений на основі громадської експертизи стану дотримання чинного законодавства з питань протидії захворюванню на туберкульоз, яка регламентується Указом Президента України від 15 вересня 2005 року № 1276/2005 «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики» та Постановою Кабінету Міністрів України від 5 листопада 2008 року № 976 «Про затвердження Порядку сприяння проведенню громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади». Етапами збору доказів можуть бути також наступні:

- ✓ Визначення проблем, які можуть бути вирішені за допомогою АКСМ.
- ✓ Дані, що показують вплив АКСМ.
- ✓ Визначення переліку проблем, які можуть бути вирішені за допомогою АКСМ.
- ✓ Оцінка власних можливостей і розстановка пріоритетів – вибір проблем, які будуть вирішуватися.
- ✓ Поглиблений збір доказів у вибраних сферах за допомогою спеціальних методів дослідження та інструментів, спеціально підготовлених для проведення цього дослідження.
- ✓ Вибір індикаторів, які допоможуть визначити результативність заходів АКСМ.

Переваги на витрачання ресурсів для повноцінного дослідження потреб в АКСМ можна визначити наступні:

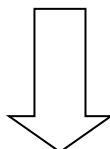
- ✓ Визначення бар'єрів на шляху успішного впровадження.
- ✓ Визначення здійснених і результативних завдань АКСМ.
- ✓ Визначення цільової аудиторії.
- ✓ Допомога у створенні ефективних інформаційних повідомлень для досягнення цільової аудиторії (сегментування ринку).
- ✓ Визначення відповідних каналів для передачі інформаційних повідомлень.



- ✓ Ефективно використовувати засоби.
- ✓ З більшою ймовірністю приведе до стійких змін.
- ✓ Надати вихідні дані для визначення впливу на ситуацію заходів щодо АКСМ.

Які ж наслідки можуть наступити в разі відмови від проведення дослідження у сфері АКСМ?

- ✓ Інформаційні повідомлення не адаптовані під потреби цільової аудиторії.
- ✓ Невідповідні канали.
- ✓ Погано визначені певні завдання.
- ✓ Не визначені пріоритети у заходах з АКСМ.
- ✓ Заходи щодо АКСМ погано прив'язані до загальних цілей і завдань національної програми боротьби з туберкульозом.



- ✓ Неefективне використання ресурсів.
- ✓ Втрата довіри.

Для проведення досліджень у сфері АКСМ можуть бути застосовані наступні **методики**:

#### КІЛЬКІСНІ

- Постійне спостереження
- Дослідження думки населення
- Повторний аналіз існуючих даних (напр., перепис населення, DHS, дані Центру з контролю за захворюваннями)
- Експериментальне дослідження
- Інші види досліджень, що дозволяють отримати й оцінити вимірні дані

#### ЯКІСНІ

- Обговорення у фокус-групах
- Інтерв'ю з ключовими інформаторами
- Інтерв'ю при виході з установи
- Пряме спостереження
- Таємничий клієнт
- Сканування повідомлень ЗМІ
- Ситуаційні вправи
- інші, що дозволяють оцінити ставлення, практичний алгоритм

Адвокація часто є гарним інструментом для досягнення цілей громадської охорони здоров'я через зміну політики. Хоча існує багато різних методів впливу на політику, але ресурси зазвичай обмежені. Тому стратегічно важливо оцінити наявні можливості і тактику. Нижче перераховані десять кроків, які можуть стати корисними для розробки завдань і заходів з адвокації на підтримку виконання програми боротьби з туберкульозом.

**Крок 1: Оцініть існуючі проблеми і потреби цільової групи населення.**

- Проведіть оцінку потреб цільової групи населення або скористайтесь вже існуючими даними.
- Підтримуйте постійний зворотний зв'язок з представниками цільової групи населення.

