

**Практическое пособие по вопросам обеспечения
гендерного равенства и соблюдения прав человека в
контексте профилактических мер и лечения туберкулеза
в Кыргызстане**

КНСВ – КЕЙ ДЖИ

2024

Данное пособие было разработано и выпущено благодаря поддержке Партнерства «Остановить Туберкулез» в рамках проекта “Challenge Facility for Civil Society” 11 волна

УДК МЗ КР 616-002.5

Пособие предназначено для последипломного обучения медицинских ВУЗов, клинических ординаторов, медицинских работников ПМСП, пульмонологов, фтизиатров, врачей других специальностей и руководителей медицинских организаций.

Авторы: Махаддинова Х.З., Эсенгулов А.М., Р.А.Курманов, Мырзалиев Б.Б., Душимбекова К.А., Дуйшекеева А.Б., Кулжабаева А.А., Ахматов М.Б., Турдумамбетова Г.К.

Коллектив КНСВ-Кей Джи, фтизиопульмонологии КГМИП и ПК им.С.Б.Даниярова и кафедры фтизиатрии КГМА им.И.К.Ахунбаева, выражают благодарность Бабалы Ч. за содействие в разработке материала

Все права защищены, 2024

Все права сохраняются за авторами

Издание №1

Тиражирование и переиздание с согласования авторов

ISBN 084:340.12+341.231.14

СОДЕРЖАНИЕ:

Введение	5
Список сокращений	7
МОДУЛЬ 1. ГЕНДЕР И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА В КОНТЕКСТЕ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА	8
ТЕМА 1.1. Права человека в сфере охраны здоровья: общие сведения, правовая база	9
1.1.1. Международные правовые нормы в сфере охраны здоровья	10
1.1.2. Законодательство Кыргызстана в сфере охраны здоровья, включая акты, регламентирующие защиту населения от туберкулеза	14
ТЕМА 1.2. Права лиц, затронутых туберкулезом	22
1.2.1. Ключевые и уязвимые к туберкулезу группы населения	23
1.2.2. Обзор прав лиц, затронутых туберкулезом, регламентированные международными документами и законодательством Кыргызстана	25
1.2.3. Роль сообществ в обеспечении соблюдения прав лиц, затронутых туберкулезом в процессе диагностики, лечения и профилактики	38
ТЕМА 1.3. Здоровье, права человека и гендерное равенство: взаимосвязи	41
1.3.1. Связь между гендером, правами и здоровьем в контексте предотвращения туберкулеза	42
1.3.2. Гендерное равенство в доступе к информации о туберкулезе, диагностике, лечению и профилактике	46
1.3.3. Роль социокультурных факторов в формировании гендерных различий в туберкулезе	48
Использованные и рекомендуемые источники и литература к модулю 1	50
МОДУЛЬ 2. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ В КОНТЕКСТЕ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА	52
ТЕМА 2.1. Гендерные данные/статистика и вопросы здравоохранения	52

2.1.1. Роль и место гендерных данных/статистики в здравоохранении	52
2.1.2. Гендерный анализ: компоненты	56
2.1.3. Туберкулез в Кыргызстане: статистические данные	58
ТЕМА 2.2. Диагностика туберкулеза и вопросы гендера	63
ТЕМА 2.3. Гендерные аспекты лечения туберкулеза	71
2.3.1. Влияние гендерных стереотипов на лечение туберкулеза	72
2.3.2. Психологическое сопровождение процесса выставления диагноза и адаптации пациентов к длительному лечению туберкулеза.....	75
ТЕМА 2.4. Профилактика туберкулеза и гендер	79
Использованные и рекомендуемые источники и литература к модулю 2	84
МОДУЛЬ 3. ПРИНЦИПЫ И АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ И РАБОТЫ С ЛИЦАМИ, ЗАТРОНУТЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	86
ТЕМА 3.1. Этические принципы оказания помощи лицам, затронутым туберкулезом и контроля распространения заболевания	86
ТЕМА 3.2. Гендерные аспекты общественного участия в программах по предотвращению туберкулеза	89
ТЕМА 3.3. Место обучающих мероприятий в работе с пациентами и сообществами, затронутыми туберкулезом	93
3.3.1. Методика проведения групповых тренингов	94
3.3.2. Роль обучающих мероприятий в преодолении гендерных барьеров в работе с пациентами и сообществами, затронутыми туберкулезом	97
Использованные и рекомендуемые источники и литература к модулю 3	103
МОДУЛЬ 4. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И УСТОЙЧИВОСТЬ ПОДХОДОВ	104
ТЕМА 4.1. Мониторинг и оценка гендерно-чувствительных программ	106
4.1.1. Разработка системы показателей для оценки эффективности программ с учетом гендера	107
4.1.2. Сбор и анализ данных для регулярного мониторинга и коррекции программ	109

ТЕМА 4.2.

Устойчивость результатов112

4.2.1. Роль гендерных аспектов в обеспечении устойчивости результатов программ113

4.2.2. Создание стратегий по вовлечению местных сообществ и организаций для устойчивости стратегии114

Использованные и рекомендуемые источники и литература к модулю 4119

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА И ЗАВЕРШЕНИЕ ПОСОБИЯ.....120

Глоссарий122

ВВЕДЕНИЕ¹

Права человека – это совокупность законных прав, основанных на принципах базового равенства и человеческого достоинства, которыми обладают все люди. Все права указаны в международных договорах о правах человека, устанавливающих обязательства, которые правительства несут перед своими гражданами и перед международным сообществом. Соблюдение прав человека является основой для взаимного уважения и сосуществования личностей друг с другом, что обосновывает необходимость не только личного соблюдения этих прав, но и необходимость требовать того же самого от других.

Конституция Кыргызстана исходит из того, что человеческое достоинство абсолютно и неприкосновенно, основные права и свободы человека принадлежат ему от рождения, защищаются законом и судом от посягательств со стороны кого бы то ни было. Жизнь человека и его здоровье, личная неприкосновенность и безопасность являются высшими ценностями государства. Обеспечение соблюдения и защиты прав и свобод человека – главная обязанность государственной власти. Кыргызская Республика, после обретения независимости в 1991 году, став полноправным членом международного сообщества, присоединилась к целому ряду международных документов в области прав и свобод человека. В соответствии с ч.3 ст.6 Конституции КР, общепризнанные принципы и нормы международного права, а также международные договоры, вступившие в силу в соответствии с законодательством Кыргызской Республики, являются составной частью правовой системы Кыргызской Республики.

Одной из первоочередных задач деятельности любого государства на конституционном уровне является качественное обеспечение жизни и здоровья населения с помощью различных социальных и правовых механизмов их защиты. Право на охрану здоровья является одним из важнейших социальных прав человека и гражданина в силу того, что здоровье – это высшее благо человека, без которого утрачивают значение многие другие блага и ценности. В то же время оно не является только личным благом гражданина, а имеет еще и социальный характер. Иными словами, не только каждый должен заботиться о своем здоровье, но и общество обязано принимать все необходимые меры, содействующие сохранению и улучшению здоровья его членов, препятствовать посягательству кого бы то ни было на здоровье граждан.

В течение длительного времени к праву на здоровье относились как к праву второго поколения, неосуществимому на государственном уровне. Этим было обусловлено отсутствие интереса и недостаток инвестиций в реализацию этого права. Однако ситуация существенно изменилась, когда право на здоровье и его основные элементы стали все более широко включаться в Конституции и национальные законодательства стран в качестве непреложного и обязательного права.

Несмотря на то, что все позитивные изменения на пути к обеспечению максимально высокого качества физического и умственного здоровья представляют собой значительный прогресс, право на здоровье еще не стало всеобъемлющим. Особенно это касается представителей наиболее незащищенных и уязвимых групп населения, в том числе лиц, затронутых таким заболеванием, как туберкулез, для которых состояние хорошего здоровья остается не всегда доступным. В действительности, обращаясь в организации и учреждения к специалистам, обеспечивающим медицинское обслуживание, многие сталкиваются с дискриминацией, злоупотреблениями и нарушениями основных прав. Это касается случаев, когда изначальное неравенство отношений «доктор-пациент», вызванное необходимостью пациента довериться доктору и разницей в их уровне знаний и опыта, усугубляется определенной уязвимостью пациента в силу его классовой, гендерной, этнической принадлежности и других социально-экономических факторов.

¹ Используются материалы: Обеспечение и защита прав медицинских работников в Кыргызстане. Учебно-методическое пособие для тренеров. – ОФ «Коалиция за демократию и гражданское общество», Б., 2021 г.; Права человека в сфере охраны здоровья: практическое руководство. Кыргызстан. – Б., 2012 г.

В данном пособии рассмотрены вопросы обеспечения гендерного равенства и соблюдения прав человека в контексте профилактических мер и лечения туберкулеза в Кыргызстане.

Пособие состоит из 4х модулей. Первый модуль посвящен общей характеристике международных норм, обзору национальной системы защиты прав человека, включая гендерные составляющие, а также связи между гендером, правами и здоровьем в контексте защиты прав лиц, затронутых туберкулезом. Международные и национальные правозащитные нормы рассмотрены в разрезе защиты прав человека в сфере охраны здоровья. Во втором модуле рассматриваются гендерные аспекты диагностики, лечения и профилактики туберкулеза, а также роль гендерной статистики в здравоохранении. В третьем модуле рассматриваются принципы и аспекты оказания помощи и работы с лицами, затронутыми туберкулезом. Четвертый модуль содержит вопросы мониторинга, анализа гендерной-чувствительных программ по предотвращению туберкулеза.

За последние 20 лет мир добился значительного прогресса в противодействии туберкулезу. Благодаря расширению масштабов диагностики и лечения туберкулеза были спасены 66 миллионов жизней и предотвращены миллионы случаев инфицирования. Несмотря на эти достижения туберкулез остается одной из ведущих причин смертности от инфекционных болезней во всем мире; по оценкам, 1,6 миллиона человек умерли от туберкулеза в 2021г. Туберкулез считается второй болезнью после ВИЧ по уровню смертности в мире. Хотя туберкулезом каждый год заболевают приблизительно 10 миллионов человек, только около 6 миллионов были уведомлены о заболевании в 2020г., в результате чего почти половина предполагаемых случаев заболевания туберкулезом не была учтена. В связи с тем, что каждый нелеченый больной с активной формой туберкулеза заражает, по оценкам, до 15 других человек в течение года, поиск неучтенных больных туберкулезом продолжает оставаться приоритетной задачей.²

Очень часто лица, затронутые туберкулезом, не знают о своих правах, в том числе о праве на информацию о состоянии своего здоровья и праве на доступ к медицинской информации и, как правило, это приводит к различным нарушениям их прав. Все граждане имеют право на информацию о состоянии своего здоровья, о цели проведения предложенных исследований и лечебных мероприятий, прогнозе возможного развития заболевания, в т.ч. наличие риска для жизни и здоровья, имеют право на ознакомление с соответствующими медицинскими документами, касающимися их здоровья.

Эффективно разработанные и реализованные программы обучения способны расширить возможности правообладателей и повысить способности носителей обязанностей выполнять свои обязательства по защите прав человека. Такие программы снижают уровень стигмы, повышают осведомленность населения о законах, об их правах, служат источником правовой и социальной поддержки, направленной на предотвращение нарушений прав человека и обеспечение правосудия в случае дискриминации и других противоправных действий. Программы обучения должны предоставлять возможность людям, затронутым туберкулезом, а также другим лицам, осуществлять мониторинг и улучшать оказываемые медицинские услуги, самоорганизовываться для защиты прав в контексте здравоохранения и вести адвокацию за принятие политик и практик, которые будут улучшать доступ к медицинским услугам.³

Пособие предназначено для тренеров, специалистов, которые по роду своей деятельности связаны с вопросами защиты и продвижения прав человека в целом, и, в частности, в сфере охраны здоровья в контексте защиты и реализации прав лиц, затронутых туберкулезом, практикующих врачей, а также для студентов и ординаторов медицинских ВУЗов.

² Борьба с пандемиями и построение более здорового справедливого мира. Стратегия Глобального Фонда (2023-2028).

³ Техническая записка. Устранение связанных с правами человека барьеров в доступе к услугам в сфере ТБ. Грантовый период 2023-2025 гг. - 20 января 2023 г.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВДПЧ	Всеобщая Декларация Прав Человека
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ГА ООН	Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ЕС	Европейский Союз
ЖК КР	Жогорку Кенеш Кыргызской Республики
КУГН	Ключевые и уязвимые группы населения
КЛДЖ	Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин
КПП	Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания
КР	Кыргызская Республика
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
МОТ	Международная Организация по Труд
МБТ	Микобактерия туберкулеза
МПГПП	Международный Пакт о Гражданских и Политических Правах
МПЭСКП	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах
НСК КР	Национальный статистический комитет Кыргызской Республики
НПА	Нормативные правовые акты
НПО	Неправительственная организация
НПТ	Национальная программа по борьбе с туберкулезом
ООН	Организация Объединенных Наций
ОБСЕ	Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе
ПЧ	Права Человека
СНГ	Содружество Независимых государств
СМИ	Средства массовой информации
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	Туберкулез
УПО	Универсальный периодический обзор
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

МОДУЛЬ 1. ГЕНДЕР И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА В КОНТЕКСТЕ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА⁴

Все люди в равной степени, в независимости от национальности, места жительства, пола, этнической принадлежности, цвета кожи, религии, языка или любых других признаков, обладают правами человека, исключая всякого рода дискриминацию. Признание прав человека подразумевает право на их осуществление и выполнение определенных обязательств, как со стороны гражданина, так и со стороны государства. В соответствии с международным правом государства берут на себя обязательства по уважению, защите и выполнению прав человека. Уважение прав человека в свою очередь подразумевает невмешательство государства в осуществление прав и воздержание от ограничения прав и обязывает государство гарантировать беспрепятственное осуществление базовых прав человека. Права человека защищаются международным правом и внутренним (национальным) законодательством любого государства.

Ценность международных документов о правах человека в том, что они закрепляет тот нормативный минимум или стандарты, на которые должны ориентироваться государства при признании и обеспечении провозглашаемых прав. **Цель международных стандартов** - создание типовых моделей, которые используются государствами для разработки своих собственных законодательств.⁵

Международные стандарты в области прав человека - это правила, выраженные в виде общепризнанных принципов и норм международного права в сфере прав человека, юридически обязывающие государства создавать правовой, политический и социальный режим обеспечения прав и свобод человека.

Международные стандарты:

- определяют перечень прав и свобод, относящихся к категории основных и обязательных для всех государств-участников международных договоров о правах человека, формируют главные черты содержания каждого из этих прав;
- фиксируют условия пользования правами и свободами, сопряженных с законными ограничениями;
- устанавливают обязательства государств по признанию и обеспечению провозглашаемых прав и введение на национальном уровне гарантий, обуславливающих их реальность;
- определяют механизм защиты прав и свобод (внутренний и международный).⁶

Международные стандарты поведения государств в сфере прав человека, изложенные в общей форме в Уставе ООН, конкретизированы в ряде конвенций ООН и в документах, составляющих **Международный билль о правах человека**, включающий:

- Всеобщую декларацию прав человека (ВДПЧ),
- Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП),
- Факультативный протокол к МПГПП,
- Второй Факультативный протокол к МПГПП, направленный на отмену смертной казни,
- Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП).⁷

⁴ Использованы материалы: Анализ деятельности Института Акыйкатчы (Омбудсмена) Кыргызской Республики в контексте информированности населения о своих правах и роли Акыйкатчы Омбудсмена) в выявлении системных нарушений прав человека в Кыргызстане. – Б., 2021 г.; Охрана здоровья и права человека: ресурсное пособие. Пятое издание, дополненное. - Центр здоровья и прав человека имени Франсуа-Ксавье Баню и Фонд открытого общества, 2015 г.; Анализ трудового законодательства и судебной практики по соблюдению принципа запрета на дискриминацию в сфере труда. – Б.: 2019 г.

⁵ Ковалев А.А. Международная защита прав человека. 2013 г. – <http://be5.biz/pravo/p022/index.html>.

⁶ Международные стандарты прав и свобод человека: понятие, виды, закрепление – Юридический институт СФУ.

⁷ В частности, международные стандарты содержатся в:

- Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации (1965 г.)

Вышеперечисленные акты, устанавливающие международные стандарты в области прав человека, закрепляют **правовые принципы**, имеющие важное значение для каждого человека, и обязательны для всех государств - участников этих международных правовых актов. К этим принципам следует отнести:⁸

- Основные права и свободы человека являются естественными и принадлежат каждому от рождения, что делает их неотъемлемыми и неотчуждаемыми.
- Признаваемые международными договорами основные права и свободы должны быть гарантированы каждому человеку, находящемуся под юрисдикцией соответствующего государства и в пределах его территории.
- Официальные власти государств-участников международных договоров в области прав человека обязаны соблюдать законность и нормы права, предусмотренные в договорах.
- Обеспечение прав и свобод несовместимо с дискриминацией по какому бы то ни было признаку, в том числе гендерному.
- Основные права и свободы должны быть едины на всей территории государства, а их обеспечение и защита являются предметом национального законодательства и принимаемых в соответствии с ними НПА местных органов власти.
- Фундаментальные права и свободы должны соблюдаться в любой ситуации, в том числе во время чрезвычайного положения и даже войны.

Основные принципы прав человека были отражены в многочисленных международных документах (конвенциях, декларациях, резолюциях) по правам человека. Становясь участником международных договоров, государства берут на себя обязательства и обязанности по международному праву уважать права человека, защищать их и обеспечивать их соблюдение.

Международные договоры о правах человека, в контексте содержащихся в них стандартов, можно разделить на несколько групп:

1) договоры, закрепляющие общие положения сотрудничества государств по вопросам определения стандартов прав и свобод человека. Опираясь на такие договоры, государства принимают свое национальное законодательство в этой сфере. Например, Всеобщая декларация прав человека. В развернутом виде права человека получили отражение в МПГПП и МПЭСКП. Важную роль с точки зрения гарантий осуществления прав и свобод человека играют и региональные договоры. В их числе Европейская Конвенция о защите прав человека и основных свобод, Конвенция СНГ о правах и основных свободах человека, Американская Конвенция о правах человека;

2) договоры, касающиеся сотрудничества государств в борьбе с массовыми нарушениями прав человека. К договорам этой группы можно отнести Конвенцию о предупреждении преступления геноцида и наказании за него, Международную Конвенцию о ликвидации всех форм расовой дискриминации;

3) договоры о защите отдельных категорий индивидов. Примером могут быть международные договоры о защите прав женщин, детей, а также договоры, регулирующие коллективные права (национальные меньшинства и др.). Например, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенция о согласии на вступление в брак, брачном возрасте и регистрации браков, Конвенция о правах ребенка, Конвенция о защите детей и сотрудничестве в отношении иностранного усыновления и др.;

- Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1979 г.),
- Конвенции против пыток (1984г.), - Конвенции о правах ребенка (1989 г.),
- Международной конвенции о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (1990 г.),
- Конвенции о правах инвалидов (2006 г.),
- Международная конвенция для защиты всех лиц от насильственных исчезновений (2006 г.).

⁸ Ковалев А.А. Международная защита прав человека, 2013 г. – <http://be5.biz/pravo/p022/index.html>.

4) договоры о защите отдельных прав индивидов. В качестве примера можно привести международные документы, принятые в рамках МОТ по вопросам труда. Например, МОТ устанавливает стандарты по вопросам свободы ассоциаций (Конвенция №87 относительно свободы ассоциаций и защиты права на организацию, Конвенция №135 о защите прав представителей работников на предприятии и предоставляемых им возможностях). МОТ устанавливает минимальные стандарты по вопросам социального обеспечения (Конвенция №117 об основных целях и нормах социальной политики, Конвенция №17 о возмещении трудящимся при несчастных случаях на производстве) и т.д.

ТЕМА 1.1.

Права человека в сфере охраны здоровья: общие сведения, правовая база⁹

1.1.1. Международные правовые нормы в сфере охраны здоровья

Права человека в сфере охраны здоровья включают все права, которыми наделены субъекты медицинских правоотношений, касающихся указанной сферы. К ним относятся: право на информированное согласие, право на свободный выбор врача и учреждения здравоохранения, медицинскую тайну и конфиденциальность, право на защиту нарушенных прав, право на доступность услуг в системе здравоохранения. Лечение и уход медицинский работник предоставляет каждому пациенту, они должны предоставляться с соблюдением прав человека.

Права человека в сфере охраны здоровья базируются на стандартах международной концепции прав человека, многие из которых отражены в региональных международных договорах и национальных конституциях. Рассмотрим основные международные акты, регламентирующие права человека в целом, а также в контексте медицинской помощи.

Всеобщая Декларация прав человека (ВДПЧ) является основой международных стандартов в области прав человека. Принятая более 70 лет назад Декларация стала фундаментом, на котором держатся большинство имеющих обязательную юридическую силу международных договоров по правам человека и развитие норм в области прав человека во всем мире. В ней закреплено всеобщее признание того, что основные права и основополагающие свободы внутренне присущи всем людям, являются неотъемлемыми для каждого человека и в равной степени применимы к каждому. Положения ВДПЧ легли в основу более 80 международных договоров и деклараций по правам человека, огромного числа региональных конвенций по правам человека, национальных законов о правах человека и конституций государств.

Всеобщая декларация прав человека

- все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах (ст.1),
- каждый имеет права, изложенные в ВДПЧ без каких-либо различий (ст.2),
- (ст.7) предусматривает защиту этих принципов, утверждая, что все люди равны перед законом, имеют право на равную защиту законом без всякой дискриминации и равную защиту от какой-либо дискриминации или подстрекательства к дискриминации в нарушение прав, санкционированных в рамках ВДПЧ.

К основным ее положениям относятся:

- статья 3 (право на жизнь);
- статья 5 (запрет на применение пыток и жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение);
- статья 7 (защита от дискриминации);
- статья 12 (право на частную жизнь);
- статья 19 (право на поиск, получение и распространение информации);

⁹ Используются материалы: Охрана здоровья и права человека: ресурсное пособие. Пятое издание, дополненное. - Центр здоровья и прав человека имени Франсуа-Ксавье Баню и Фонд открытого общества, 2015 г.; Права человека в сфере охраны здоровья: практическое руководство. Кыргызстан. – Б., 2012 г.; УВКПЧ. Система договоров ООН в области прав человека. Основные договоры в области прав человека и договорные органы. - <https://www.refworld.org>; <https://www.ohchr.org/ru>.

– статья 25 (право на медицинскую помощь).

Все основные международные договоры о правах человека¹⁰ содержат положения, гарантирующие защиту прав человека в контексте медицинской помощи. Хотя эти договоры имеют обязательную силу только для ратифицировавших их государств, закрепленные в них нормы оказывают сильное моральное и политическое воздействие даже на страны, которые их не ратифицировали.

Договорными органами, контролирующими исполнение международных договоров, в качестве официальных источников толкования законодательных норм изданы многочисленные комментарии общего характера. Например, Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам издан Комментарий общего характера № 14 к статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, в котором право на здоровье трактуется как право человека принимать решения, касающиеся собственного здоровья и собственного организма.

Все договорные органы ведут мониторинг соблюдения договоров путем рассмотрения подаваемых государствами периодических национальных докладов, итогам их изучения являются заключительные замечания. Большинство договорных органов, в том числе Комитет по правам человека, Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, Комитет против пыток, Комитет по ликвидации расовой дискриминации и Комитет по правам инвалидов могут при определенных обстоятельствах рассматривать индивидуальные жалобы, в большинстве случаев при условии, что государство ратифицировало соответствующий Факультативный протокол к международному договору. В совокупности эти материалы могут быть использованы для дальнейшего толкования международных норм.

Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП).

Мониторинг исполнения МПГПП осуществляет Комитет ООН по правам человека.

К актуальным для защиты прав в сфере охраны здоровья относятся следующие положениям:

статья 2 (1)	защита от дискриминации
статья 6	право на жизнь
статья 7	запрет на применение пыток и жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение
статья 9	право на свободу и личную неприкосновенность
статья 10	право лиц, лишенных свободы, на уважение их достоинства
статья 19 (2)	право на поиск, получение и распространение информации
статья 26	право на равенство перед законом

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП).

Мониторинг исполнения МПЭСКП осуществляет Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам.

Основные положения в сфере охраны здоровья:

статья 12	право на наивысший достижимый уровень здоровья
статья 2 (1)	защита от дискриминации

¹⁰ Информация доступна на http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?CountryID=93&Lang=RU.

Девять основных Договоров ООН по правам человека, осуществление которых контролируют соответствующие Комитеты:

- Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП),
- Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП),
- Конвенция против пыток (КПП),
- Конвенция о правах инвалидов (КПИ),
- Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ),
- Конвенция по правам ребенка (КПР),
- Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (КЛРД),
- Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (МКТМ),
- Конвенция для защиты всех лиц от насильственных исчезновений (КНИ).

статья 10 (3)	защита детей
статья 11	достаточный жизненный уровень

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ)

Мониторинг исполнения Конвенции осуществляет Комитет ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин.

Основные положения в сфере охраны здоровья:

статья 12	защита от дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения
статья 14 (2) (b)	право женщин, проживающих в сельских районах, на доступ к соответствующему медицинскому обслуживанию

(См. также Рекомендации общего характера № 24 к статье 12 (женщины и здоровье), всесторонний анализ потребностей женщин в вопросах охраны здоровья и рекомендации правительствам по принятию мер в этой сфере.)

Конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (КЛРД)

Мониторинг исполнения Конвенции осуществляет Комитет ООН по ликвидации расовой дискриминации.

Основные положения в сфере охраны здоровья:

статья 5 (1) (e)	запрещение расовой дискриминации в отношении права на здравоохранение и медицинскую помощь
------------------	--

Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (КПП)

Мониторинг исполнения Конвенции осуществляет Комитет ООН против пыток. В 2002г. был принят новый Факультативный протокол к КПП, где основное внимание уделяется предотвращению пыток.

Конвенция о правах ребенка (КПР)

Исполнение Конвенции контролирует Комитет ООН по правам ребенка. КПР содержит широкий спектр гарантий соблюдения гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав.

Основные положения в сфере охраны здоровья:

статья 24	право на наивысший достижимый уровень здоровья
-----------	--

Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (МКМ)

Мониторинг исполнения Конвенции осуществляет Комитет ООН по защите прав трудящихся-мигрантов. МКМ содержит широкий спектр гарантий соблюдения гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав.

Основные положения в сфере охраны здоровья:

статья 28	право на медицинскую помощь
статьи 43 и 45 (1) (c)	равное обращение в сфере медицинского обслуживания

Конвенция о правах инвалидов (КПИ)

КПИ касается лиц с «устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями», ее цель «заключается в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения присущего им достоинства». КПИ содержит широкий спектр гарантий соблюдения гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав.

Основные положения в сфере охраны здоровья:

статья 5	равенство и недопущение дискриминации
статьи 6 и 7	женщины и дети
статья 9	доступность медицинских учреждений и услуг

статья 10	право на жизнь
статья 14	свобода и личная неприкосновенность
статья 15	свобода от пыток и т.д.
статья 16	свобода от эксплуатации, насилия и надругательства
статья 17	защита физической и психической целостности
статья 21	доступ к информации
статья 25	здоровье
статья 26	абилитация и реабилитация

Практика свидетельствует о том, что очень часто пациенты не знают о своих правах, в том числе о праве на информацию о состоянии своего здоровья и праве на доступ к медицинской информации. Пациенты имеют право на информацию о состоянии своего здоровья, цели проведения предложенных исследований и лечебных мероприятий, прогнозе возможного развития заболевания, в том числе наличие риска для жизни и здоровья. Пациенты также имеют право на ознакомление с соответствующими медицинскими документами, касающимися их здоровья.

Пациенты имеют право на тайну о состоянии своего здоровья. К конфиденциальным данным может принадлежать не только информация о состоянии здоровья пациента, но и те факты или обстоятельства, которыми пациент делится с медицинскими работниками во время лечения. Право на приватность и конфиденциальность должно применяться с учетом различных культур, социальных и религиозных традиций. Для определенных уязвимых слоев населения, соблюдение конфиденциальности является важным аспектом получения медицинской помощи. Например, приватность и конфиденциальность важны в сфере реализации сексуальных и репродуктивных прав женщин и подростков. В Замечание общего порядка КЭСКП № 14 о праве на здоровье, Комитет по экономическим, социальным и культурным правам утверждает, что реализация права на здоровье подростков зависит от развития доброжелательной к молодежи медицины, которая уважает конфиденциальность и приватность, в том числе и в сфере сексуальных и репродуктивных услуг.

Приватность и конфиденциальность также являются важными элементами для пациентов, пытающихся диагностировать и лечить заболевания, связанные со стигмой, в том числе туберкулез, ВИЧ/СПИД и психические расстройства. В зависимости от типа лечения, в некоторых медицинских учреждениях лишь отдельные медицинские работники имеют доступ к конкретной медицинской информации о пациенте. Например, медсестра, которая вакцинирует пациента, не имеет права доступа к медицинской информации о психическом состоянии пациента, потому что такая информация не является релевантной. Право на конфиденциальность медицинской информации не должно вступать в конфликт с правом на доступ к медицинской информации. Лицо, владеющее медицинской информацией, не имеет права распространять эту информацию среди лиц, не принадлежащих к специалистам, которые предоставляют медицинские услуги, лицо, которое владеет информацией, должно обеспечить надлежащий доступ к медицинской информации только по запросу того лица, которого эта информация касается. Пациент имеет право на доступ к личной медицинской информации, имеет право контролировать распространение информации, предоставлять право на разглашение информации, когда сам того пожелает. Право на конфиденциальность медицинской информации, в том числе право на доступ к медицинской информации пациента необходимо поддерживать, а не нарушать.

В большинстве стран существует система, согласно которой опекун или законный представитель имеют право принимать решения от имени лица, признанного судом недееспособным или ограниченно дееспособным. В зависимости от юрисдикции и обстоятельств, медицинские работники имеют право принудительно направить человека на лечение в лечебное учреждение. Принудительные действия по лечению могут быть применены в случаях, когда лицу угрожает опасность того, что он / она могут нанести вред

себе или окружающим. Очень часто возникают вопросы относительно установления опекунов и принудительной госпитализации, так как эти процессы касаются отказа от личной автономии в принятии решений. Очень важно, чтобы эта система была формальной и прозрачной, с соблюдением процессуальных гарантий безопасности для обеспечения и поддержания прав и свобод. Примером процессуальных гарантий безопасности по принудительной госпитализации является возможность обжалования таких действий в суд.

Случаи, когда медицинская помощь пациентам может предоставляться без их личного согласия:

- оказание медицинской помощи недееспособным или ограниченно дееспособным лицам;
- оказание медицинской помощи несовершеннолетним;
- оказание медицинской помощи лицам в бессознательном состоянии;
- оказание медицинской помощи пациентам в обморочных состояниях или с другими нестабильными психоэмоциональными состояниями (сюда также относятся люди пожилого возраста);
- оказание медицинской помощи лицам, находящимся под влиянием седативных препаратов или других лекарств, влияющих на умственные способности и внимательность;
- в отдельных случаях, оказание медицинской помощи лицам с ограниченными физическими возможностями, в зависимости от типа физического ограничения.

Ниже перечисленные международные акты, которые не являются договорами, обязательными к исполнению, но в силу важности их положений, нормы этих документов имеют значение при реализации прав человека в сфере охраны здоровья. Среди них:

- Декларация о правах пациентов, 2005 г. (Всемирная медицинская ассоциация (ВМА);
- Хартия о праве на здоровье, 2005 г.;
- Декларация о медицинском обслуживании, ориентированном на пациента, 2007 г. (Международный альянс организаций пациентов (МАОП);
- Джакартская декларация о приоритетах охраны здоровья в XXI веке, 1997 г.;
- Позиционный документ: медсестры и права человека, 1998 г. (Международный совет медицинских сестер (МСМС).

1.1.2. Законодательство Кыргызстана в сфере охраны здоровья, включая акты, регламентирующие защиту населения от туберкулеза

Кыргызская Республика, после обретения независимости в 1991 году, став полноправным членом международного сообщества, присоединилась к целому ряду международных документов в области прав и свобод человека. В соответствии с ч.3 ст.6 Конституции КР, общепризнанные принципы и нормы международного права, а также международные договоры, вступившие в силу в соответствии с законодательством КР, являются составной частью правовой системы Кыргызстана.

Ратификация большинства существующих договоров по правам человека и обеспечение их непосредственного применения в рамках национального законодательства являются

обязанностью государства, а также необходимой мерой по соблюдению и выполнению им своих обязательств. Ратифицируя международные договоры по правам человека, правительства обязуются осуществлять меры и принимать законодательства на национальном уровне, согласующиеся с их договорными обязательствами и обязанностями. Поэтому в национальной правовой системе должны быть предусмотрены

Кыргызстан является государством-участником 8ми из девяти основных договоров ООН по правам человека (кроме Конвенции для защиты всех лиц от насильственных исчезновений 2006 года) и 6ти из 9ти факультативных (дополнительных) протоколов к ним. (см. сноску 11)

основные механизмы защиты прав человека, гарантируемые международным правом. В тех случаях, когда национальные правовые механизмы не обеспечивают защиту от нарушений прав человека, для рассмотрения жалоб отдельных лиц и групп людей используются механизмы и процедуры на региональном и международном уровнях, которые помогают обеспечить, чтобы международные стандарты в области прав человека действительно уважались, соблюдались и применялись на практике.

Ключевым актом нормативной базы любого государства, обладающим высшей юридической силой, является Конституция. Конституция КР, в основу которой легли положения Всеобщей декларации прав человека и других международных документов по правам человека, гарантирует равенство всех лиц в КР перед законом и судом.

Все предыдущие и ныне действующая Конституции КР содержат норму о том, что никто не может подвергаться дискриминации по признаку пола, расы, языка, инвалидности, этнической принадлежности, вероисповедания, возраста, политических или иных убеждений, образования, происхождения, имущественного или иного положения, а также других обстоятельств.

(ч.1 ст.24 Конституции КР от 5 мая 2021 года (принята референдумом (всенародным голосованием) 11 апреля 2021)

Одной из первоочередных задач деятельности любого государства на конституционном уровне является качественное обеспечение жизни и здоровья населения с помощью различных социальных и правовых механизмов их защиты. При этом особая роль отводится здравоохранению как руководящему в этом вопросе ведомству государства.

Право на охрану здоровья является одним из важнейших социальных прав человека и гражданина в силу того, что здоровье - это высшее благо человека, без которого утрачивают значение многие другие блага и ценности. В то же время оно не является только личным благом гражданина, а имеет еще и социальный характер. Иными словами, не только каждый должен заботиться о своем здоровье, но и общество обязано принимать все необходимые меры, содействующие сохранению и улучшению здоровья его членов, препятствовать посягательству кого бы то ни было на здоровье граждан.

Согласно ч.1 ст.43 Конституции КР в Кыргызстане каждый имеет право на охрану здоровья. Провозглашая эти права в Конституции, государство должно создать условия для медицинского обслуживания каждого и принятие мер по развитию государственного, муниципального и частного секторов здравоохранения, а также обеспечить возможность получения бесплатного медицинского обслуживания в соответствии с нормативными правовыми актами КР.

Нормативно-правовую базу, регламентирующую вопросы охраны здоровья граждан КР, в том числе лиц, затронутых туберкулезом, вопросы соблюдения и обеспечения прав медицинских работников, вопросы здравоохранения в КР, формируют правовые акты:

- Закон КР «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»
- Закон КР «О защите населения от туберкулеза»
- Закон КР «О статусе медицинского работника»
- Закон КР «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике»
- Закон КР «Об общественном здравоохранении»
- Закон КР «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»
- Закон КР «О системе Единого плательщика в финансировании здравоохранения Кыргызской Республики»
- Закон КР «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике»
- Закон КР «О государственном пенсионном социальном страховании»
- Закон КР «О государственном социальном страховании»

- Закон КР «О персонифицированном (индивидуальном) учете граждан КР для целей обязательного государственного социального страхования»
- Закон КР «Об обязательном страховании гражданской ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей»
- Закон КР «Об индексации суммы возмещения вреда, причиненного работнику увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья при исполнении трудовых обязанностей, наступившими по вине работодателя, с учетом повышения цен на потребительские товары и услуги» и др.
- Программа Правительства КР по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы "Здоровый человек - процветающая страна".

На территории Кыргызской Республики функционирует комплексная интегрированная система здравоохранения, состоящая из государственного, муниципального и частного секторов здравоохранения. Система управления здравоохранением представлена Министерством здравоохранения КР, Фондом обязательного медицинского страхования при Правительстве КР (ФОМС), а также их подведомственными подразделениями.

Согласно ст.21 Закона КР «Об охране здоровья граждан к Кыргызской Республике» гражданам в Кыргызстане предоставляются следующие виды медико-санитарной помощи:

- первичная медико-санитарная помощь;
- специализированная медицинская помощь;
- медико-социальная помощь;
- медицинская реабилитация;
- медицинская экспертиза;
- паллиативная помощь.

Противотуберкулезные мероприятия в Кыргызстане (санитарно-оздоровительные, противоэпидемические, профилактические, диагностические, лечебные и реабилитационные), проводятся на основании и в порядке, установленных Законом КР «О защите населения от туберкулеза», законодательством в сфере здравоохранения и вступившими в установленном законом порядке в силу международными договорами, участницей которых является Кыргызская Республика.

Законодательство Кыргызской Республики в сфере защиты населения от туберкулеза основано на общепризнанных принципах и нормах международного права, являющихся составной частью правовой системы Кыргызской Республики, состоит из вступивших в установленном законом порядке в силу международных договоров, участницей которых является Кыргызская Республика¹¹, а также нормативных правовых актов Кыргызской Республики в сфере охраны здоровья граждан.

В соответствии с законодательством КР государством гарантируется:

- неотложная противотуберкулезная помощь;
- специфическая профилактика туберкулеза, консультативно-диагностическая, лечебная, реабилитационная помощь в амбулаторных и стационарных условиях в государственных противотуберкулезных организациях;
- предоставление информации о состоянии здоровья лица, заболевшего туберкулезом;

¹¹ Кыргызская Республика является участницей ниже перечисленных международных договоров по правам человека и некоторых факультативных протоколов к ним:

- Международный пакт о гражданских и политических правах и два Факультативных протокола к пакту,
- Международный пакт об экономических, культурных и социальных правах,
- Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации,
- Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Факультативный протокол к Конвенции,
- Конвенция против пыток и Факультативный протокол к Конвенции,
- Конвенция о правах ребенка и два Факультативных протокола к конвенции, касающиеся: участия детей в вооруженных конфликтах и торговли детьми, детской проституции и детской порнографии;
- Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей,
- Конвенция о правах инвалидов.

- профессиональная подготовка и повышение квалификации лиц, получивших инвалидность вследствие заболевания туберкулезом, в соответствии с законодательством в сфере защиты прав и гарантий лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- возмещение ущерба больному туберкулезом в случае причинения вреда его здоровью при оказании медико-санитарной помощи в порядке, предусмотренном законодательством в сфере охраны здоровья граждан;
- трудоустройство лиц, получивших инвалидность вследствие заболевания туберкулезом, на предприятия, в учреждения и организации посредством квотирования рабочих мест для лиц с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с законодательством Кыргызской Республики в сфере защиты прав и гарантий лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Законодательством заражение туберкулезом медицинских и других работников противотуберкулезных организаций при исполнении ими служебных обязанностей относится к категории профессиональных заболеваний (ст.22 Закона КР «О защите населения от туберкулеза»).

Лица, затронутые туберкулезом, помимо прав (подробно о правах см. подраздел 1.2 настоящей публикации), которыми их наделяет законодатель, несут также обязанности, нарушение которых влечет ответственность.

Закон КР «О защите населения от туберкулеза»	
Статья 16. Обязанности лиц, больных туберкулезом	Больные туберкулезом обязаны: <ul style="list-style-type: none"> – выполнять рекомендации медицинского работника по режиму лечения, поведения в быту и на производстве; – являться в противотуберкулезную организацию по вызову медицинского работника; – оберегать от заражения туберкулезом окружающих его людей, не препятствовать проведению противоэпидемических и санитарно-оздоровительных мероприятий в местах их постоянного проживания; – при смене постоянного места жительства в 10-дневный срок встать на учет в противотуберкулезной организации по месту фактического проживания.
Статья 17. Ответственность лиц, больных туберкулезом	Больные туберкулезом, уклоняющиеся от лечения, по решению суда подлежат принудительной госпитализации в специально созданные противотуберкулезные организации.
Статья 19. Ответственность медицинских работников	Медицинские работники за невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Рассмотрим подробнее некоторые обязанности как граждан (пациентов), в том числе лиц, затронутых туберкулезом, так и медицинских работников, в соответствии с законодательством Кыргызстана.

ГРАЖДАНЕ (ПАЦИЕНТЫ)

а) Обязанность гражданина (пациента) принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья¹²

В соответствии с законодательством КР, гражданин обязан принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья, вести здоровый образ жизни и повышать свои знания в области охраны здоровья. В ст.23 Закона КР «Об общественном здравоохранении» раскрывается понятие «здоровый образ жизни» – это совокупность стереотипов поведения человека, направленных на сохранение и укрепление здоровья. В

¹² Права человека в сфере охраны здоровья: практическое руководство. Кыргызстан. – Б., 2012 г.

целях обеспечения охраны собственного здоровья, законодательство КР обязывает граждан, при отсутствии медицинских противопоказаний, осуществлять обязательные профилактические мероприятия, невыполнение которых создает угрозу здоровью.