**Крок 2: Визначте необхідні зміни політики, які відповідали б потребам цільової групи населення.**

Приклади:

- Необхідно збільшити ресурси для лікування туберкульозу
- Необхідно затвердити нові нормативні акти або змінити окремі норми

**Оцініть існуючу політику в області боротьби з туберкульозом:**

- Відстежите історію фінансування урядом.
- Визначте наявність законів / норм, які існують, але не виконуються.
- Визначте наявність законів / норм, які існують, але потребують змін.
- Визначте, які нові нормативні акти повинні бути розроблені і

**Крок 3: Визначте чиновників / установи, що володіють владою та впливом для зміни політики з метою задоволення потреб цільової групи населення.**

Приклади:

- Політики (обрані та призначені посадові особи)
- Соціальні лідери
- Урядові установи
- Міжнародні організації

**Крок 4: Встановіть, чому ці зміни не були здійснені до теперішнього часу.**

Приклади:

- Занадто дорого
- Не є пріоритетом
- Відсутність розуміння
- Суспільство не вимагає проведення змін

**Крок 5: Встановіть наявність опору змінам та причини цього опору.**

- Хто чинить опір?
- Які їхні основні аргументи?
- На кого вони впливають?

**Крок 6: Оцініть сильні та слабкі сторони Вашої організації в адвокації зміни політики.**

Приклади:

- Компетенція
- Публічні люди
- Наявність потрібних зв'язків / впливу
- Унікальна ніша

**Крок 7: Визначте інші організації, зацікавлені у вирішенні цієї проблеми. Оцініть ризик і переваги партнерства з цими організаціями.**

Приклади:

- Коаліція пацієнтів
- Професійні організації
- Релігійні організації
- активістські / правозахисні організації

**Підказка!** Включайте тих, хто може бути потенційним партнером, але зараз таким не є. Наприклад, можна встановити зв'язок з представниками бізнесу або іншими людьми, що володіють політичним впливом, які можуть бути прямо або побічно порушені зміною політики, але поки не мають до цього відношення зайнялися цим впритул.

**Крок 8: Визначте заходи з адвокації та людей, які зможуть вплинути на людей при владі.**

Приклади заходів:

- Зустрічі з високопоставленими чиновниками
- Громадські події
- Петиції

Приблизний список тих, хто буде здійснювати:

- ЗМІ
- Відомі особистості
- Пацієнти
- Експерти
- Колеги
- Донори

**Мисліть стратегічно!**

Визначте критерії для оцінки та відбору заходів з Вашого списку.

Подумайте про використання наступних критеріїв:

- Ступінь впливу, який може надати на чиновників цей захід
- Рівень ризику Вашої програми / установи при проведенні цього заходу
- Необхідні ресурси
- Доступ до людей, які зможуть вплинути на людей при владі

**Крок 9: Проведіть оцінку існуючих та необхідних у майбутньому ресурсів для здійснення необхідних змін.**

Приклади:

- Фінансові
- Людські
- Інтелектуальні
- Партнерські

**Крок 10: Визначте, як оцінити хід заходу та його успішність.**

**Підсумки дозволяють визначити, чи були заходи проведені успішно.**

**Результати заходи з адвокації визначають його ефективність у досягненні поставлених цілей.**

Приклади:

Підсумки

- Публічна заява про підтримку високопоставленими чиновниками
- Кількість підписів під петицією
- Кількість учасників мітингу

Результати

- Виділено нові ресурси
- Закони прийняті / змінені
- Норми впроваджені / змінені

## ІНДИКАТОРИ ЕФЕКТИВНОСТІ АКСМ.

---

Цей матеріал пропонує огляд індикаторів з АКСМ і прикладів, якими можна скористатися для відстеження проведення різних заходів щодо АКСМ та оцінки їх ефективності. Ці індикатори можна застосовувати для відстеження вкладів, видів діяльності, підсумків і результатів, в залежності від проведених заходів і поставлених завдань. Більшість цих індикаторів можна використовувати для постійного моніторингу, проте, деякі можуть застосовуватися і для оцінки впливу заходів щодо АКСМ. Індикатори для оцінки впливу заходів щодо АКСМ включають показники, найбільш тісно пов'язані з виконанням завдань національної програми боротьби з туберкульозом – такими як рівень виявлення випадків туберкульозу та рівень успішності лікування туберкульозу.