Формулировка данной обязанности/ответственности в законодательстве страны

Закон КР «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики»

- граждане обязаны бережно относиться к собственному здоровью... (ч.1 ст.93);
- для сохранения здоровья и предупреждения заболеваний граждане должны повышать свои знания в области охраны здоровья, вести здоровый образ жизни (ч.2 ст.93);
- пациент обязан принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья (п.1 ст.94);
- пациент обязан предоставлять лицу, оказывающему медицинскую помощь, известную ему информацию о состоянии своего здоровья, в том числе о противопоказаниях к применению лекарственных средств, ранее перенесенных и наследственных заболеваниях (п.3 ст.94).

Закон КР «Об общественном здравоохранении»

- граждане обязаны заботиться о собственном здоровье, а также о здоровье и гигиеническом воспитании и обучении своих детей (ст.6).

б) Обязанность гражданина (пациента) не совершать действий, наносящих ущерб здоровью других граждан¹³

В обязанности граждан КР (пациента) входит не совершать действия, наносящие ущерб здоровью членам своей семьи, медицинскому персоналу и другим гражданам. Законом в обязанности пациента вменяется соблюдение мер предосторожности при контактах с другими гражданами, включая медицинских работников, в случае если он знает о наличии у него заболевания, представляющего опасность для окружающих. Пациент обязан сообщать медицинскому работнику сведения о наличии у него заболевания, представляющего опасность для окружающих, при использовании крови, биологических жидкостей, органов и тканей пациента при их использовании в качестве донора. В целях обеспечения охраны здоровья окружающих, закон обязывает граждан, при отсутствии медицинских противопоказаний, осуществлять обязательные профилактические мероприятия, невыполнение которых создает угрозу здоровью других лиц.

Формулировка данной обязанности/ответственности в законодательстве страны

Уголовный Кодекс КР

- Поставление другого лица в опасность заражения вирусом иммунодефицита человека либо другой неизлечимой инфекционной болезнью, опасной для жизни человека, если заражение не произошло, – наказывается исправительными работами на срок от двух месяцев до одного года или штрафом от 300 до 500 расчетных показателей либо лишением свободы на срок до двух лет (ч.2 ст.143).
- Заражение другого лица вирусом иммунодефицита человека либо другой неизлечимой инфекционной болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, совершенное по неосторожности, – наказывается штрафом от 500 до 1000 расчетных показателей или лишением свободы на срок от двух до пяти лет (ч.3 ст.143).
- Заражение другого лица вирусом иммунодефицита человека либо другой неизлечимой инфекционной болезнью, опасной для жизни человека, – наказывается лишением свободы на срок от пяти до восьми лет (ч.4 ст.143).
- Умышленное заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, – наказывается штрафом от 200 до 300 расчетных показателей (ч.1 ст.143).

¹³ Права человека в сфере охраны здоровья: практическое руководство. Кыргызстан. – Б., 2012 г.

Закон КР «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики»

- граждане обязаны бережно относиться к собственному здоровью, здоровью детей, близких родственников и окружающих людей (ст.93);
- граждане несут ответственность в соответствии с законодательством КР (ст.101):
 - за нарушение санитарно-гигиенических, противоэпидемических норм и правил, загрязнение окружающей среды, повлекшее за собой вред их здоровью или здоровью окружающих;
 - за уклонение от наблюдения и лечения при наличии у них заразных и опасных заболеваний, которые могут принести вред здоровью окружающих.

Закон КР «Об общественном здравоохранении»

- граждане обязаны не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания (п.3 ст.6).

Закон КР «О защите населения от туберкулеза»

- больные туберкулезом обязаны оберегать от заражения туберкулезом окружающих его людей, не препятствовать проведению противоэпидемических и санитарно-оздоровительных мероприятий в местах их постоянного проживания (п.4 ст.16);
- больные туберкулезом, злостно уклоняющиеся от лечения и соблюдения санитарно-гигиенических нормативов, по решению суда подлежат принудительной госпитализации в специально созданные противотуберкулезные лечебные учреждения (ст.17).

Закон КР «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»

Отсутствие профилактических прививок влечет (ст.5):

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами, либо вступившими в установленном законом порядке в силу международными договорами, участницей которых является Кыргызская Республика, требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в учреждения образования и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается Правительством КР (ст.5).

в) Обязанность гражданина (пациента) выполнять медицинские предписания и соблюдать правила внутреннего распорядка медицинского учреждения¹⁴

Пациент, зная о своем заболевании, и получив необходимые рекомендации и назначения врача, обязан выполнять относящиеся к индивидуальному и общественному здоровью предписания медицинских работников, а также соблюдать правила внутреннего распорядка, которые являются одним из локальных нормативных актов, регулирующих деятельность организации здравоохранения.

Правила внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов включают в себя:

- порядок обращения пациента в организацию здравоохранения;
- порядок госпитализации и выписки пациента;
- права и обязанности пациента;
- порядок разрешения конфликтных ситуаций между организацией здравоохранения и пациентом;
- порядок предоставления информации о состоянии здоровья пациента;

¹⁴ Права человека в сфере охраны здоровья: практическое руководство. Кыргызстан. – Б., 2012 г.

- порядок выдачи справок, выписок из медицинской документации пациенту или другим лицам;
- время работы организации здравоохранения и ее должностных лиц; информацию о перечне платных медицинских услуг и порядке их оказания;
- другие сведения, имеющие существенное значение для реализации прав пациента (с учетом специфики организаций здравоохранения, в которых пациент получает консультативную, диагностическую или лечебную помощь).

Формулировка данной обязанности/ответственности в законодательстве страны

Закон КР «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики»

Пациент обязан (ст.94):

- уважительно относиться к медицинским работникам и другим лицам, участвующим в оказании медицинской помощи;
 - выполнять медицинские предписания;
 - соблюдать правила внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов и бережно относиться к имуществу организации здравоохранения;
- В соответствии с законодательством КР граждане несут ответственность за невыполнение медицинских предписаний в отношении их здоровья и здоровья несовершеннолетних детей, беременных женщин (ст.101).

Закон КР «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»

- пациент обязан выполнять предписания и рекомендации медицинских работников (ст.5).

Закон КР «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике»

Право организации здравоохранения получать от граждан, обратившихся за медико-санитарной помощью, необходимые сведения о состоянии их здоровья, результатах лечения, проведенного другими лицами, осуществляющими медицинскую деятельность (ст.22), корреспондирует обязанности граждан обеспечивать данное право.

Закон КР «О защите населения от туберкулеза»

Больные туберкулезом обязаны (ст.16):

- строго выполнять рекомендации медицинского работника по режиму лечения, поведения в быту и на производстве;
- являться в противотуберкулезное учреждение по вызову медицинского работника;
- при смене постоянного места жительства в 10-дневный срок встать на учет в местном противотуберкулезном учреждении.

МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ

а) Обязанность оказывать медицинскую помощь¹⁵

Медицинский работник обязан оказать пострадавшему лицу медицинскую помощь вне зависимости от гражданства, социального статуса, расы, вероисповедания, политических убеждений и т.п. В случае, когда гражданину необходима медицинская помощь по жизненным показаниям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастный случай, травма, отравление, другие состояния и заболевания), медицинская помощь оказывается всем гражданам КР бесплатно до выведения из состояния, угрожающего жизни.

Формулировка данной обязанности/ответственности в законодательстве страны

Уголовный кодекс КР

¹⁵ Права человека в сфере охраны здоровья: практическое руководство. Кыргызстан. – Б., 2012 г.

- Неоказание медицинской помощи больному без уважительных причин медицинским работником, который был обязан и имел возможность оказать такую помощь, а равно невыполнение или ненадлежащее выполнение, в силу легкомыслия или небрежности, профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником, повлекшие по неосторожности значительный вред, – наказываются штрафом от 200 до 300 расчетных показателей либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет (ч.1 ст.146).

- То же деяние, причинившее по неосторожности тяжкий вред, – наказывается штрафом от 500 до 1000 расчетных показателей или лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности либо заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет (ч.2 ст.146).

Закон КР «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»

Медицинские и фармацевтические работники обязуются оказывать медицинскую помощь больным, невзирая на национальность, социальное положение, политические взгляды и религию, уважая их человеческое достоинство (ст.92);

Организации здравоохранения, оказывающие медико-санитарную помощь, обязаны обеспечить (ст.95):

- доступную, своевременную, квалифицированную медицинскую помощь необходимого объема, установленного для определенных уровней здравоохранения, в соответствии с выделенными материальными и финансовыми ресурсами;

- оказание неотложной медицинской помощи;

- проведение специальных профилактических медицинских мероприятий по предупреждению, диагностике и лечению заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Физические и юридические лица, занимающиеся частной медицинской деятельностью, обязаны (ст.96):

- иметь лицензию на соответствующие виды деятельности;

- оказывать неотложную медицинскую помощь всем гражданам при состояниях, угрожающих их жизни;

- оказывать квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с профилем их работы.

Закон КР «О защите населения от туберкулеза»

Государством гарантируется (ст4):

- неотложная противотуберкулезная помощь;

- специфическая профилактика туберкулеза, консультативно-диагностическая, лечебная, реабилитационная помощь в амбулаторных и стационарных условиях в государственных противотуберкулезных организациях;

Закон КР «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике»

Организации здравоохранения, оказывающие медико-санитарную помощь, обязаны обеспечить (ст.23):

- доступную, своевременную, качественную, квалифицированную медико-санитарную помощь необходимого объема, установленного для определенных уровней здравоохранения;

- оказание скорой и неотложной медицинской помощи;

- готовность к работе в экстремальных условиях (эпидемии, чрезвычайные ситуации, военное положение, стихийные бедствия, работа в труднодоступных и опасных условиях);

- проведение специальных профилактических медицинских мероприятий по предупреждению, диагностике и лечению заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

б) Обязанность информировать пациента (законных представителей)¹⁶

Указанная обязанность имеет большое значение, поскольку отсутствие или недостаточная информированность пациента о состоянии его здоровья могут привести к непоправимым последствиям. Медицинские работники обязаны предоставлять каждому пациенту информацию о видах и порядке, в том числе и стоимости, оказываемых медицинских услуг, состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также информацию по вопросам профилактической медицины, гигиены, формированию здорового образа жизни.

Информация о состоянии здоровья пациента предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 16 лет, и пациентов, признанных в установленном законом порядке недееспособными, - их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением организации здравоохранения или другими специалистами, принимавшими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться пациенту и членам его семьи в деликатной форме с соблюдением медико-этических норм, если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Формулировка данной обязанности/ответственности в законодательстве страны

Конституция КР (ст.33)

- Каждый имеет право свободно искать, получать, хранить, использовать информацию и распространять ее устно, письменно или иным способом.
- Каждый имеет право на ознакомление в государственных органах, органах местного самоуправления, учреждениях и организациях со сведениями о себе.
- Каждому гарантируется доступ к информации, находящейся в ведении государственных органов, органов местного самоуправления и их должностных лиц. Порядок предоставления информации определяется законом.

Закон КР «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»

Физические и юридические лица, занимающиеся частной медицинской деятельностью, обязаны предоставлять гражданам полную и достоверную информацию о состоянии их здоровья (ст.96).

Закон КР «О защите населения от туберкулеза»

- Государством гарантируется предоставление информации о состоянии здоровья лица, заболевшего туберкулезом (ст.4).

Закон КР «Об общественном здравоохранении»

Основными принципами государственной политики в области общественного здравоохранения в КР являются (ст.4):

- обеспечение граждан объективной и достоверной информацией по вопросам профилактики заболеваний, охраны и укрепления здоровья;

ТЕМА 1.2.

Права лиц, затронутых туберкулезом

Туберкулез является одним из инфекционных заболеваний с самым высоким уровнем смертности в мире. Туберкулез - основная причина смертности среди людей, живущих с ВИЧ. Туберкулез и ВИЧ, а также сложности борьбы с ними, связанные с

¹⁶ Права человека в сфере охраны здоровья: практическое руководство. Кыргызстан. – Б., 2012 г.

гендером и правами человека, тесно взаимосвязаны. Считается, что туберкулез - это болезнь бедности и неравенства.¹⁷ Примерно 2,3 миллиарда человек - одна третья населения - инфицированные туберкулезом, большинство из них имеют латентную форму и поэтому не проявляют активных симптомов, тем самым не могут передать болезнь другим людям. Однако, примерно в одном случае из десяти инфицированных, болезнь переходит в активную форму туберкулеза.

Насчитывается примерно 12 млн. случаев активного туберкулеза по всему миру и каждый год по 9 млн. новых случаев. Согласно данным ВОЗ, в Азии и Африке насчитывается наибольшее количество больных туберкулезом, в то время как в Индии и Китае насчитывается около 40% всех случаев. В Африке насчитывается 24% случаев «с высоким показателем и уровнем смертности на душу населения», зарегистрированных в мире.¹⁸

1.2.1. Ключевые и уязвимые к туберкулезу группы населения (КУГН)¹⁹

Ключевые и уязвимые группы населения в отношении ТБ варьируются в зависимости от страны, но все они переживают несоразмерно большее воздействие болезней, бедности, стигмы и дискриминации, нарушений прав человека и гендерных барьеров. Во всех странах дети представляют собой уникальную ключевую и уязвимую группу населения - они находятся в невыгодном положении из-за менее чувствительной диагностики ТБ, не имеют доступа к экономическим средствам и не могут отстаивать свои интересы. Ключевые и уязвимые группы населения - это люди, которые подвергаются более высокому риску латентной ТБ инфекции (и риску перехода латентного ТБ в активную форму ТБ), чем население в целом вследствие их состояния здоровья, условий жизни и работы, а также правового и социального положения. Многие ключевые по ТБ группы населения пересекаются, что многократно увеличивает риск ТБ для людей, входящих в эти группы.

Каждая страна самостоятельно определяет то, какие группы населения являются ключевыми для реализации национальных мер противодействия ТБ, и направляет вмешательства в рамках национальных программ по туберкулезу (НПТ) или стратегического плана на решение проблем, связанных с этими группами населения.

Люди, подверженные повышенному риску заражения туберкулезом из-за места проживания или работы	Заклученные, работники секс-бизнеса, шахтеры, посетители больниц, медицинские работники и работники системы здравоохранения. Люди, которые: – живут в городских трущобах – живут в плохо проветриваемых или пыльных условиях – находятся в контакте с больными туберкулезом, особенно дети – работают в переполненных помещениях – работают в больницах или медицинских учреждениях
Люди с ограниченным доступом к качественным противотуберкулезным услугам	Трудовые мигранты, женщины в условиях гендерного неравенства, дети, мигранты, беженцы или внутренне перемещенные лица, а также нелегальные шахтеры. Люди, которые: – бездомные

¹⁷ Туберкулез, гендер и права человека. Техническая записка. – Глобальный Фонд, Женева, 2020 г.

¹⁸ Охрана здоровья и права человека: ресурсное пособие. Пятое издание, дополненное. - Центр здоровья и прав человека имени Франсуа-Ксавье Баню и Фонд открытого общества, 2015 г.;

¹⁹ Доклад об подотчетности сообществ и гражданского общества, затронутых туберкулезом: Приоритеты для преодоления смертельного разрыва. Делегация НПО развивающихся стран, делегация НПО развитых стран и делегация сообществ Партнерства "Остановить ТБ". – Женева, 2023 г.; Партнерство «Stop TB». Глобальный план по ликвидации туберкулеза (2016–2020 гг.): сдвиг парадигмы. - Женева: Партнерство «Stop TB», 2015 г.; Стандартизированный пакет вспомогательных услуг, предоставляемых на уровне местных сообществ, для улучшения результатов лечения и профилактики ТБ. Руководство для затронутых сообществ и организаций гражданского общества, а также национальных программ по борьбе с ТБ и ответственных лиц, определяющих политику в Восточной Европе и Центральной Азии. – ВОЗ, 2021 г.

	<ul style="list-style-type: none"> – живут в труднодоступных местах – живут в домах престарелых – имеют умственную или физическую инвалидность – сталкиваются с юридическими препятствиями на пути доступа к медицинской помощи – лесбиянки, геи, бисексуалы или трансгендеры
Люди с повышенным риском заболевания туберкулезом из-за биологических или поведенческих факторов, нарушающих иммунную функцию	<p>Люди, которые:</p> <ul style="list-style-type: none"> – живут с ВИЧ – имеют диабет или силикоз – проходят иммуносупрессивную терапию – недоедают – употребляют табак – страдают алкогольным расстройством – употребляют инъекционные наркотики

Бедность и экономическое неравенство. Люди, живущие в условиях перенаселенности, плохой вентиляции и недостаточного питания, в большей степени рискуют инфицироваться и заболеть ТБ. В рамках соблюдения права на здоровье, люди, затронутые ТБ, имеют право на доступ к качественным услугам профилактики, диагностики, лечения и ухода. Однако, в условиях бедности, даже когда сами противотуберкулезные препараты предоставляются бесплатно, дополнительные затраты на транспорт, качественное питание для успешного лечения и на первичную диагностику могут стать важным препятствием.²⁰ По состоянию на 2022г. свыше 80% смертности от ТБ приходилось на страны с низким или средним уровнем доходов.

Люди в местах лишения свободы и люди, употребляющие наркотики. Люди в местах лишения свободы, в том числе, предварительного заключения и временного содержания, подвергаются высокому риску развития ТБ из-за условий пребывания в закрытых учреждениях, часто характеризующихся перенаселенностью, плохой санитарией и вентиляцией. Заключение часто лишены возможности пользоваться профилактикой, диагностикой и лечением ТБ либо из-за отказа в доступе, либо из-за того, что они не знают, где и как можно получить эти услуги. Как правило, женщины в местах лишения свободы имеют меньший доступ к лечению ТБ, чем мужчины. Люди, употребляющие наркотики, часто подвергаются повышенным рискам ТБ не только из-за совместного использования инъекционного инструментария, но и из-за того, что живут в бедности и чаще попадают в места лишения свободы на протяжении жизни.²¹

Мобильные группы населения. Во многих ситуациях мигранты, беженцы, кочевники и перемещенные лица подвергаются повышенной опасности развития ТБ, они могут не иметь доступа к необходимым услугам и информации из-за этнических, культурных, языковых и других дискриминационных препятствий, стигматизации, нелегального статуса и страха депортации или отсутствия необходимых документов.²²

Профессиональные риски при отсутствии необходимой защиты. Без необходимых мер защиты, люди, занятые в определенных профессиях – горнодобывающей отрасли, здравоохранении, пенитенциарной системе и определенных отраслях промышленности – могут подвергаться повышенному риску инфицирования или развития ТБ. Во многих регионах в горнодобывающей промышленности задействованы низкооплачиваемые рабочие, трудящиеся в удаленных районах, а государственные регуляторные механизмы не обеспечивают ответственность горнодобывающих компаний в соблюдении необходимой профбезопасности.²³

²⁰ Туберкулез, гендер и права человека. Техническая записка. – Глобальный Фонд, Женева, 2020 г.

²¹ Туберкулез, гендер и права человека. Техническая записка. – Глобальный Фонд, Женева, 2020 г.

²² Туберкулез, гендер и права человека. Техническая записка. – Глобальный Фонд, Женева, 2020 г.

²³ Туберкулез, гендер и права человека. Техническая записка. – Глобальный Фонд, Женева, 2020 г.

Стигма и дискриминация. Люди с ТБ имеют право не сталкиваться с дискриминацией в здравоохранении, трудоустройстве, обеспечении жильем, образовании и других контекстах. Однако они часто сталкиваются со стигматизацией и дискриминацией из-за того, что туберкулез связывают с бедностью и плохими условиями жизни, или из-за недостоверной информации и мифов, окружающих это заболевание. Стигматизация может усиливаться, если не соблюдаются приватность и конфиденциальность людей, затронутых ТБ - в частности, в здравоохранении, трудоустройстве и образовании.²⁴

Гендерно-обусловленные риски. В 2020 г. 56% случаев ТБ приходилось на взрослых мужчин, 33% - на женщин, а еще 11% - на детей. Мужчины с большей вероятностью, чем женщины, подвержены рискам ТБ, если они, например, работают в шахтах или занимаются пескоструйной обработкой материалов. Кроме того, риски для них выше по причине рискованного поведения — из-за курения, употребления алкоголя или наркотиков. Мужчинам кажется, что им не нужно регулярно обращаться к врачу или ходить в поликлинику, потому что это, якобы, для женщин и детей. В результате они получают диагноз с запозданием и демонстрируют худшую приверженность к лечению. Если мужчина считается основным кормильцем семьи, его страх потерять работу или упустить экономические возможности из-за болезни также мешает ему обращаться за помощью. Женщины зачастую раньше получают доступ к диагностике и лечению ТБ и ВИЧ из-за того, что обращаются за услугами репродуктивного здоровья. С другой стороны, женщины могут иметь меньше самостоятельности и доступа к ресурсам домохозяйства, чтобы обращаться за диагностикой и лечением ТБ. Женщины могут сталкиваться с особенно сильной стигматизацией из-за ТБ. В некоторых странах местные культурные нормы вынуждают женщин избегать тестов мокроты. В ряде стран, если становится известно, что женщина перенесла ТБ, это подрывает ее перспективы вступить в брак. Женщины также могут страдать, если услуги по ТБ не интегрированы в услуги репродуктивного здоровья.²⁵

Сочетанная инфекция ТБ и ВИЧ. Люди, живущие с ВИЧ, сталкиваются с высоким риском относительно ТБ. Активный ТБ у них возникает в 18 раз чаще, чем у людей, не инфицированных ВИЧ. Стигма, дискриминация и маргинализация, связанные с ВИЧ, могут усиливать стигматизацию из-за ТБ и сами усиливаться ею. Такая тесная связь между этими двумя заболеваниями означает, что услуги по ВИЧ и ТБ следует планировать и внедрять в тесной координации.²⁶

1.2.2. Обзор прав лиц, затронутых туберкулезом, регламентированные международными документами и законодательством Кыргызстана

Право на жизнь

(статья 2 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет неотъемлемое право на жизнь. Это право включает право на медицинскую помощь при туберкулезе, направленную на спасение жизни.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 3	Конституция КР – ст.25 1. Каждый имеет неотъемлемое право на жизнь. Закон КР «Об охране здоровья граждан в КР» - ст.61
МПГПП	Ст. 6.1	
КПР	Ст. 6.1	

²⁴ Техническая записка. Устранение связанных с правами человека барьеров в доступе к услугам в сфере ТБ. Грантовый период 2023-2025 гг. - 20 января 2023 г.

²⁵ Техническая записка. Устранение связанных с правами человека барьеров в доступе к услугам в сфере ТБ. Грантовый период 2023-2025 гг. - 20 января 2023 г.

²⁶ Техническая записка. Устранение связанных с правами человека барьеров в доступе к услугам в сфере ТБ. Грантовый период 2023-2025 гг. - 20 января 2023 г.

		Граждане в КР обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья, которое обеспечивается: - предоставлением права защищать свою жизнь и здоровье; ...
--	--	--

Право на достоинство

(статья 3 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на достойное и уважительное обращение. Это право включает право на обращение как с независимым индивидом, обладающим самостоятельностью и присущей ему ценностью, а не просто как со средством достижения целей общественного здравоохранения, и без дискриминации, стигмы, предубеждений или принуждения, в том числе в медицинских учреждениях и местах лишения свободы.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст.1	Конституция КР – ст.29 1. Каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, защиту чести и достоинства. Человеческое достоинство в КР абсолютно и неприкосновенно. Закон КР «Об охране здоровья граждан в КР» - ст.72 При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право: на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; Закон КР «О защите населения от туберкулеза» - ст.15 Лица, больные туберкулезом, имеют право: на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;
МПГПП	Ст.10.1	
КПР	Ст. 37, 40	

Право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (право на здоровье)

(статья 4 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Это право включает право на доступную, приемлемую и высококачественную медицинскую помощь при туберкулезе как неотъемлемый компонент всеобщего охвата услугами здравоохранения, включая удобные для детей комбинации фиксированных доз, а также тестирование и профилактическую терапию при туберкулезной инфекции для представителей ключевых и уязвимых групп населения, с момента обращения с показаниями, свидетельствующими о предположительном наличии туберкулеза, до завершения лечения и в последующий период для людей, нуждающихся в непрерывном уходе, предоставляемую обученными медицинскими работниками, на уровне сообществ, когда это уместно, уважительным, достойным, свободным от принуждения, стигматизации и какой-либо дискриминации образом, независимо от возраста, рождения, цвета кожи, культуры, гражданства, инвалидности, этнической принадлежности, финансового положения, гендерной идентичности, языка, юридического статуса, политических или иных убеждений, наличия иных заболеваний, национального или социального происхождения, расы, религии, пола, сексуальной ориентации или любого иного обстоятельства, в том числе для лиц, задержанных государством или иным образом лишенных свободы, с особым вниманием к группам, являющимся ключевыми в контексте туберкулеза.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 25	Конституция КР – ст.43

МПЭСКП	Ст. 12	<p>1. Каждый имеет право на охрану здоровья ...</p> <p>2. Государство создает условия для медицинского обслуживания каждого и принимает меры по развитию государственных, муниципальных, частных и иных организаций здравоохранения. ...</p> <p>Закон КР «Об охране здоровья граждан в КР»</p> <p>Ст.61 - Граждане в КР обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья, которое обеспечивается: - предоставлением права защищать свою жизнь и здоровье;</p> <p>Ст.72 - При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право: - на получение доступной качественной медико-санитарной помощи в организациях здравоохранения, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой;</p> <p>Закон КР «О защите населения от туберкулеза» - ст.4</p> <p>Государством гарантируется: - неотложная противотуберкулезная помощь; - специфическая профилактика туберкулеза, консультативно-диагностическая, лечебная, реабилитационная помощь в амбулаторных и стационарных условиях в государственных противотуберкулезных организациях;</p>
КЛДЖ	Ст. 12	
КПР	Ст. 6.2, 23, 24	

Право на свободу от пыток и иного жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения

(статья 5 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на свободу от пыток и иного жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания. Это право включает право на медицинскую помощь при туберкулезе без какой-либо дискриминации за государственный счет для всех лиц, чья свобода ограничена государством или лишены свободы иным образом. Оно также включает право на достойные, безопасные и гигиенические условия содержания под стражей, без переполненности, с достаточной вентиляцией и полноценным питанием. Это право также распространяется на лечение людей с туберкулезом медицинскими работниками в учреждениях общественного здравоохранения, которое достигает уровня пыток или другого жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 5	<p>Конституция КР – ст.56</p> <p>4. Никто не может подвергаться пыткам и другим бесчеловечным, жестоким или унижающим достоинство видам обращения или наказания.</p> <p>5. Каждый лишенный свободы имеет право на гуманное обращение, не унижающее человеческое достоинство.</p>
МПГПП	Ст. 7	
КПР	Ст. 19, 29, 37, 39	
КПП	Ст. 16	

Право на равенство и свободу от дискриминации

(статья 6 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Все люди, затронутые туберкулезом, равны перед законом и имеют право, без какой-либо дискриминации, на равную защиту закона и на свободу от всех форм дискриминации по какому бы то ни было признаку, как-то в отношении возраста, рождения, цвета кожи, культуры, гражданства, инвалидности, этнической принадлежности, финансового положения, гендерной идентичности, языка, юридического статуса, политических или иных убеждений, наличия иных заболеваний, национального или социального происхождения, расы, религии, пола, сексуальной ориентации или любого иного обстоятельства. Это право включает право каждого человека, затронутого туберкулезом, быть свободным от всех форм дискриминации во всех сферах его жизни, включая, помимо прочего, доступ к

социальному обеспечению и государственным пособиям, рождение детей и материнство, образование, занятость, здравоохранение, жилье и брак.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 1, 2, 6, 7	<p>Конституция КР – ст.24 1. Кыргызская Республика обеспечивает всем лицам, находящимся в пределах ее территории и под ее юрисдикцией, защиту их прав и свобод. Никто не может подвергаться дискриминации по признаку пола, расы, языка, инвалидности, этнической принадлежности, вероисповедания, возраста, политических или иных убеждений, образования, происхождения, имущественного или иного положения, а также других обстоятельств. ... 2. В КР все равны перед законом и судом.</p> <p>Закон КР «Об охране здоровья граждан в КР» - ст.61 Граждане в КР обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья, которое обеспечивается: - - предоставлением всем гражданам независимо от пола, расы, языка, инвалидности, этнической принадлежности, вероисповедания, возраста, политических или иных убеждений, образования, происхождения, должностного, имущественного или иного положения, а также других обстоятельств равных возможностей в реализации права на получение медико-санитарной и медико-социальной помощи;</p>
МПГПП	Ст. 2, 3, 14, 26	
МПЭСКП	Ст. 3	
КЛДЖ	Ст. 2, 12, 15	
КПР	Ст. 2	

Право на свободу и личную неприкосновенность

(статья 7 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на свободу и личную неприкосновенность. Ни один человек с туберкулезом не может быть лишен свободы иначе, как на таких основаниях и в соответствии с такой процедурой, которые установлены законом. Каждый человек, затронутый туберкулезом, лишенный свободы, имеет право на гуманное обращение и уважение неотъемлемого достоинства, присущего человеческой личности.

Принудительное содержание под стражей, госпитализация или изоляция человека с туберкулезом - это лишение свободы и нарушение безопасности личности. Поэтому принудительная госпитализация или изоляция допустима только в качестве крайней меры, в узко определенных обстоятельствах, на максимально короткий срок, в соответствии с Главой 15 Этического руководства по реализации Стратегии по ликвидации туберкулеза ВОЗ, когда на основании точных медицинских данных:

- Известно, что человек является заразным, и при этом он отказывается от эффективного лечения, и все разумные меры для обеспечения соблюдения были предприняты и оказались безуспешными; ИЛИ
- Известно, что человек является заразным и согласился на амбулаторное лечение, но не имеет возможности обеспечить инфекционный контроль в домашних условиях и отказывается от стационарной помощи; ИЛИ
- с высокой вероятностью человек может быть заразным (на основе лабораторных данных), но отказывается проходить оценку своего инфекционного статуса, в то время как делается все возможное, чтобы работать с человеком для разработки плана лечения, соответствующего его потребностям.

Кроме того, в соответствии с Сиракузскими принципами толкования ограничений и отступлений от положений МПГПП, утвержденными Экономическим и Социальным

Советом ООН, лишение свободы, связанное с принудительным задержанием, госпитализацией или изоляцией людей с туберкулезом, является оправданным, только если оно:

1. Соответствует национальному законодательству, действующему на момент лишения свободы;
2. Основано на законной цели и соразмерно ей в ответ на серьезную угрозу здоровью населения или отдельных членов общества;
3. Строго продиктовано остротой положения;
4. Является наименее ограничительным средством, доступным для достижения цели;
5. Не является произвольным, оскорбительным или дискриминационным.

В случаях, когда они являются оправданными, содержание под стражей, госпитализация или изоляция лица с туберкулезом должны осуществляться в условиях, корректных с медицинской точки зрения, с эффективными мерами инфекционного контроля, на максимально короткий срок, только до тех пор, пока действуют вышеуказанные обстоятельства; лицо должно получать медицинскую помощь на добровольной основе; все другие права и свободы должны быть защищены, механизмы надлежащего судебного разбирательства и обжалования должны быть в наличии и доступными, и государство должно, по крайней мере, соблюдать основные потребности человека, включающие, но не ограниченные достаточным количеством еды и воды, а также любые другие потребности, как то необходимо для того, чтобы гарантировать, что ограничение прав эффективно служит достижению своей цели.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 3, 4, 5, 9	Конституция КР Ст.59 - 1. Каждый человек имеет право на свободу и личную неприкосновенность. 3. Никто не может быть задержан, заключен под стражу, лишен свободы иначе как по решению суда и только на основаниях и в порядке, установленных законом. Ст.56 - 5. Каждый лишенный свободы имеет право на гуманное обращение, не унижающее человеческое достоинство. Закон КР «Об охране здоровья граждан в КР» - ст.72 При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право: на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
МПГПП	Ст. 6, 7, 8, 9	
КПР	Ст. 6.1, 19.1, 37, 39, 40	

Право на свободное передвижение

(статья 8 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждому человеку, затронутому туберкулезом, который законно находится на территории какого-либо государства, принадлежит право на свободное передвижение и свобода выбора местожительства в пределах этой территории. Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право покинуть любую страну, включая свою собственную. Упомянутые выше права не могут быть объектом никаких ограничений, кроме тех, которые предусмотрены законом, необходимы для охраны государственной безопасности, общественного порядка, здоровья или нравственности населения, или прав и свобод других и совместимы с правами, признанными в международных договорах по правам человека, включая право на свободу и личную неприкосновенность по смыслу статьи 7 настоящей Декларации.

Это означает, что туберкулез не может являться основанием ни для отказа во въезде или повторном въезде на территорию государства, ни для депортации или выдворения с территории государства. Это также означает, что туберкулез не может являться

основанием для ограничения передвижения или поездок на территории государства, за исключением узко определенных обстоятельств, установленных в статье 7 настоящей Декларации, в соответствии с Главой 15 Этического руководства по реализации Стратегии по ликвидации туберкулеза ВОЗ.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 13	Конституция КР – ст.31 1. Каждый имеет право на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах территории Кыргызской Республики. 2. Гражданин КР имеет право свободно выезжать за пределы Кыргызской Республики и беспрепятственно возвращаться. Ограничение права выезда допускается только на основании закона.
МПГПП	Ст. 12	
КПР	Ст. 10	

Право на личную и семейную жизнь

(статья 9 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право не подвергаться произвольному или незаконному вмешательству в его личную и семейную жизнь, произвольным или незаконным посягательствам на неприкосновенность его жилища или тайну его корреспонденции или незаконным посягательствам на его честь и репутацию. Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на защиту закона от такого вмешательства или таких посягательств. Это право включает право людей с туберкулезом сохранять свое состояние здоровья, личную медицинскую информацию и данные конфиденциальными. Оно также включает право вступать в брак, создавать семью, иметь детей и заботиться о них.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 12, 16	Конституция КР ст.29 - 1. Каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, защиту чести и достоинства. 3. Каждый имеет право на тайну переписки, телефонных и иных переговоров, почтовых, телеграфных, электронных и иных сообщений. Ограничение этих прав допускается только в соответствии с законом и на основании судебного решения. Ст.30 - 1. Каждый имеет право на неприкосновенность жилища и иных объектов, находящихся у него в собственности или ином праве. Никто не может проникать в жилище и иные объекты против воли человека, в пользовании которого они находятся. Ст.26 - 1. Семья создается на основе добровольного вступления в брак мужчины и женщины, достигших установленного законом брачного возраста. Брак не допускается без согласия двух лиц, вступающих в брак.
МПГПП	Ст. 17	
МПЭСКП	Ст. 10	
КЛДЖ	Ст. 16	
КПР	Ст. 9, 16	

Право на конфиденциальность

(статья 10 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на конфиденциальность в отношении личной медицинской информации и данных. Это означает, что раскрытие, передача или передача в электронном или ином виде личной медицинской информации или данных о человеке, затронутом туберкулезом, в том числе в контексте трудовых отношений, допускается только с его информированного согласия и в тех случаях, когда

это делается в целях их здравоохранения или охраны общественного здоровья. В целях охраны общественного здоровья, в том числе в связи с эпидемиологическим надзором или программами оказания услуг здравоохранения, такая информация может передаваться без информированного согласия человека, только если это делается анонимным образом без указания имени или других сведений, по которым возможно установление личности человека.

Право на конфиденциальность также должно уважаться и учитываться при разработке и осуществлении мероприятий по отслеживанию контактов и других связанных с этих мероприятий общественного здравоохранения. Это право включает, но не ограничивается предоставлением людям, затронутым туберкулезом, доступа к консультированию по раскрытию диагноза, совместным принятием решений о том, как и когда сообщать контактам о возможном инфицировании, и предоставлением доступа к обученным медицинским и социальным работникам для оказания поддержки и ответов на вопросы, которые могут возникнуть в процессе.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 12	Конституция КР – ст.29 4. Не допускается сбор, хранение, использование и распространение конфиденциальной информации, информации о частной жизни человека без его согласия, кроме случаев, установленных законом. 5. Каждому гарантируется защита, в том числе судебная, от неправомерного сбора, хранения, распространения конфиденциальной информации и информации о частной жизни человека, а также гарантируется право на возмещение материального и морального вреда, причиненного неправомерными действиями. Закон КР «Об охране здоровья граждан в КР» - Ст.91 Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.
МПГПП	Ст. 17	
КПР	Ст. 16	

Право на информацию

(статья 11 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право искать, получать и распространять информацию. Это означает, что информация о туберкулезной инфекции и заболевании, включая симптомы заболевания, медицинские исследования туберкулеза и развитие технологий здравоохранения, и услуги по его профилактике, диагностике и лечению, включая возможные побочные эффекты во время лечения, должна быть полностью в наличии, доступной и приемлемой, хорошего качества, соответствующей возрасту и полу, учитывающей культурные особенности и распространяться нетехническим, понятным способом на языке, понятном человеку, получающему информацию.

Это также означает, что каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право:

- запрашивать и получать официальные копии их медицинских записей;
- получать своевременное, точное и понятное разъяснение состояния их здоровья и диагноза туберкулезного заболевания или инфекции, особенно для ключевых и уязвимых групп населения,
- иметь доступ к добровольному консультированию в любое время с момента постановки диагноза до завершения лечения;

- получать разъяснение преимуществ, рисков и финансовых затрат на лечение, если таковые имеются, предлагаемого лечения, включая профилактическое лечение, а также возможных альтернатив лечения, с полной информацией о конкретных назначенных препаратах, такой как их названия, дозы, потенциальные побочные эффекты и способы предотвращения или уменьшения их вероятности, а также о возможных эффектах от взаимодействия с другими лекарственными средствами, такими как антиретровирусные препараты для лечения ВИЧ-инфекции, при наличии сопутствующих заболеваний или коинфекций.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 19	<p>Конституция КР – ст.33</p> <p>1. Каждый имеет право свободно искать, получать, хранить, использовать информацию и распространять ее устно, письменно или иным способом.</p> <p>2. Каждый имеет право на ознакомление в государственных органах, органах местного самоуправления, учреждениях и организациях со сведениями о себе.</p> <p>4. Каждому гарантируется доступ к информации, находящейся в ведении государственных органов, органов местного самоуправления и их должностных лиц. Порядок предоставления информации определяется законом.</p> <p>Закон КР «Об охране здоровья граждан в КР»</p> <p>Ст.64 - Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию об экологическом, санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах.</p> <p>Ст.73 - Каждый пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.</p> <p>Закон КР «О защите населения от туберкулеза» - ст.15</p> <p>Лица, больные туберкулезом, имеют право: - на получение информации о своих правах и характере имеющегося у них заболевания и применяемых методах лечения;</p>
МПГПП	Ст. 19	
КПР	Ст.13	

Право на информированное согласие

(статья 12 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на информированное согласие. Это означает уважение автономии, самоопределения и достоинства человека посредством добровольного оказания медицинских услуг. Оно включает в себя право на информированное согласие – устное или письменное, в зависимости от ситуации – на все формы диагностики, лечения и медицинских исследований, связанных с туберкулезом, с информацией, предоставленной в соответствии с возрастом и полом, с учетом культурных особенностей, передаваемых нетехническим, понятным способом на языке, понятном человеку, получающему информацию. Для детей, затронутых туберкулезом, которые не в состоянии дать информированное согласие, все решения, принимаемые их родителями или законными опекунами в отношении диагностики, лечения или медицинских исследований, связанных с туберкулезом, должны приниматься в наилучших интересах ребенка, на основании точных медицинских данных.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 19	Конституция КР – ст.56 6.Запрещаются медицинские, биологические, психологические опыты над людьми без их добровольного согласия, выраженного и удостоверенного надлежащим образом. Закон КР «Об охране здоровья граждан в КР» - ст.74 Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное согласие гражданина. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения.
МПГПП	Ст. 7, 19	

Право на образование

(статья 13 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на образование. Это право включает право на бесплатное и обязательное начальное образование и право на доступ к среднему и высшему образованию, в том числе техническому и профессиональному образованию, на недискриминационной основе, в том числе для инвалидов и слабослышащих или слабовидящих. Дети с туберкулезом, пока они заразны и когда они получают лечение, имеют право на получение разрешений на пропуск занятий по уважительной причине и на другие меры, позволяющие им продолжать обучение без перерыва, такие как дистанционное участие в классе и онлайн-обучение. В редких случаях, когда дети, затронутые туберкулезом, нуждаются в длительной госпитализации, они имеют право на дистанционное обучение в течение курса лечения.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 26	Конституция КР – ст.46 1. Каждый имеет право на образование. 2. Основное общее образование обязательно. 3. Каждый имеет право бесплатно получить дошкольное, основное общее, среднее общее и начальное профессиональное образование в государственных образовательных организациях. Закон КР «О защите населения от туберкулеза» - ст.15 Детям, находящимся на лечении в противотуберкулезной организации, предоставляется возможность обучения по программе среднего (полного) образования.
МПЭСКП	Ст. 13	
КЛДЖ	Ст. 10	
КПР	Ст. 28, 29	

Право на труд

(статья 14 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на труд, и ни один человек, затронутый туберкулезом, не должен содержаться в рабстве или подвергаться принудительному, или обязательному труду. Это право включает право на безопасные и здоровые условия труда, в том числе для работников здравоохранения и всех других людей, работающих в учреждениях здравоохранения, шахтеров, трудовых мигрантов и всех других работников с повышенным риском инфицирования и заболевания туберкулезом. Оно также включает в себя право свободно принимать решение о приеме

на работу или выборе работы, а также на справедливую заработную плату и равное вознаграждение за труд равной ценности, выполняемый людьми всех гендеров, без каких-либо различий и на равных условиях. Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на обеспечение надлежащих условий на работе, включая отпуска и перерывы, позволяющие ему сохранять трудовые отношения в неизменном состоянии после постановки диагноза, а также на аналогичные условия в период, когда он является заразным и получает лечение.