---

### ІНДИКАТОРИ ЕФЕКТИВНОСТІ АДВОКАЦІЇ.

---

Моніторинг заходів з адвокації часто проводиться із поєднанням кількісних і якісних індикаторів. Як і для будь-якого типу індикаторів, тут важливо виробити чітке визначення якісних індикаторів, включаючи джерела отримання даних, і за якими показниками буде надаватися звітність. Наприклад, якщо одним з ключових заходів з адвокації є створення та підтримка мережі організацій, що займаються адвокацією, то можна постійно надавати звіти про кількість організацій, що беруть участь. Це – корисний індикатор, однак, дуже важливо визначити, яким вимогам повинна відповідати організація і в чому полягає її участь, щоб вона могла вважатися активним членом мережі, що вже є якісним показником. Чи необхідно включати тільки ті організації, які постійно беруть участь у запланованих зборах мережі? Чи необхідно включати тільки ті організації, які надають фінансову підтримку мережі? Або необхідно включати будь-яку організацію, яка виявила інтерес до участі в мережі, навіть якщо вона не вносить великого внеску?

Після того, як розроблені чіткі визначення індикаторів, важливо уточнити, хто буде збирати необхідні дані. Наприклад, якщо прийняте рішення, що до звіту будуть включатися лише ті організації, які надсилають своїх представників на щоквартальні збори, то хтось повинен вести облік присутніх і надавати дані для моніторингу.

---

### ІНДИКАТОРИ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМУНІКАЦІЇ.

---

Стандартизовані індикатори для моніторингу та оцінки здійснення заходів щодо комунікації є більш доступними в порівнянні з індикаторами для моніторингу адвокації та соціальної мобілізації. Раніше розроблені керівництва з моніторингу та оцінки були створені для оцінки заходів з інформування, навчання та комунікації в програмах з планування сім'ї та репродуктивного здоров'я. Тому багато менеджерів програм громадської охорони здоров'я більш досвідчені в моніторингу саме таких видів впливів. Як і для адвокації, для моніторингу та оцінки заходів по комунікації використовують якісні і кількісні індикатори. Тим не менш, ті кількісні індикатори, які використовуються для вимірювання успіху заходів по комунікації, часто вимагають проведення широкомасштабного дослідження серед населення, тому вони не можуть часто надаватися через складність і високу вартість збору таких даних.

Опитування для оцінки знань, ставлення та практики (ЗСП) дозволяє оцінити рівень знань представників цільової аудиторії, їх ставлення до досліджуваної проблеми і поширену практику щодо діагностики та лікування туберкульозу. Опитування ЗСП корисні для визначення того, наскільки ефективні заходи по комунікації для зміни знань і ставлення цільової аудиторії. Однак, такі дослідження – дорогі, а їх результати обмежені у прогнозуванні дійсного поведінки пацієнтів, а також у визначенні рівня ефективності

заходів щодо АКСМ для досягнення цілей національної протитуберкульозної програми. Менеджери програм повинні уважно оцінити, чи буде корисним опитування ЗСП для моніторингу та оцінки заходів АКСМ, перш ніж здійснювати таке дослідження, чи стверджувати, що поліпшення знань, ставлення та практики цільової аудиторії відбулося саме завдяки проведеним заходам по АКСМ.

Опитування ЗСП повинні виконуватися строго для отримання репрезентативних результатів та базисних і наступних даних, необхідних для вимірювання зміни знань, ставлення та практики з часом. Опитування ЗСП вимагають істотних фінансових і людських ресурсів, а також спеціальних професійних знань у вибірці даних, складанні питань, збиранні та аналізі даних для надання достовірних результатів. Тому іноді можна отримати більше інформації про зміну поведінки з інших джерел: наприклад, глянувши на кількість випадків з підозрою на туберкульоз, відібраних для діагностики, ніж на зміну знань.

---

### ІНДИКАТОРИ ЕФЕКТИВНОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ МОБІЛІЗАЦІЇ.

---

Індикатори для моніторингу заходів щодо соціальної мобілізації можуть збігатися або бути дуже схожими на індикатори для моніторингу заходів з адвокації. Одна головна відмінність полягає в тому, що індикатори з адвокації, в основному, оцінюють зміни на національному рівні, тоді як показники по соціальної мобілізації можуть застосовуватися на регіональному, районному та місцевому рівнях. Наприклад, і адвокація, і соціальна мобілізація можуть включати роз'яснювальну роботу з політичними лідерами, щоб заручитися їх підтримкою для впровадження певної програми, але заходи з адвокації можуть бути націлені на міністерство охорони здоров'я, депутатів парламенту, національну протитуберкульозну програму, а заходи щодо соціальної мобілізації можуть бути спрямовані на лідерів співтовариства, представників церкви, відомих впливових людей, тощо.