Если по причине длительной госпитализации или частичной, или постоянной инвалидности человек, больной туберкулезом, не может сохранить свою работу из-за ограничений, установленных законом или условиями трудового договора, он имеет право на социальное обеспечение в соответствии со статьей 18 настоящей Декларации.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 23	Конституция КР – ст.42 1. Каждый имеет право на свободу труда, распоряжаться своими способностями к труду, на выбор профессии и рода занятий, охрану и условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены, а также право на получение оплаты труда, не ниже установленного законом прожиточного минимума. Закон КР «О защите населения от туберкулеза» Ст.4 - Государством гарантируется: - трудоустройство лиц, получивших инвалидность вследствие заболевания туберкулезом, на предприятия, в учреждения и организации посредством квотирования рабочих мест для лиц с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с законодательством КР в сфере защиты прав и гарантий ЛОВЗ. Ст.15 - За работниками, временно утратившими трудоспособность вследствие заболевания туберкулезом, сохраняется место работы или занимаемая должность на срок до установления группы инвалидности либо до клинического выздоровления в соответствии с трудовым законодательством.
МПЭСКП	Ст. 6, 7	
КЛДЖ	Ст. 11	
КПР	Ст. 32	

Право на жилище

(статья 16 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на адекватное жилище. Это право включает в себя право на доступное и пригодное для проживания жилище в приемлемом месте с гарантией прав владения, обеспечивающей правовую защиту от принудительного выселения, преследований и других угроз. Оно также охватывает наличие услуг, материалов, оборудования и инфраструктуры, включая, среди прочего, надлежащие санитарные условия и вентиляцию, отопление, освещение и удаление отходов.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 25	Конституция КР – ст.45 1. Каждый имеет право на жилище. 2. Никто не может быть произвольно лишен жилища. 4. Малоимущим и иным нуждающимся лицам предоставляется жилье из государственных, муниципальных и других жилищных фондов либо в
МПЭСКП	Ст. 11	

		социальных учреждениях на основаниях и в порядке, предусмотренных законом.
--	--	--

Право на социальное обеспечение

(статья 18 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на социальное обеспечение и социальное страхование, в том числе на случай безработицы, инвалидности, старости или иного обстоятельства утраты средств к существованию по не зависящим от него причинам. Это означает, что каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на доступ и социальное обеспечение всех видов без какой-либо дискриминации, даже если он не получает медицинской помощи при туберкулезе или не придерживаются режима лечения от туберкулеза. Это право включает право на доступ к пособиям и их сохранение, как в денежной, так и в натуральной форме, для обеспечения защиты, в частности, от отсутствия дохода от работы, вызванного болезнью, инвалидностью, материнством, производственными травмами, безработицей, старостью или смертью члена семьи; от отсутствия доступного здравоохранения; или от недостаточной семейной поддержки для детей и взрослых лиц, находящихся на его обеспечении.

В частности, каждый человек, который инфицируется или заболевает туберкулезом в результате своей работы, имеет право на непрерывное компенсирование медицинских и других расходов, связанных с его профессиональным заболеванием.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 22	Конституция КР – ст.44 1. В Кыргызской Республике в предусмотренных законом порядке и случаях гарантируется социальное обеспечение за счет государства в старости, в случае болезни, инвалидности, утраты трудоспособности, потери кормильца. Закон КР «Об охране здоровья граждан в КР» - ст.4 Основными принципами государственной политики в области охраны здоровья граждан в Кыргызской Республике являются: - социальная защита граждан в случае утраты здоровья;
МПЭСКП	Ст. 9	
КПР	Ст. 26	

Свобода выражения мнения

(статья 19 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на свободу выражения мнения. Это право включает в себя свободу придерживаться своего мнения и искать, получать и распространять всякого рода информацию и идеи, в том числе о туберкулезе и об опыте людей с туберкулезом, с помощью любых средств, таких как социальные сети, без вмешательства или преследования со стороны государственных органов.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 19	Конституция КР – ст.32 1. Каждый имеет право на свободу мысли и мнения. 2. Каждый имеет право на свободу выражения своего мнения, свободу слова и печати. 3. Никто не может быть принужден к выражению своего мнения или отказу от него.
МПГПП	Ст. 19	
КПР	Ст.12, 13	

Право на свободу собраний и ассоциаций

(статья 20 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право на свободу мирных собраний и ассоциации с другими. Это право включает право на создание, присоединение и участие в работе неправительственных организаций и групп, объединяющих или действующих в интересах людей, затронутых туберкулезом, с целью поощрения и защиты прав и законных интересов людей, затронутых туберкулезом, в том числе в местах лишения свободы. Оно также включает право на организацию, собрание и проведение мирных публичных протестов по вопросам, связанным с туберкулезом.

Осуществление этого права требует благоприятной правовой и политической среды, которая позволяет и облегчает создание и деятельность неправительственных организаций и групп, объединяющих или действующих в интересах людей, затронутых туберкулезом.

Осуществление этих прав не подлежит никаким ограничениям, кроме тех, которые предусматриваются законом и которые необходимы в демократическом обществе в интересах государственной или общественной безопасности, общественного порядка, охраны здоровья и нравственности населения или защиты прав и свобод других лиц. Настоящая статья не препятствует введению законных ограничений пользования этим правом для лиц, входящих в состав вооруженных сил и полиции.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 20	Конституция КР Ст.36 - Каждый имеет право на свободу объединения. Ст.39 - 1. Каждый имеет право на свободу мирных собраний. Никто не может быть принужден к участию в собрании.
МПГПП	Ст. 21, 22	
КЛДЖ	Ст. 7	
КПР	Ст. 15	

Право на участие

(статья 21 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право принимать участие в ведении общественных дел как непосредственно, так и через посредство организаций и свободно выбранных представителей. Это право включает право на значимое участие во всех процессах и механизмах разработки, реализации, мониторинга и оценки законов, политики, правил, руководств, бюджетов и программ, связанных с туберкулезом, медицинской помощью при туберкулезе и медицинских исследований в области туберкулеза на всех уровнях управления при поддержке со стороны и, при необходимости, разумном содействии, оказываемом государством, международными организациями, коренными группами и организациями гражданского общества для обеспечения значимого и эффективного участия.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 21	Конституция КР – ст.37 2. Граждане КР имеют право участвовать в управлении делами общества и государства как непосредственно, так и через своих представителей. 4. Граждане Кыргызской Республики имеют право участвовать в обсуждении и принятии законов и решений республиканского и местного значения.
МПЭСКП	Ст. 8	
КЛДЖ	Ст. 7	

Право на правосудие и надлежащее судебное разбирательство (статья 22 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, обвиняемый в совершении административного или уголовного правонарушения, имеет право на справедливое и публичное разбирательство без неоправданной задержки в компетентном, независимом и беспристрастном суде, учрежденном в соответствии с законом, и на эффективные и своевременные средства правовой защиты в случае нарушения его прав. Это право включает право подавать жалобы в порядке, установленном законами или иными нормативно-правовыми актами, в том числе в органы здравоохранения, а также на справедливое и быстрое рассмотрение этих жалоб. Оно также включает право людей, затронутых туберкулезом, подавать апелляцию в вышестоящие инстанции в случае несогласия с результатами рассмотрения жалоб и получать решение и обоснование по их делу в письменной форме на понятном им языке.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 8, 10, 11	Конституция КР Ст.61 - 1. Каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод, предусмотренных Конституцией, законами, международными договорами, участницей которых является Кыргызская Республика, общепризнанными принципами и нормами международного права. 2. Каждый вправе защищать свои права и свободы, а также обеспечивать восстановление нарушенных прав всеми доступными способами, не запрещенными законом. Ст.37 - 5. Каждый имеет право на обращение в органы государственной власти, органы местного самоуправления и к их должностным лицам, которые обязаны предоставить обоснованный ответ в установленный законом срок.
МПГПП	Ст. 14, 15	
КЛДЖ	Ст. 2	
КПР	Ст. 37, 40	

Право пользоваться результатами научного прогресса (право на науку) (статья 23 Декларации о правах людей, затронутых туберкулезом)

Каждый человек, затронутый туберкулезом, имеет право пользоваться результатами научного прогресса и его применения. Это означает, что каждый человек, затронутый туберкулезом, должен иметь возможность доступа к научным достижениям без какой-либо дискриминации, при условии уважения и защиты природных ресурсов и индивидуальной и коллективной интеллектуальной собственности коренных народов, независимо от того, являются ли эти достижения нематериальными благами, такими как знания и информация, или осязаемыми результатами, такими как новые технологии для профилактики, диагностики или лечения туберкулеза. Оно также включает право участвовать в научном процессе, от разработки программ исследований до участия в клинических испытаниях.

Право на науку также требует от государств сохранения, развития и распространения науки и ее преимуществ. Это означает, что государства должны: инвестировать и создавать правовые и политические условия, способствующие проведению исследований; делать науку и ее применение широко доступными, в том числе путем публикации результатов, создания систем регулирования для оценки новых подходов и основания программ и политики общественного здравоохранения на научных данных; и обеспечивать сохранение и поддержание научного прогресса и его преимуществ для будущих поколений.

Некоторые международные документы, регламентирующие данное право		Законодательство КР
ВДПЧ	Ст. 27	Конституция КР
МПЭСКП	Ст. 15	

		<p>Ст.22 - 3. Государство содействует развитию науки, научно-творческому развитию, научно-технологическим достижениям, открытиям, инновациям и изобретениям.</p> <p>Ст.48 - 1. В целях самореализации, личностного развития каждому гарантируется свобода научного, технического, художественного и иных видов творчества, преподавания и обучения. Каждый имеет право на осуществление творческой деятельности в соответствии со своими интересами и способностями.</p>
--	--	--

1.2.3. Роль сообществ в обеспечении соблюдения прав лиц, затронутых туберкулезом в процессе диагностики, лечения и профилактики²⁷

Для искоренения туберкулеза необходимы не только инвестиции в укрепление программ по борьбе с туберкулезом (ТБ), но и инвестиции в основанную на правах человека и ориентированную на людей помощь. Хотя туберкулез может поразить любого человека, люди, которые подвергаются повышенному риску заражения туберкулезом из-за места проживания или работы, люди, имеющие ограниченный доступ к качественным услугам по лечению туберкулеза и более широкому спектру медицинских услуг, а также люди с биологическими поведенческими факторами подвержены повышенному риску развития туберкулеза, столкнуться с плохими клиническими исходами и негативными социальными последствиями. Кроме того, уязвимость к туберкулезу связана не только с заболеваемостью и распространенностью болезни. Она обусловлена правовыми, правозащитными, социально-экономическими, профессиональными и биологическими барьерами, которые больше испытывают на себе определенные люди, часто из-за глубокого социального и исторического неравенства. В масштабах всего мира и в регионах могут существовать огромные различия между представителями уязвимых групп населения, затронутых туберкулезом.

Сообщества, затронутые туберкулезом, и гражданское общество находятся в самом центре эпидемии ТБ, независимо от того, где она возникла. Они являются основными заинтересованными сторонами и носителями ответственности в любых усилиях по ликвидации ТБ. Однако их голос не имел достаточного приоритета. Последние пять лет отражают серьезные сдвиги в вовлечении сообществ в борьбу с ТБ и их активности.

В 2018 г. состоялось первое Совецание высокого уровня ООН (СВУ ООН) по туберкулезу. На Генеральной Ассамблее ООН мировые лидеры подтвердили свое обязательство ликвидировать ТБ к 2030г. Вместе они единогласно приняли политическую декларацию, обязывающую их активизировать и ускорить национальные и коллективные действия и инвестиции для ликвидации эпидемии.

В октябре 2020 г. Генеральный секретарь ООН представляя отчет о ходе работ, изложил приоритетные рекомендации, необходимые для ускорения противодействия ТБ и достижения поставленных целей. Среди ключевых рекомендаций – рекомендации, в которых подчеркивается необходимость продвижения прав человека и борьбы со стигмой и дискриминацией, а также обеспечения значимого участия гражданского общества, сообществ и людей, затронутых ТБ.

Кроме того, в декабре 2020 г. делегации гражданского общества в правлении Партнерства «Остановить ТБ» выпустили отчет «Смертельный разрыв» в дополнение к отчету Генерального секретаря ООН о ходе работы, в котором представили мнение о состоянии выполнения целей и обязательств Декларации через призму затронутых сообществ и гражданского общества. В нем, как и в других отчетах, признается, что все еще существует серьезный разрыв между взятыми на себя обязательствами и

²⁷ Использованы материалы: Доклад об подотчетности сообществ и гражданского общества, затронутых туберкулезом: Приоритеты для преодоления смертельного разрыва. Делегация НПО развивающихся стран, делегация НПО развитых стран и делегация сообществ Партнерства "Остановить ТБ". – Женева, 2023 г.;

реальностью на местах, а также приводятся аргументы в пользу привлечения сообществ, которые должны возглавить этот процесс, занимая передовые и центральные позиции, чтобы добиться ликвидации ТБ.²⁸

Ликвидация ТБ - это вопрос социальной справедливости. Сообщества, затронутые ТБ, КУГН и гражданское общество повсеместно утверждают, что равенство, гендерная чувствительность, права человека и свобода от стигмы и дискриминации должны лежать в основе каждого аспекта противодействия ТБ. Это включает разработку, планирование, тестирование, внедрение, реализацию, мониторинг, оценку и механизмы управления программами по ТБ, политику, а также решения, связанные с финансированием и подотчетностью. Необходимо признать, профинансировать и укрепить особый дополнительный опыт сообществ, затронутых ТБ, и гражданского общества, а также незамедлительно интегрировать их в основные усилия для того, что сообщества не оставались сторонними наблюдателями того, что решается за них и что с ними происходит.

Партнёрство «Остановить ТБ» - это ведущее государственно-частное глобальное партнёрство, учреждённое в 2001 году с целью искоренения туберкулёза как проблемы в области здравоохранения и в конечном итоге избавления мира от туберкулёза.

Партнёрство насчитывает более 1000 партнёров, которые общими усилиями преобразуют меры по противодействию ТБ в более, чем 100 странах. Сюда входят ВОЗ, служащая базой для секретариата партнёрства и являющаяся главным партнёром, государственные программы, технические партнёры, исследовательские и финансовые учреждения, общественные организации, гражданское общество и общественные группы, а также частный сектор.

Системы сообществ - это процессы, структуры и механизмы, которые используют сообщества для координации и реагирования на свои связанные со здоровьем вызовы и потребности. Они необходимы для усиления систем здравоохранения, улучшения реагирования на ТБ и обеспечения того, чтобы услуги по ТБ разрабатывались и предоставлялись таким образом, чтобы они были ориентированы на людей, были доступными, справедливыми, экономически эффективными и подотчетными.

Важно отметить, что системы сообществ и меры реагирования, которые они поддерживают, осуществляются на уровне и под руководством самих сообществ, которые взаимодействуют с национальными программами по борьбе с туберкулезом и частным сектором. Они выходят за рамки досягаемости клинических учреждений и биомедицинских мер реагирования, устраняя социальные и структурные барьеры на пути доступа к услугам по лечению и поддержке при ТБ, и являются мощным средством охвата ключевых и уязвимых групп населения с помощью услуг, адаптированных для удовлетворения их конкретных потребностей.²⁹

Партнёрство "Остановить ТБ" в сотрудничестве с представителями ТБ-сообщества разработало Глобальный план по ликвидации ТБ на 2023-30 годы. План содержит "дорожную карту" по ликвидации ТБ к 2030 году, политические мероприятия, призванные обеспечить всеобщую доступность ориентированной на человека медицинской помощи. Это план ориентирован на сообщества, затронутые ТБ, и гражданское общество, а также среди прочих факторов учитывающий гендерные потребности, права и равенство, принимающий во внимание проблемы психического здоровья и взаимодействие с различными заболеваниями, такими как ВИЧ/СПИД.

Среди приоритетных направлений деятельности, которые могут быть выполнены только при содействии сообществ, затронутых ТБ, а также гражданского общества, в Глобальном плане по ликвидации ТБ выделены:

²⁸ Стандартизированный пакет вспомогательных услуг, предоставляемых на уровне местных сообществ, для улучшения результатов лечения и профилактики ТБ. Руководство для затронутых сообществ и организаций гражданского общества, а также национальных программ по борьбе с ТБ и ответственных лиц, определяющих политику в Восточной Европе и Центральной Азии. – ВОЗ, 2021 г.

²⁹ Туберкулез. Информационная записка. – Глобальный Фонд, 2022 г.

- Пересмотр представления о противотуберкулезной помощи посредством предоставления услуги на основе ориентированного на человека подходе.
- Нахождение и учет людей с ТБ, не охваченных услугами здравоохранения.
- Разработка и внедрение коммуникационных стратегий для повышения знаний о ТБ и стимулирования своевременного обращения за медицинской помощью.
- Позиционирование универсальных прав человека как основу ответных мер на ТБ.
- Устранение ТБ-стигмы и дискриминации.
- Обеспечение, чтобы мероприятия по борьбе с ТБ были гендерно-чувствительными и гендерно-трансформирующими.
- Определение приоритетов, охват и привлечение ключевых и уязвимых групп населения.
- Обеспечение полноценного участия сообществ и гражданского общества, затронутых ТБ, в качестве экспертов в разработке национальных стратегий развития, планировании обзоров ТБ-программ по ТБ, а также в процессах разработки страновых заявок на международные гранты во всех странах с высоким бременем ТБ, в том числе через национальные сети людей, затронутых ТБ, и расширение возможностей и лидерства женщин, и девочек.³⁰

Во многих странах оказание помощи и лечение туберкулеза в основном рассматриваются как сугубо медицинская дисциплина. Централизованная вертикальная схема маршрутизации лечения ТБ регламентирует путь пациентов от диагностики до лечения. Однако в этой модели упускается возможность охватить ключевые и уязвимые группы населения, которые подвержены риску ТБ, решить конкретные проблемы и преодолеть препятствия, с которыми они сталкиваются, и которые могут помешать им получить доступ к услугам противотуберкулезной помощи и поддержки.

Услуги, предоставляемые на уровне местных сообществ, являются важной частью модели оказания помощи, ориентированной на потребности людей, они позволяют сосредоточить внимание на медицинских потребностях и ожиданиях людей и сообществ в целом, а не только пациентов.

Противотуберкулезные услуги, которые предоставляются на уровне местного сообщества, включают ряд немедицинских услуг, таких как повышение осведомленности, комплексное ведение пациентов, психосоциальная поддержка и т.д., могут осуществляться в разных условиях различными заинтересованными сторонами, такими как

- организации на уровне сообществ,
- консультанты, работающие по принципу «равный-равному»,
- социальные работники,
- члены семей,
- частные предприниматели,
- медицинский персонал.

Важно вовлекать в предоставление услуг организации местных сообществ, особенно представляющие группы людей с ТБ, то есть тех, кто понимает особые обстоятельства, в которых находятся люди, затронутые ТБ, - представители того же местного сообщества, люди, которые болели ТБ и завершили лечение, или группы поддержки. Эти организации работают в тесном сотрудничестве со своими сообществами и могут охватить особые группы населения. Они могут стать бесценным ресурсом для любой организации, обеспечивая своевременность и эффективность мероприятий по борьбе с ТБ. Услуги на уровне местных сообществ должны сопровождать людей на протяжении всего цикла оказания помощи, который включает профилактику, диагностику, лечение, купирование побочных эффектов, уход и последующее наблюдение, а также направлять людей с ТБ на

³⁰ Доклад об подотчетности сообществ и гражданского общества, затронутых туберкулезом: Приоритеты для преодоления смертельного разрыва. Делегация НПО развивающихся стран, делегация НПО развитых стран и делегация сообществ Партнерства "Остановить ТБ". – Женева, 2023 г.

получение помощи для поддержания психического здоровья, а также психосоциальной, продовольственной и социально-экономической поддержки для достижения успеха в лечении, в том числе для снижения стигмы и дискриминации.³¹

Роль местных сообществ:

- обеспечение соблюдения прав лиц, затронутых туберкулезом, гарантированных им законодательством в сфере охраны здоровья;
- оказание поддержки отдельным лицам, в том числе из числа ключевых и уязвимых групп населения, людям с ТБ и людям, затронутым ТБ, для удовлетворения всесторонних и сложных потребностей, связанных с ТБ, особенно касающихся обращения за помощью в решении медицинских и немедицинских проблем и устранения препятствий для оказания медицинской помощи;
- повышение осведомленности населения о ТБ и о необходимости проведения регулярных медицинских обследований;
- помощь в прохождении полного курса терапии.

ТЕМА 1.3.

Здоровье, права человека и гендерное равенство: взаимосвязи

Гендерное равенство является основополагающим правом человека. Однако права людей часто нарушаются в связи с их гендерной идентичностью или сексуальной ориентацией. Гендерная проблематика затрагивает всех - в сложных, скрытых и явных формах. Сексуальная и гендерная идентичность являются неотъемлемыми аспектами человеческой природы. Несмотря на то, что такие термины, как пол, гендерная принадлежность, гендерная идентичность, сексуальная ориентация, имеют разное значение, их часто путают.

Пол относится к биологическим и физиологическим характеристикам, которые различают мужчин и женщин. Нас определяют, как мужчину или женщину при рождении, и это с данного момента становится социальным и юридическим фактом. Некоторые люди рождаются с нетипичным сочетанием физических характеристик (телесных характеристик), которые обычно различают мальчиков от девочек в момент рождения. Таких людей можно назвать «интерсексуалами».³²

Гендер - это социальное явление, которое взаимосвязано с биологическим полом, но отличается от него. Речь идет о социально сформированных нормах, ролях, поведении, свойствах и взаимоотношениях, которые конкретное общество считает подходящими для женщин и мужчин. Они влияют на распределение обязанностей, характер предпринимаемых действий, доступ к ресурсам и контроль над ними, а также на возможности для принятия решений. Когда отдельные лица или группы людей не соблюдают установленные гендерные нормы, роли и взаимоотношения, зачастую они подвергаются стигматизации, дискриминации или социальной изоляции.

Гендерная ориентация относится к социально созданному набору ожиданий, поведения и деятельности женщин и мужчин, которые приписываются им на основании их пола.

Социальные ожидания в отношении любого определенного набора гендерных ролей зависят от конкретного социально-экономического, политического и культурного контекста, и на них влияют другие факторы, включая расовую,

Гендерная идентичность относится к гендерной принадлежности, которую ощущают люди, при этом она может быть или может не быть такой же, как тот пол, который был присвоен людям при рождении.

Это относится к глубоко переживаемому каждым человеком внутреннему индивидуальному опыту гендерной идентичности и включает личное

³¹ Стандартизированный пакет вспомогательных услуг, предоставляемых на уровне местных сообществ, для улучшения результатов лечения и профилактики ТБ. Руководство для затронутых сообществ и организаций гражданского общества, а также национальных программ по борьбе с ТБ и ответственных лиц, определяющих политику в Восточной Европе и Центральной Азии. – ВОЗ, 2021 г.

³² Компас: Пособие по образованию в области прав человека с участием молодежи – Совет Европы - <https://www.coe.int/ru/web/compass/introduction-to-the-2012-edition>

<p>этническую и классовую принадлежность, сексуальную ориентацию и возраст.</p> <p>Гендерным ролям обучаются, и они весьма разные в различных человеческих обществах и между ними, и со временем они подвергаются изменениям.³³</p>	<p>ощущение тела и других форм выражения, таких как одежда, язык и манера поведения.³⁴</p>
<p>Трансгендерность - это общий термин, который зачастую используется для описания широкого спектра идентичностей и опыта; как правило, это относится к лицам, имеющим такую гендерную идентичность, которая отличается от той гендерной принадлежности, которая была присвоена им при рождении, и тем людям, которые хотят проявлять свою гендерную идентичность иначе, чем та, которая была присвоена им при рождении.</p> <p>Трансгендерные лица это те, чье гендерное выражение и/или гендерная идентичность отличается от обычных ожиданий, основанных на том физическом поле, в котором они родились и в котором они были юридически зарегистрированы при рождении.³⁵</p>	<p>Сексуальная ориентация описывает схему эмоционального и сексуального влечения к мужчинам, женщинам, к тем и другим или ни к тем и ни к другим.</p> <p>Сексуальная ориентация не связана с гендерной идентичностью; например, трансгендерный мужчина может быть гетеросексуальным или гомосексуальным в той же форме, как и другой мужчина может быть гетеросексуальным или гомосексуальным. Однако эти два аспекта идентичности часто путаются и приводят к соответствующему обращению и восприятию лесбиянок, гомосексуалов, бисексуалов и трансгендеров (ЛГБТ).³⁶</p>

1.3.1. Связь между гендером, правами и здоровьем в контексте предотвращения туберкулеза³⁷

Для людей, страдающих ТБ, право является неотъемлемой и необходимой составляющей существования. Согласно данным Глобального фонда по СПИДу, ТБ и малярии: туберкулез - это болезнь бедности и неравенства ... Факторы, увеличивающие риск инфицирования ТБ или снижающие доступ к услугам по диагностике, профилактике и лечению, связаны с возможностью людей реализовывать свои права.

Имеются сложные связи между здоровьем и правами человека:

- Нарушения прав человека или отсутствие внимания к правам человека могут иметь серьезные последствия для здоровья;
- Политика и программы в области здравоохранения могут содействовать правам человека или нарушать их в зависимости от того, как они составлены или применяются;
- Уязвимость плохому здоровью или воздействие плохого здоровья можно уменьшить, предпринимая шаги для уважения, охраны и соблюдения прав человека.

Права человека взаимосвязаны и взаимозависимы. Связь между здоровьем и правами человека выходит за пределы права на охрану здоровья

Право на наивысший достижимый уровень здоровья ("право на здоровье") впервые было зафиксировано в Уставе ВОЗ (1946 г.) и затем подтверждено в Алмаатинской декларации 1978 г. и во Всемирной декларации по здравоохранению, утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1998 году. Оно было одобрено в целом ряде международных и региональных документов по правам человека. Право на наивысший

³³ Компас: Пособие по образованию в области прав человека с участием молодежи – Совет Европы.

³⁴ Компас: Пособие по образованию в области прав человека с участием молодежи – Совет Европы.

³⁵ Компас: Пособие по образованию в области прав человека с участием молодежи – Совет Европы - <https://www.coe.int/ru/web/compass/introduction-to-the-2012-edition>

³⁶ Компас: Пособие по образованию в области прав человека с участием молодежи – Совет Европы.

³⁷ Используются материалы: Охрана здоровья и права человека: ресурсное пособие. Пятое издание, дополненное. - Центр здоровья и прав человека имени Франсуа-Ксавье Баню и Фонд открытого общества, 2015 г.; Права человека в сфере охраны здоровья: практическое руководство. Кыргызстан. – Б., 2012 г.; 25 вопросов и ответов о здоровье и правах человека. Серия публикаций ВОЗ "Здоровье и права человека". – Выпуск N 1, июль 2002 г.; Здоровье и гендерное равенство. Краткий аналитический обзор. – ВОЗ, 2019 г.

достижимый уровень здоровья в международном праве по правам человека является требованием принять ряд социальных мер - норм, постановлений, законов и благоприятной среды, которые могут наилучшим образом обеспечить пользование этим правом. Наиболее авторитетная интерпретация права на здоровье содержится в ст.12 МПЭСКП³⁸.

В мае 2000 г. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКО), который осуществляет мониторинг этого Пакта, принял Замечание общего порядка о праве на здоровье. Замечания общего порядка служат для того, чтобы уточнить характер и содержание отдельных прав и обязанностей государств-участников, которые ратифицировали Пакт. В этом Замечании общего порядка признается, что право на здоровье тесно связано с реализацией других прав человека и зависит от реализации прав человека. Кроме того, Комитет интерпретировал право на здоровье как широкое право, распространяющееся не только на своевременную и надлежащую медико-санитарную помощь, но и на основные детерминанты здоровья, такие как доступ к безопасной питьевой воде и адекватной санитарии, адекватному снабжению безопасными пищевыми продуктами, питанию и жилью, здоровым условиям работы и окружающей среды, а также доступ к связанным со здоровьем образованию и информации, включая сексуальное и репродуктивное здоровье, равенство полов.

Как указано в Замечании КЭСКО:

– Право на здоровье тесно связано с реализацией других прав человека и зависит от реализации других прав человека, включая право на продовольствие, жилье, работу, образование, участие, использование преимуществ научного прогресса и применение его результатов, жизнь, недискриминацию, равенство, запрещение пыток, личную жизнь, доступ к информации и свободу ассоциаций, собраний и движений.

В Замечании общего порядка излагаются четыре критерия, в соответствии с которыми следует оценивать право на здоровье:

- Наличие. Функционирующие учреждения общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи, товары и услуги, а также программы должны быть в наличии в достаточном количестве.
- Доступность. Учреждения здравоохранения, товары и услуги должны быть доступными для каждого без дискриминации в пределах юрисдикции государства-участника. Доступность имеет четыре частично дублирующие аспекта: недискриминация; физическая доступность; экономическая доступность; доступность информации.
- Приемлемость. Все учреждения здравоохранения, товары и услуги должны соответствовать принципам медицинской этики, учитывать культурные особенности, гендерные требования и требования, связанные со всем жизненным циклом, а также обеспечиваться таким образом, чтобы соблюдать конфиденциальность и улучшать состояние здоровья соответствующих людей.
- Качество. Учреждения здравоохранения, товары и услуги должны быть надлежащими с научной и медицинской точек зрения, а также быть хорошего качества

Уязвимые группы общества, как правило, несут на себе непосильно большую долю проблем здоровья. Открытая или скрытая дискриминация нарушает фундаментальный принцип прав человека и часто уходит корнями в плохое состояние здоровья. На практике

³⁸ Статья 12 МПЭСКП

1. Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.
2. Меры, которые должны быть приняты участвующими в настоящем Пакте государствами для полного осуществления этого права, включают мероприятия, необходимые для:
(a) обеспечения сокращения смертности и детской смертности и здорового развития ребенка;
(b) улучшения всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности;
(c) предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними;
(d) создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

дискриминация может проявляться в неадекватно ориентированных программах здравоохранения и в ограниченном доступе к службам здравоохранения.

Сама по себе дискриминация проявляется разнообразными способами, которые могут прямо или косвенно влиять на здоровье. Например, в Декларации о ликвидации насилия в отношении женщин признается связь между насилием в отношении женщин и исторически неравными силовыми взаимоотношениями между мужчинами и женщинами. Запрещение дискриминации не означает, что не следует признавать различия, но только то, что различные виды обращения (равно как и неспособность обеспечить равное отношение к равным случаям) должны основываться на объективных и разумных критериях, предназначенных для исправления дисбаланса внутри общества.

В связи со здоровьем и медико-санитарной помощью обоснования для недискриминации изменились и сейчас могут быть суммированы как запрещение любой дискриминации в доступе к медико-санитарной помощи и детерминантам, лежащим в основе здоровья, а также к средствам и правам на их получение на основе расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политического или иного мнения, национального или социального происхождения, собственности, рождения, физической и умственной неполноценности, состояния здоровья (включая ВИЧ/СПИД), сексуальной ориентации, гражданского, политического, социального или иного статуса, которые имеют намерением или следствием аннулирование или ослабление равного пользования или осуществления права на здоровье.

Основанный на правах подход к здоровью относится к процессам:

- Использования прав человека в качестве рамок для развития здравоохранения.
- Оценки и рассмотрения последствий для прав человека любой политики здравоохранения, программы или законодательства в области здравоохранения.
- Обеспечение включения прав человека в разработку, осуществление, мониторинг и оценку политики и программ, связанных со здоровьем, во всех сферах, включая политическую, экономическую и социальную.

Существенными элементами этих процессов могут быть следующие:

- Защита достоинства человека.
- Обращение внимания на те группы населения, которые считаются наиболее уязвимыми в обществе. Иными словами, признание и воздействие на характеристики всех тех, на кого влияют политика, программы и стратегии в области здравоохранения, - детей (девочек и мальчиков), подростков, женщин и мужчин; национальных, этнических, религиозных меньшинств; перемещенных лиц внутри страны; беженцев; эмигрантов и мигрантов; пожилых людей; лиц с инвалидностью; заключенных; экономически неблагополучных или иным образом маргинализированных и/или уязвимых групп.
- Обеспечение доступности систем здравоохранения для всех, особенно для наиболее уязвимых или маргинализированных слоев населения, юридически и фактически без дискриминации на любом из запрещенных оснований.
- Обеспечение равенства и свободы от дискриминации, преднамеренной или непреднамеренной, при разработке или осуществлении программ здравоохранения.
- Поощрение и охрана права на образование и права искать, получать и передавать информацию и идеи, касающиеся вопросов здоровья. Однако право на информацию не должно препятствовать праву на личную жизнь, которое означает, что личные данные о здоровье должны быть конфиденциальными.
- Обеспечение свободного, значимого и эффективного участия лиц, на которых направлены политика или программы развития здравоохранения, в процессах принятия решений, которые на них влияют.
- Использование гендерной перспективы, признающей, что как биологические, так и социально-культурные факторы играют важную роль во влиянии на здоровье мужчин

и женщин и что политика и программы должны преднамеренно учитывать эти различия.

Нормативное содержание каждого права полностью сформулировано в документах по правам человека. Примеры формулировок, используемых в документах для представления нормативного содержания некоторых других ключевых прав человека, относящихся к здоровью, являются следующими:

- Пытки: «никто не должен подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим его достоинство обращению или наказанию. В частности, ни одно лицо не должно без его свободного согласия подвергаться медицинским или научным опытам».
- Насилие по отношению к детям: принимаются «все необходимые законодательные, административные, социальные и просветительные меры с целью защиты ребенка от всех форм физического или психологического насилия, оскорбления или злоупотребления, отсутствия заботы или небрежного обращения, грубого обращения и эксплуатации, включая сексуальные злоупотребления...».
- Личная жизнь: «никто не может подвергаться произвольному и незаконному вмешательству в его личную жизнь...»
- Научный прогресс: право каждого человека пользоваться результатами научного прогресса и их практического применения.
- Образование: право на образование, включая доступ к образованию в поддержку базисных знаний о здоровье ребенка и питании, преимуществах грудного вскармливания, гигиене и санитарном состоянии окружающей среды, и предупреждении несчастных случаев.
- Продовольствие и питание: право каждого на достаточное питание и основное право каждого человека на свободу от голода.
- Уровень жизни: каждый человек имеет право на надлежащий жизненный уровень, включая пищу, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание.
- Право на социальное обеспечение: право каждого человека на социальное обеспечение, включая социальное страхование.

Здоровье определяется не только факторами, выявляемыми клиническим путем, но и тем, что окружает человека дома, на рабочем месте, в школе, на улице и в окружающей среде, а также тем, как общество относится к своим гражданам. На протяжении жизни на здоровье и благополучие людей влияет множество факторов как на общественном, так и на индивидуальном уровне, и гендерный фактор является одним из наиболее значимых.

В условиях гендерного равенства мужчины и женщины имеют одинаковые возможности доступа к таким социальным и экономическим ресурсам, как активы, услуги, законы и политика здравоохранения, и пользования их преимуществами. Неравенство гендерно обусловленных властных отношений, а также вредные гендерные нормы и стереотипы оказывают значительное негативное влияние на здоровье и благополучие женщин и мужчин.

Гендер представляет собой социальную структуру, созданную обществом через культурные, политические и социальные практики и нормы, определяющие роли женщин и девочек, мужчин и мальчиков, а также через социальные определения мужественности и женственности.

Гендерные нормы и стереотипы обуславливают различия в уровне экспозиции женщин и мужчин к факторам риска заболеваний и травм, а также в уровне воздействия этих факторов риска. Уровень физической активности, питания, потребления табака и алкоголя, сексуального поведения, подверженности травмам в значительной степени определяется нормами и стереотипами в отношении того, что представляет собой типично мужское и типично женское поведение

Чтобы заявлять о своих правах и добиваться их реализации, люди должны о них не только знать, но и должны понимать, что нарушения прав человека или отсутствие внимания к правам человека могут иметь серьезные последствия для здоровья. Правовая грамотность особенно важна для уязвимых и маргинализированных групп, и без того подверженных дискриминации и чаще всего не имеющих хорошего доступа к основным источникам информации. Необходимо сочетать правовую грамотность с мероприятиями по улучшению доступа к юридическим услугам или с мерами по борьбе с проблемными политиками и законами. В ряде случаев доступ к юридической помощи для маргинализированных людей может быть самым эффективным способом получить услуги по ТБ, защитить себя от принудительного лечения или изоляции, преодолеть стигму и дискриминацию. Особенно эффективными могут быть правовые услуги, консультирование равными и консультирование на базе сообществ. Мероприятия по повышению правовой грамотности в контексте рассматриваемой в настоящей публикации темы можно сочетать с работой по повышению грамотности в отношении здоровья, т.е. с мероприятиями по повышению осведомленности о базовых фактах относительно диагностики, передачи, лечения и поддержки при ТБ.

1.3.2. Гендерное равенство в доступе к информации о туберкулезе, диагностике, лечению и профилактике

Доступ к информации – это фундаментальное право, критически важное для реализации других прав, сокращения бедности, борьбы с коррупцией, обеспечения полноценного участия в процессах принятия решений и предоставления людям права голоса.

Доступ к информации является одним из основных «ингредиентов» достижения гендерного равенства за счет расширения прав и возможностей женщин. Это позволяет женщинам:

- понимать и реализовывать свои права;
- принимать взвешенные решения, например, в отношении собственного здоровья и тела;
- призывать правительства к ответу и бороться с несправедливостью, дискриминацией и угнетением;
- участвовать в принятии решений, влияющих на их жизни³⁹.

Во всем мире существует значительное гендерное неравенство в реализации права на информацию, в особенности для женщин. Неравная заработная плата женщин и мужчин за одинаковую работу или в результате препятствий доступу женщин к определенным формам работы; ограниченность свободного времени, поскольку женщины несут бремя ухода за детьми и неоплачиваемой домашней работы; женщины с большей вероятностью подвержены риску попасть в ловушку бедности, им сложнее добывать ресурсы, необходимые для доступа к информации. Традиционно в обществе возможность получения образования предоставляется в основном мужчинам и мальчикам, что приводит к низкому уровню осведомленности женщин об их праве на доступ к информации и о том, где искать информацию; повышенной распространенности неграмотности среди женщин.⁴⁰

Отсутствие уважения к правам человека способствует распространению ТБ, создавая неблагоприятную экономическую, социальную и природную среду. Ориентация людей на их права, включая право на информацию, а также их осведомленность о ТБ, является важным этапом на пути выявления и лечения ТБ, а также маршрутизации противотуберкулезной помощи. Население в целом и группы риска по ТБ в частности не всегда знают о том, что существует риск инфицирования ТБ или развития активной формы заболевания. Как следствие, имеющие симптомы или потенциально инфицированные ТБ

³⁹ Борьба с гендерным неравенством посредством доступа к информации. – АРТИКЛЬ 16. Центр свободы слова - 2019 г.

⁴⁰ Борьба с гендерным неравенством посредством доступа к информации. – АРТИКЛЬ 16. Центр свободы слова - 2019 г.

люди откладывают обращение за медицинской помощью. Эта проблема еще более усугубляется стигмой, связанной с ТБ. Пробелы в знаниях о ТБ обуславливают проведение неадекватных профилактических мер, позднюю диагностику, стигму и социальную изоляцию заболевших людей и их семей.

Гендерное равенство актуально для всех аспектов противодействия туберкулезу. В области профилактики ТБ гендерные барьеры могут повлиять на то, кто участвует в мобилизации сообщества или имеет доступ к имеющимся услугам. В отношении выявления случаев и диагностики, они могут повлиять на то, кто хочет сдать мокроту на анализ или пройти рентген. Что касается лечения, они могут повлиять на то, у кого больше шансов успешно завершить курс лечения и для кого лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью окажется более эффективным. Гендер является особо критичным фактором в поиске «не выявленных» четырех миллионов человек в год, которые, по оценкам, живут с не диагностированным, не пролеченным и неучтенным туберкулезом. Ключевые и уязвимые популяции часто сталкиваются с интенсивной социальной маргинализацией, усугубляемой гендером.

Гендер все чаще признается в качестве ключевого измерения понимания и ответа на туберкулез. Во всем мире 64% новых случаев ТБ появляется среди мужчин, что отражает сложившиеся в обществах и культурах гендерные паттерны, например, занятость в профессиях/работах с повышенным риском заболевания, и плохие навыки заботы о здоровье. Однако более глубокий анализ выявляет сложную динамику влияния гендера на риск и доступ к услугам. Например, туберкулез у беременных женщин, живущих с ВИЧ, многократно повышает риск материнской и младенческой смертности. Ключевые и уязвимые группы населения, к которым в контексте туберкулеза относятся заключенные, мигранты, беженцы, которые часто сталкиваются с социальной маргинализацией, усугубляющейся из-за гендера.⁴¹ Некоторые профессии, например, профессия шахтера, часто связаны с переполненными условиями проживания, что повышает риски туберкулеза для мужчин. В то же время те, кто работает в швейной промышленности, или проживает в поселках при горнодобывающих предприятиях или в переполненных фабричных общежитиях тоже сталкиваются с подобным фактором. Большинство из этих людей – это женщины.

Услуга по повышению осведомленности, информированию о рисках способствует профилактике ТБ за счет расширения прав и возможностей людей, повышения уровня их информированности о ТБ; в некоторых случаях она может предусматривать скрининг на ТБ и направление людей, заметивших у себя симптомы ТБ, в медицинское учреждение.

- Право на информацию предписывает:
- предоставление достоверной информации о том, как распространяется ТБ, как можно предотвратить его распространение и как долго люди с ТБ представляют инфекционную опасность;
 - получение консультации и всех необходимых разъяснений до согласия на любые медицинские процедуры;
 - право знать наименования и дозировки любого медицинского препарата или процедуры, который/которую врач хочет прописать, знать сроки лечения, а также понимать все возможные побочные эффекты и другие последствия применения

Услуга по повышению осведомленности, информированию о рисках направлена на:

- предоставление информации о ТБ и рисках ТБ,
- ориентирование людей на соблюдение их прав и повышение информированности сообществ в целом и, в частности, ключевых групп населения о симптомах, диагностике, лечении ТБ, противотуберкулезной помощи,
- информирование людей о способах защиты себя или других от респираторных инфекций.

⁴¹ Техническая записка. Гендерное равенство. – Глобальный Фонд, Женева, 2019 г.

медицинского препарата или процедуры для здоровья или образа жизни. Это называется информированностью о методах лечения.

Следует отметить, что Кыргызстан имеет достаточно сильную декларативную часть гендерного равенства, но, к сожалению, на уровне сообщества, личности до сих пор живут гендерными стереотипами, что подтверждают результаты различных исследований. Стереотипы формируются и укрепляются на протяжении всей истории человечества, искоренить их непросто. Нужны как грамотно построенные механизмы реализации исполнения законов и программ гендерного равенства, так и культурная революция в сознании, в мышлении, языке народов, проживающих в государстве.

1.3.3. Роль социокультурных факторов в формировании гендерных различий в туберкулезе

К социальным и культурным факторам относятся семья, система образования, культура, субкультура, религиозная принадлежность, влияющие на ценности и убеждения, задающие потребительские предпочтения.

Исторически, в мерах по борьбе с ТБ мало внимания уделялось гендерным особенностям. Гендерная динамика в показателях регистрации ТБ, лечения и выздоровления неоднородна. В одних странах у мужчин наблюдаются лучшие показатели, чем у женщин, в других – наоборот. В большинстве стран с низким и средним доходом около двух третей зарегистрированных случаев ТБ приходится на мужчин и только одна треть – на женщин. И не вполне понятно, является ли это следствием более высокого риска развития ТБ среди мужчин или же неточной регистрации ТБ среди женщин, свидетельствующей о том, что женщины имеют меньше шансов на диагностирование и успешное лечение ТБ. Из этого очевидно, что модель поведения при обращении за лечением, среди мужчин и женщин, живущих с ТБ или коинфекцией ТБ-ВИЧ, требует систематической гендерной оценки.

Большая часть случаев заболеваемости и смертности от ТБ приходится на мужчин, однако ТБ остается одной из трех основных причин смертности среди женщин во всем мире.

- В целом, мужчины больше, чем женщины, подвержены риску заболевания ТБ, и смертность от туберкулеза выше среди мужчин.
- Мужчины, как правило, менее склонны проходить диагностику и регистрировать свое заболевание ТБ, чем женщины.
- Мужчины также более уязвимы к ТБ в силу их гендерно обусловленной профессиональной деятельности (во многих местах мужчины чаще заняты на горных или взрывных работах, где подвергаются воздействию твердых частиц, т.е. микротравм).
- Мужчины более склонны мигрировать в поисках работы, что может приводить к прерыванию лечения ТБ.
- Во многих сообществах мужчины с большей долей вероятности курят или употребляют наркотики – и то и другое является самостоятельным фактором риска заболевания туберкулезом.
- Уровень доступа женщин к услугам по лечению и профилактике ТБ бывает ниже, чем у мужчин, а в некоторых условиях они с меньшей вероятностью могут пройти анализ мокроты.
- Женщины могут испытывать трудности с получением доступа к услугам в связи с ТБ, поскольку мужчины в семье не хотят оплачивать эти услуги; здоровью женщин в семье не придается такое же значение, как здоровью мужчин, либо потому что женщины, болеющие ТБ, в большей степени подвергаются стигматизации, чем мужчины.

Гендерно-обусловленные риски. В 2020 г. 56% случаев ТБ приходилось на взрослых мужчин, 33% - на женщин, а еще 11% - на детей. Мужчины с большей вероятностью, чем женщины, подвержены рискам ТБ, если они, например, работают в шахтах или занимаются пескоструйной обработкой материалов. Кроме того, риски для них выше по причине рискованного поведения — из-за курения, употребления алкоголя или наркотиков. Мужчинам кажется, что им не нужно регулярно обращаться к врачу или ходить в поликлинику, потому что это, якобы, для женщин и детей. В результате они получают диагноз с запозданием и демонстрируют худшую приверженность к лечению. Если мужчина считается основным кормильцем семьи, его страх потерять работу или упустить экономические возможности из-за болезни также мешает ему обращаться за помощью. Женщины зачастую раньше получают доступ к диагностике и лечению ТБ и ВИЧ из-за того, что обращаются за услугами репродуктивного здоровья. С другой стороны, женщины могут иметь меньше самостоятельности и доступа к ресурсам домохозяйства, чтобы обращаться за диагностикой и лечением ТБ. Женщины могут сталкиваться с особенно сильной стигматизацией из-за ТБ. В некоторых странах местные культурные нормы вынуждают женщин избегать тестов мокроты. В ряде стран, если становится известно, что женщина перенесла ТБ, это подрывает ее перспективы вступить в брак. Женщины также могут страдать, если услуги по ТБ не интегрированы в услуги репродуктивного здоровья.⁴²

Гендерные риски, характерные для мужчин	Гендерные риски, характерные для женщин
<ul style="list-style-type: none">- Больше социальных контактов- Работа в условиях повышенного риска- Выше процент курящих- Больше объем потребления алкоголя- Реже обращаются за медицинской помощью	<ul style="list-style-type: none">- Выше стигматизация- Позже ставится диагноз- Меньше доступа к медицинским услугам- Экономическая зависимость- Выше процент внелегочного ТБ (его труднее выявить и диагностировать)

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

Вне зависимости от уровня образования, женщины чаще, чем мужчины оказываются безработными. Например, в 2021 году общий уровень безработицы в Кыргызстане составлял 5,3%, уровень безработицы среди женщин был 6,3% и значительно превышал показатель для мужского населения (4,7% соответственно)⁴³.

Борьба с ТБ должна рассматриваться в качестве составной части национальных действий по снижению бедности и ускорению развития. Действенные меры по борьбе с ТБ предполагают учёт факторов риска, которые повышают восприимчивость человека к ТБ и подверженность развитию заболевания в дальнейшем. Большую роль в снижении факторов риска играют мероприятия, проводимые в рамках других программ в области здравоохранения и развития. Программы борьбы с ТБ должны всемерно поддерживать такие мероприятия. Некоторые факторы, способствующие эпидемиям ТБ, - такие, как бедность, отсутствие равенства, неграмотность, плохие жилищные условия – могут быть устранены только при участии программ, проводимых вне сектора здравоохранения. Роль программ в области здравоохранения, таким образом, заключается в том, чтобы выявлять

⁴² Техническая записка. Устранение связанных с правами человека барьеров в доступе к услугам в сфере ТБ. Грантовый период 2023-2025 гг. - 20 января 2023 г.

⁴³ Национальный статистический комитет КР - <http://www.stat.kg/ru/publications/z>

потребности в действиях со стороны других программ, постоянно акцентировать внимание на необходимости таких действий и доводить соответствующую информацию до сведения лиц, принимающих решения.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ И РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ И ЛИТЕРАТУРА К МОДУЛЮ 1:

1. Анализ деятельности Института Акыйкатчы (Омбудсмана) КР в контексте информированности населения о своих правах и роли Акыйкатчы Омбудсмана) в выявлении системных нарушений прав человека в Кыргызстане. – Б., 2021 г.
2. Анализ трудового законодательства и судебной практики по соблюдению принципа запрета на дискриминацию в сфере труда. – Б.: 2019 г.
3. Борьба с гендерным неравенством посредством доступа к информации. – АРТИКЛЬ 16. Центр свободы слова - Июнь, 2019 г.
4. Борьба с пандемиями и построение более здорового справедливого мира. Стратегия Глобального Фонда (2023-2028). - <https://www.theglobalfund.org/media/ru.pdf>
5. Доклад об подотчетности сообществ и гражданского общества, затронутых туберкулезом: Приоритеты для преодоления смертельного разрыва. Делегация НПО развивающихся стран, делегация НПО развитых стран и делегация сообществ Партнерства "Остановить ТБ". – Женева, 2023 г.
6. Здоровье и гендерное равенство. Краткий аналитический обзор. – ВОЗ, 2019 г.
7. Информационный бюллетень Глобального фонда «Туберкулез и права человека» - февраль 2013 г.
8. Ковалев А.А. Международная защита прав человека. 2013 г. – <http://be5.biz/pravo/p022/index.html>.
9. Компас: Пособие по образованию в области прав человека с участием молодежи – Совет Европы - <https://www.coe.int/ru/web/compass/introduction-to-the-2012-edition>.
10. Кыргызстан. Обзор Системы здравоохранения: время перемен. - Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022 г. – том 24, № 3, 2022 г.
11. Международные стандарты прав и свобод человека: понятие, виды, закрепление – Юридический институт СФУ.
12. Обеспечение и защита прав медицинских работников в Кыргызстане. Учебно-методическое пособие для тренеров. – ОФ «Коалиция за демократию и гражданское общество», Б., 2021 г.
13. Охрана здоровья и права человека: ресурсное пособие. Пятое издание, дополненное. - Центр здоровья и прав человека имени Франсуа-Ксавье Баню и Фонд открытого общества, 2015 г.
14. Партнерство «Stop TB». Глобальный план по ликвидации туберкулеза (2016–2020 гг.): сдвиг парадигмы. - Женева: Партнерство «Stop TB», 2015 г.
15. Права человека в сфере охраны здоровья: практическое руководство. Кыргызстан. – Б., 2012 г.
16. Стандартизированный пакет вспомогательных услуг, предоставляемых на уровне местных сообществ, для улучшения результатов лечения и профилактики ТБ. Руководство для затронутых сообществ и организаций гражданского общества, а также национальных программ по борьбе с ТБ и ответственных лиц, определяющих политику в Восточной Европе и Центральной Азии. – ВОЗ, 2021 г.
17. Техническая записка. Устранение связанных с правами человека барьеров в доступе к услугам в сфере ТБ. Грантовый период 2023-2025 гг. - 20 января 2023 г.
18. Техническая записка. Гендерное равенство. – Глобальный Фонд, Женева, 2019 г.
19. Туберкулез. Информационная записка. – Глобальный Фонд, 2022 г.
20. Туберкулез, гендер и права человека. Техническая записка. – Глобальный Фонд, Женева, 2020 г.
21. УВКПЧ. Система договоров ООН в области прав человека. Основные договоры в области прав человека и договорные органы. - <https://www.refworld.org>; <https://www.ohchr.org/ru/>.

МОДУЛЬ 2. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ В КОНТЕКСТЕ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Согласно законодательству, в Кыргызстане гарантированы равные права и равные возможности лицам разного пола в политической, социальной, экономической, культурной и иных областях жизнедеятельности человека (см. *Закон Кыргызской Республики «О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей для мужчин и женщин»*).

Кыргызская Республика обеспечивает всем лицам, находящимся в пределах ее территории и под ее юрисдикцией, защиту их прав и свобод. Никто не может подвергаться дискриминации по признаку пола, расы, языка, инвалидности, этнической принадлежности, вероисповедания, возраста, политических или иных убеждений, образования, происхождения, имущественного или иного положения, а также других обстоятельств. Не являются дискриминацией специальные меры, установленные законом и направленные на обеспечение равных возможностей для различных социальных групп в соответствии с международными обязательствами. (ст.24 Конституции КР)

В Кыргызской Республике мужчины и женщины имеют равные права и свободы и равные возможности для их реализации.

ТЕМА 2.1.

Гендерные данные/статистика и вопросы здравоохранения⁴⁴

2.1.1. Роль и место гендерных данных в здравоохранении

Всемирная организация здравоохранения объявила туберкулёз глобальной проблемой общественного здравоохранения. По оценкам ВОЗ во всем мире ежегодно 10 млн. людей заболевает туберкулёзом, в том числе 5,6 миллиона мужчин, 3,2 миллиона женщин и 1,2 миллиона детей. Туберкулез распространен во всех странах и возрастных группах. Среди них - 1,2 млн. (12%) составляет больные ВИЧ-инфекцией. Растёт число случаев туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью. От туберкулёза во всём мире ежегодно умирает более 1,4 миллиона человек (в том числе 208 000 человек с ВИЧ-инфекцией).

Борьба с туберкулёзом и контроль распространения туберкулёза остаётся одной из важнейших задач мирового сообщества. ВОЗ разработала стратегию «ликвидировать туберкулёз», которая призывает к 2035 году достичь по сравнению с 2015 годом уменьшение: числа умерших от туберкулёза на 95%, заболеваемость туберкулёзом из расчёта на 100 тыс. населения на 90%.

Туберкулез - не только медицинская проблема. Заболевание имеет ряд социальных и экономических последствий, среди которых - социальная и экономическая исключенность заболевших, стигма и стереотипы по отношению к заболевшим. Люди с туберкулезом сталкиваются со снижением качества жизни. При лечении используются дорогостоящие препараты, и ресурсная обеспеченность противотуберкулезных учреждений становится серьезной нагрузкой на страновой бюджет.

Здоровье населения является одним из самых широких направлений статистики. Услуги здравоохранения требуют больших финансовых затрат, поэтому важно, чтобы правительства имели доступ к качественным статистическим данным, необходимым для разработки политики в области здравоохранения и мониторинга ее исполнения. Гендерные данные, статистика и анализ являются неотъемлемой частью процесса принятия решений на основе фактических данных, при этом обязательным условием является обеспечение учета гендерных аспектов в информационных системах здравоохранения.

Гендерные данные и статистика охватывают все сферы общественного здравоохранения и оказания медицинских услуг. Данный тезис можно проиллюстрировать на примере ожидаемой продолжительности жизни, которая является ключевым показателем состояния здоровья, используемым при расчете показателей индекса развития человеческого потенциала. Ожидаемая продолжительность жизни у женщин выше, чем у мужчин, и данное явление обусловлено как биологическими причинами, так и существующими в обществе гендерными нормами.

Гендерная статистика позволяет получить представление о различиях в реалиях жизни, с которыми сталкиваются представители обоих полов, и в конечном итоге адаптировать политику и услуги к различным потребностям. Обеспечение учета гендерных аспектов в информационных системах здравоохранения начинается с получения четкого представления о сути гендерной статистики, а также зависит от понимания термина «гендер», а также его отличий от термина «биологический пол».

Под полом понимается биологический пол человека. Он определяется при рождении (как	Гендер - это социальный конструкт, охватывающий нормы, поведение и роли, закрепленные за женщинами, девочками или мальчиками, а также взаимоотношения между
---	--

⁴⁴ Используются материалы: Обеспечение учета гендерных данных в информационных системах здравоохранения: проблемы, возможности и примеры передовой практики. – ВОЗ, 2021 г.; Разработка гендерной статистики: практическое пособие. Справочное руководство для обучения статистиков, подготовленное целевой группой ЕЭК ООН по гендерной статистике с участием различных экспертов. – ООН, Женева, 2010 г.

<p>правило, женский или мужской) и является сравнительно неизменным. Пол является детерминантой здоровья, а это означает, что мальчики и девочки - и в особенности женщины и мужчины - испытывают различные проблемы со здоровьем, а также имеют различные потребности в медицинском обслуживании.</p>	<p>представителями полов. Данное понятие зачастую включает в себя представления о феминности (характеристики, рассматриваемые как женские) и маскулинности (характеристики, рассматриваемые как мужские). Гендер представляет собой социально обусловленный набор ожиданий в отношении мужчин и женщин, касающихся, например, их поведения, одежды и роли в обществе. Гендерные представления могут варьироваться в рамках культур и на межкультурном уровне, а также меняться с течением времени.</p>
--	--

Гендер и пол являются взаимосвязанными между собой понятиями, однако они отличаются от концепции гендерной идентичности. Гендерная идентичность - это осознание тем или иным лицом внутренних и индивидуальных особенностей гендерной принадлежности, которая может как совпадать, так и не совпадать с физиологическими характеристиками человека или его полом по рождению.

Сектор здравоохранения не является нейтральным с гендерной точки зрения. Системы здравоохранения, ориентированные на удовлетворение универсальных потребностей населения без учета гендерных аспектов, не смогут развиваться и нормально функционировать. Гендер является фактором социальной стратификации, влияющим на свободу передвижения, принятие решений, а также модели поведения, связанные с обращением за медицинской помощью. Гендерное неравенство ведет к нарушению равновесия в возможностях, доступе к информации и ресурсам, а также к различиям в широте власти и влияния. Социальные роли, обусловленные гендерными нормами, приводят к развитию различных потребностей, опыта и результатов в системе здравоохранения. Кроме того, гендерные нормы определяют структуру самой системы здравоохранения, при этом медицинские работники также зачастую выполняют различные роли в зависимости от своего пола.

Информационная система здравоохранения должна решать данную проблему путем предоставления и анализа данных в разбивке по полу, гендеру, возрасту, местоположению и другим переменным. В рамках информационных систем здравоохранения наилучшими источниками данных являются административная отчетность, выборочные обследования и переписи населения. Административная отчетность больниц и медицинских учреждений является, пожалуй, наиболее ценным источником гендерных данных, однако ее предоставлению могут препятствовать ненадлежащие процессы сбора, хранения, передачи и управления данными. Качество данных процессов зависит от умения медицинских работников собирать и предоставлять информацию своевременно и в требуемом формате, а также от действующих систем и процессов управления информацией. Даже если дезагрегированные по полу и гендеру данные подвергаются сбору и сопоставлению, они во многих случаях не анализируются, и доступ к ним не предоставляется заинтересованным сторонам ни внутри, ни за пределами министерства здравоохранения.

Государства-члены ООН взяли на себя четкие обязательства в отношении гендерных вопросов и вопросов здравоохранения, присоединившись к Пекинской платформе действий (1995 г.), а также обязательства в области прав человека, подписав Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ). Данные инициативы представляют собой подробные международные механизмы, ориентированные на достижение гендерного равенства, и обе они рассматривают гендерную проблематику и здравоохранение в качестве приоритетных

Гендерные нормы могут препятствовать сбору точной информации: например, в некоторых культурах женщинам запрещено разговаривать с медицинскими работниками или представителями органами власти без присутствия мужа или родственника.

областей. В доклады о ходе осуществления Пекинской платформы действий и в доклады, представляемые Комитету по ликвидации дискриминации в отношении женщин, необходимо включать гендерные данные, которые станут подтверждением достигнутых результатов. В заключительных замечаниях Комитета КЛДЖ по докладам государств-участников зачастую указываются существующие пробелы, и выражается призыв к улучшению процессов подготовки и использования гендерных данных.

Одна из основных проблем, связанных с гендерными данными и данными о здравоохранении, заключается в том, что при сборе данных информационные системы здравоохранения полагаются на медицинских работников. Медицинские работники могут испытывать избыточную нагрузку в связи с чрезмерным объемом данных и требованиями о предоставлении отчетности со стороны многочисленных подсистем, между которыми отсутствует надлежащая координация, что приводит к низкому качеству данных. Необходимость сбора дезагрегированных данных, таких как данные с разбивкой по полу и возрасту, должна быть тщательно проанализирована с учетом лежащей на медицинских работниках ответственности за сбор этих данных, а также потенциального воздействия такой дифференциации на качество данных.

В рамочной модели ВОЗ для национальных информационных систем здравоохранения отмечается, что нередко данные собираются и представляются в необработанном виде, без обобщения и анализа, необходимых для надлежащего текущего управления или более долгосрочного планирования. Трудоемкая и дорогостоящая процедура сбора данных теряет смысл при отсутствии готовности к анализу данных, распространению полученной информации и ее использованию для улучшения функционирования системы здравоохранения.

Здравоохранение является одной из самых широких статистических областей. Предоставление медицинских услуг является основным фактором социально-экономического развития, но при этом сопряжено с большими расходами. Важно, чтобы правительства имели доступ к качественным статистическим данным, необходимым для разработки политики в области здравоохранения и мониторинга ее осуществления.⁴⁵

Здоровье населения является одним из самых широких направлений статистики. Периоды ухудшения здоровья являются критическими в жизни каждого человека. Граждане возлагают большие надежды на государство в получении соответствующего уровня медицинской помощи независимо от их социально-экономического положения. Здоровье населения как критерий развития страны включен в качестве индикатора во все восемь Целей развития тысячелетия:

Цель 1. Ликвидация крайней нищеты и голода.

Цель 2. Обеспечение всеобщего начального образования

Цель 3. Поощрение равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин.

Цель 4. Сокращение детской смертности.

Цель 5. Улучшение охраны материнства.

Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями.

Цель 7. Обеспечение экологической устойчивости.

Цель 8. Формирование глобального партнерства в целях развития.

Некоторые проблемы, связанные со здоровьем, в большей степени уместны для мужчин или для женщин, например, репродуктивное (включая материнское) и медицинские услуги для людей престарелого возраста (так как продолжительность жизни женщин выше, чем мужчин) особо беспокоят женщин. Поскольку пол является показателем здоровья, и факторы риска различаются по полу, причины смертности и другие последствия (такие как, инвалидность) могут существенно варьироваться между мужчинами и женщинами. Важно

⁴⁵ Обеспечение учета гендерных данных в информационных системах здравоохранения: проблемы, возможности и примеры передовой практики. – ВОЗ, 2021 г.

дифференцировать данные для женщин и мужчин для учета этих гендерных особенностей при формировании политики в области здравоохранения. Адекватные данные о репродуктивном здоровье особенно важны для развивающихся стран, а статистика о лицах с ограниченными возможностями для женщин в странах с высокими показателями средней продолжительности жизни.

Не менее важна информация об использовании медицинских услуг в дополнение к информации о равном доступе к ним. Информация об использовании медицинских услуг может пролить свет на истинные причины разницы между мужчинами и женщинами в использовании этих услуг, что наряду со многими другими причинами, может объясняться нехваткой времени или более низкими социально-экономическими условиями, в которых часто оказываются женщины.

Проблемы, связанные с обеспечением учета гендерных аспектов в статистических системах, хорошо известны. Причиной данных проблем является слабое развитие политической основы для сбора гендерных данных, определяемое в т.ч. отсутствием специальных правовых инструментов и финансовых ресурсов, необходимых для подготовки и использования гендерной статистики на национальном уровне. В измерении гендерных аспектов существуют значительные технические трудности, которые ограничивают подготовку гендерных данных. К ним относятся, например, разработка методов измерения использования времени, учитывающих культурные особенности и являющихся оптимальными с точки зрения затрат. Другая важная задача заключается в исключении гендерно обусловленных искажений в данных путем решения проблем, которые могут помешать женщинам поделиться информацией или лишить их уверенности в том, что они могут раскрыть точную информацию при соблюдении этических норм и без опасений за собственную безопасность. Наконец, еще одной проблемой в области сбора гендерных данных является ограниченное распространение данных и отсутствие доступа к ним, а также отсутствие навыков применения гендерных данных в тех случаях, когда они доступны для использования при разработке мер политики.

Гендерные данные зачастую отсутствуют или отличаются низким качеством, поскольку гендерная проблематика не рассматривается в качестве приоритетной. В некоторых случаях ресурсы могут быть ограничены, в других случаях - это нехватка потенциала для эффективного учета гендерных данных в статистике, т.е. отсутствие знаний о том, что делать и с чего начинать.

Для наглядности ниже приведены некоторые проблемы гендерной статистики в Кыргызстане⁴⁶, среди них отсутствие гендерных показателей в национальной статистике в таких областях, как:

- участие женщин и мужчин в процессах принятия решений, в производственной и социальной жизни;
- равенство и недискриминация в законодательстве и доступе к правосудию;
- доступ женщин и мужчин к ресурсам, образованию и здравоохранению;
- защита прав женщин и девочек;
- предупреждение насилия, в том числе бытового насилия;
- отсутствие данных о неоплачиваемом труде женщин по уходу (несмотря на проводимые раз в пять лет исследования по использованию времени);
- о доходах женщин и мужчин, занятых в неформальном секторе экономики;
- о социальном статусе трудовых мигрантов в принимающих странах (занятость, доступ к здравоохранению, образованию и социальным услугам);
- отсутствие данных в отношении наиболее уязвимых групп женщин: пожилых женщин, женщин с ВИЧ/СПИД и женщин-инвалидов.

⁴⁶ Обзор Пекин+25: Гендерное равенство и расширение прав и возможностей женщин в странах СПЕКА. – ESCAP, 2020 г.

2.1.2. Гендерный анализ: компоненты⁴⁷

Анализ гендерных ролей позволяет понять, каким образом гендер влияет на людей, семьи, институты, локальные сообщества и общества в целом. Полученные сведения имеют большое значение для разработки стратегий и политик, и интеграции гендерно-чувствительного подхода в меры реагирования на ситуацию. Кроме того, гендерный анализ позволяет проследить глубинные причины, порождающие неравенство в обществе, и выработать предложения относительно мер реагирования и вмешательства, в равной мере учитывающие гендерные различия.

Кроме того, гендерный анализ открывает следующие возможности:

- Изучение воздействия гендерных ролей, видов деятельности, потребностей, возможностей и прав на жизни мужчин, женщин, девочек и мальчиков в определенных ситуациях или условиях.
- Понимание системы социального взаимодействия между мужчинами и женщинами, их положения в обществе с точки зрения доступа и контроля над ресурсами также взаимных ограничений.
- Изучение социальных отношений с точки зрения существующих социальных норм и правил, ресурсов и власти.
- Анализ взаимодействия женщин и мужчин с местными и центральными институтами власти, а также внутри локального сообщества и домохозяйства.
- Возможность избежать усугубления существующих гендерных разрывов и несправедливости в результате реализации тех или иных мер политики и т.п.

Данные статистики в разбивке по признаку пола являются данными, собранными и проанализированные отдельно для женщин и для мужчин. Они позволяют оценить адресность и пользу от той или иной инициативы для женщин, мужчин, девочек и мальчиков в соответствии с изначально поставленной целью. В зависимости от преследуемой цели, целевой группы и контекста информация также может быть дезагрегирована по ряду ключевых параметров, включая социально-экономические характеристики, возраст, этническую принадлежность, вероисповедание, распределение (город/село). Обязательным предварительным условием для гендерного анализа является наличие данных, характеризующих состав населения в разбивке по признаку пола и возрастным категориям. Источниками этих данных являются ресурсы в открытом доступе, включая результаты переписи населения, социальную и экономическую аналитику.

При этом, необходимо понимать, что наличие данных в разбивке по возрасту и полу не гарантирует, что использованные при сборе этой информации принципы, определения и методы учитывают гендерные роли, иерархию взаимодействия и неравенства в обществе. Таким образом, дезагрегированные по возрасту и полу данные представляют собой лишь одно из средств учета гендерных аспектов в статистике.

Данные статистики в разбивке по признаку пола + сведения о гендерном развитии + анализ + гендерная перспектива = гендерный анализ

Сведения о гендерном развитии включают данные, которые: (а) собраны и представлены в разбивке по возрасту и полу в качестве первичной и общей классификации; (б) отражают гендерную проблематику; и (в) основываются на концепциях и определениях, которые должным образом отражают разнообразие женщин и мужчин и фиксируют все аспекты их жизни. Методы сбора этих данных учитывают существующие стереотипы и социальные и культурные факторы, которые могут вызывать гендерно обусловленные искажения.

⁴⁷ Использованы материалы: Гендерная специфика в системе мер по снижению риска стихийных бедствий в государствах Европы и Центральной Азии Практическое руководство для проведения семинаров. – ПРООН, ООН-Женщины - структура ООН по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин.; Практическое руководство по внедрению гендерного подхода. - ПРООН, 2011 г.

Анализ предполагает интерпретацию данных с точки зрения их практической ценности. Рамки анализа должны охватывать практические и стратегические гендерные потребности.

Практические гендерные потребности:

- Выявляются по результатам гендерного разделения труда и положения мужчин и женщин в обществе;
- Зависят от непосредственного предполагаемого риска, необходимости или угрозы;
- Определяются с учетом существующей специфики условий жизни, зачастую связанной с доступностью услуг, включая водоснабжение, услуги медицины и образования, обеспечение занятости и безопасности.

Обеспечение этих нужд не решает проблему соотношения влияния и возможностей в обществе и не способно оказать существенного воздействия на трансформацию традиционных гендерных ролей мужчин и женщин.

Стратегические гендерные потребности:

- Позволяют понять существующие дисбалансы в распределении влияния и возможности между мужчинами и женщинами;
- Представляют собой потребности, удовлетворение которых позволит женщинам или мужчинам укрепить свое положение в обществе;
- Не ограничивают людей рамками социальных ролей в обществе;
- Менее заметны, поскольку нацелены на изменение сложившихся установок в обществе, укрепление статуса и устранение ограничений, препятствующих полной реализации потенциала индивидов;
- Помогают женщинам добиваться большего равенства, подвергая переосмыслению стереотипы в отношении роли женщины в обществе.

Примеры обеспечения стратегических потребностей включают:

- предоставление женщинам права владения и наследования земли, доступ к кредитным и финансовым услугам;
- расширение прав и возможностей женщин в принятии решений;
- закупка товаров и услуг у компаний под управлением женщин и т.д.

Выявление практических и стратегических гендерных потребностей вскрывает укоренившиеся в обществе различия между мужчинами и женщинами. Привнесение гендерной перспективы позволяет:

- Проанализировать причины и последствия этих различий;
- Интерпретировать данные в соответствии с социологическими (или иными) теориями, изучающими вопросы гендерных отношений;
- Разрабатывать более комплексную политику и политические решения с учетом специфики гендерного развития;
- Разрабатывать меры и инициативы с учетом и направленных на сокращение существующих гендерных различий и неравенства;
- Учитывать существующее гендерное неравенство при распределении ресурсов, но не обострять существующее положение дел.

Включение гендерного подхода в области здравоохранения направлено на выявление, анализ и воздействие на неравенство, возникающее по причине принадлежности к тому или иному полу, и особенно в связи с неравным распределением власти между полами. Такого рода неравенство может создавать, поддерживать или обострять факторы риска для здоровья и благополучия. Оно также влияет на доступ к ресурсам и контроль над ними, процесс принятия решений и образование, которые способствуют защите и укреплению здоровья, а также определяют характер ответственности и размер получаемого вознаграждения.

2.1.3. Туберкулез в Кыргызстане: статистические данные⁴⁸

Национальным статистическим комитетом КР подготовлен статистический сборник «Здоровье населения и здравоохранение в Кыргызской Республике»⁴⁹ на основе данных, получаемых от Министерства здравоохранения КР, Министерства обороны КР, Государственной службы исполнения наказаний при Правительстве КР, Министерства внутренних дел КР, Государственного комитета национальной безопасности КР. Статистические данные представлены в виде таблиц и графиков, содержащих информацию как в целом по республике, так и ее регионам. Для статистической разработки данных о заболеваемости населения применяется Международная стандартная классификация болезней, травм и причин смерти X пересмотра (МКБ-10), обеспечивающая сравнимость сведений о заболеваемости и смертности.

Также Центром электронного здравоохранения при МЗ КР, организационно-методическими отделами научно-исследовательских и республиканских организаций здравоохранения подготовлен сборник «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики»⁵⁰. В сборнике представлены данные о демографической ситуации, заболеваемости населения, сети, медицинских кадрах и деятельности организаций здравоохранения. В сборники включены статистические материалы, обеспечивающие руководителей и рядовых врачей данными демографической ситуации причинах заболеваемости населения о сети, медицинских кадрах, деятельности организаций здравоохранения. При составлении сборника использованы материалы годовых статистических отчетов организаций Минздрава и Нацстаткома КР.

В данном подразделе будут приведены некоторые статистические данные (в виде таблиц), размещенные в сборниках, в разрезе рассматриваемой в настоящей публикации теме. Более подробно со статистикой можно ознакомиться на указанных в ссылках интернет-сайтах.

Статистический сборник «Здоровье населения и здравоохранение в Кыргызской Республике» (подготовлен Национальным статистическим комитетом КР) – таблицы 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 10.8 и график 1.

Таблица 1.10: Заболеваемость населения активным туберкулезом

	2015	2016	2017	2018	2019
Выявлено больных с впервые в жизни установленным диагнозом:					
всего, человек	5 853	5 680	5 616	5 249	5 096
городское население	2 107	1 919	1 942	1 787	1 737
сельское население	3 746	3 761	3 674	3 462	3 359
на 100 000 населения	98,2	93,4	90,6	83,0	78,9
городского	104,9	93,5	92,6	83,2	78,9
сельского	94,9	93,4	89,6	82,9	79,0
в том числе:					
органов дыхания					
всего, человек	4 164	4 282	4 132	3 985	3 836
городское население	1 509	1 500	1 468	1 391	1 361
сельское население	2 655	2 782	2 664	2 594	2 475

⁴⁸ Использована статистическая информация, размещенная на официальных сайтах:

- Национального статистического комитета КР - <http://www.stat.kg/ru>,

- Центра электронного здравоохранения при Министерстве здравоохранения КР - <http://cez.med.kg>.

⁴⁹ Статистический сборник «Здоровье населения и здравоохранение в Кыргызской Республике» - <http://www.stat.kg/ru/search/?news=1&pages=1&publications=1&statistics=1&vacancy=0&opendata=1&query=туберкулез>.

⁵⁰ Сборник «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики» - <http://cez.med.kg/здоровье-населения-и-деятельность-оз/>

на 100 000 населения	69,9	70,4	66,7	63,0	59,4
городского	75,1	73,1	70,0	64,8	61,8
сельского	67,2	69,1	65,0	62,1	58,2
с бактериовыделением					
всего, человек	2 712	2 760	2 984	2 884	2 981
городское население	1 061	1 032	1 100	1 068	1 089
сельское население	1 651	1 728	1 884	1 816	1 892
на 100 000 населения	45,5	45,4	48,1	45,6	46,2
городского	52,8	50,3	52,4	49,7	49,4
сельского	41,8	42,9	45,9	43,5	44,5
Численность больных активным туберкулезом, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях (на конец года):					
всего, человек	7 840	7 995	7 695	7 585	7 057
на 100 000 населения	130,2	130,2	123,0	118,7	108,2

График 1. Уровень заболеваемости туберкулезом по полу (на 100 000 населения)

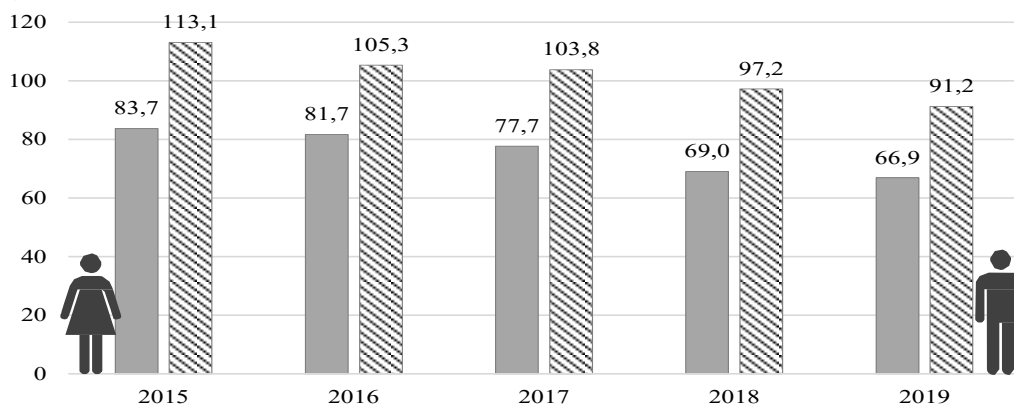


Таблица 1.11: Заболеваемость населения активным туберкулезом по полу и возрастным группам

	Всего, человек					На 100000 населения				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Выявлено больных с впервые в жизни установленным диагнозом, всего	5 853	5 680	5 616	5 249	5 096	98,2	93,4	90,6	83,0	78,9
мужчины	3 334	3 172	3 188	3 049	2 921	113,1	105,3	103,8	97,2	91,2
женщины	2 519	2 508	2 428	2 200	2 175	83,7	81,7	77,7	69,0	66,9
в том числе в возрасте, лет:										
0-14										
мужчины	293	223	236	150	170	30,5	22,5	23,1	14,3	15,7
женщины	239	181	196	154	131	26,0	19,1	20,1	15,4	12,7
15-17										
мужчины	138	128	127	94	101	88,9	84,2	85,3	62,8	65,2
женщины	105	107	114	103	70	70,1	73,0	79,3	71,5	47,0
18-24										
мужчины	743	697	713	646	597	184,9	176,8	183,9	170,0	161,2
женщины	570	593	567	436	432	147,0	156,1	152,1	119,5	121,4
25-34										
мужчины	736	639	602	621	551	143,4	120,5	110,5	111,6	97,4
женщины	612	626	571	496	488	120,0	119,1	106,1	90,4	87,8
35-44										
мужчины	470	462	476	444	416	135,3	130,3	130,9	118,5	107,2
женщины	344	303	291	273	285	96,8	83,9	78,9	72,2	73,1
45-64										
мужчины	761	775	764	807	817	162,5	160,8	154,3	159,0	157,4
женщины	441	485	418	461	464	83,3	89,1	74,9	80,7	79,6
65 лет и старше										
мужчины	193	248	270	287	269	188,6	233,2	243,7	247,3	220,0
женщины	208	213	271	277	305	131,8	130,0	158,9	155,2	163,0

Таблица 1.12: Заболеваемость населения активным туберкулезом по территории (с диагнозом, установленным впервые в жизни)

	Всего, человек					На 100 000 населения				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Кыргызская Республика	5 853	5 680	5 616	5 249	5 096	98,2	93,4	90,6	83,0	78,9
Баткенская область	354	334	360	337	297	72,7	67,1	70,8	64,9	55,9
Джалал-Абадская область	868	983	946	882	846	76,5	84,9	80,2	73,3	69,0
Иссык-Кульская область	273	286	233	238	248	58,5	60,4	48,6	48,9	50,3
Нарынская область	234	216	168	194	161	84,8	77,3	59,5	68,0	55,8
Ошская область	1 135	1 068	1 098	996	1 028	91,2	83,9	84,4	75,0	75,9
Таласская область	239	212	190	156	149	95,9	83,7	73,9	59,7	56,1
Чуйская область	1 245	1 212	1 244	1 157	1 133	141,7	135,2	136,2	124,2	119,2
г.Бишкек	1 260	1 111	1 121	1 041	992	132,9	114,6	113,1	102,6	95,3
г.Ош	245	258	256	248	242	89,7	92,5	89,7	84,3	79,1

Таблица 1.13: Численность больных активным туберкулезом, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях, по территории

	Всего, человек					На 100 000 населения				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019

Кыргызская Республика	7 840	7 995	7 695	7 585	7 057	130,2	130,2	123,0	118,7	109,3
Баткенская область	474	506	498	459	429	96,2	100,5	97,0	87,4	80,8
Джалал-Абадская область	1 213	1 452	1 365	1 392	1 264	105,8	124,2	114,7	114,6	103,0
Иссык-Кульская область	328	351	300	308	321	69,8	73,6	62,1	62,9	65,1
Нарынская область	321	303	233	265	211	115,6	107,8	82,1	92,3	73,2
Ошская область	1 542	1 484	1 512	1 486	1 504	122,4	115,3	115,1	110,7	111,0
Таласская область	359	339	299	244	214	142,9	132,9	115,5	92,6	80,6
Чуйская область	1 671	1 702	1 690	1 615	1 478	188,3	188,0	183,4	171,6	155,5
г.Бишкек	1 630	1 286	1 485	1 485	1 311	170,1	131,2	148,2	144,6	126,0
г.Ош	302	317	313	331	325	109,5	112,4	108,4	110,5	106,2

Таблица 10.8: Доля населения, не имеющего доступ к услугам здравоохранения по территории (в процентах)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Кыргызская Республика	1,2	1,3	1,5	1,9	1,8	1,4
Баткенская область	1,1	1,0	0,2	0,5	0,8	0,7
Джалал-Абадская область	1,1	1,7	1,9	0,6	1,6	0,6
Иссык-Кульская область	1,2	0,9	2,3	5,8	5,1	5,6
Нарынская область	7,7	9,4	11,2	12,4	11,7	10,0
Ошская область	0,2	0,0	0,7	0,3	0,4	0,7
Таласская область	1,2	0,6	0,5	0,7	0,5	0,3
Чуйская область	1,1	2,2	2,7	1,9	1,2	1,0
г.Бишкек	1,2	0,5	0,5	2,4	1,4	0,6
г.Ош	0,3	0,4	0,0	0,1	0,1	0,1

Сборник «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики», подготовленный Центром электронного здравоохранения при МЗ КР – таблицы, содержащие статистические данные за 2021 и 2022 годы (№ 22, 41, 43, 48)

Табл.22: Заболеваемость туберкулезом в КР - 2022 год (выдержки)

	Зарегистрировано больных ВСЕГО						Зарегистрировано больных впервые в жизни					
	Всего		взрослые и подростки		дети до 14 лет		Всего		взрослые и подростки		дети до 14 лет	
	абс.	На 100 тыс.	абс.	На 100 тыс.	абс.	На 100 тыс.	абс.	На 100 тыс.	абс.	На 100 тыс.	абс.	На 100 тыс.
Туберкулез	8218	117,8	7713	164,7	505	22,0	3090	44,3	2847	60,8	243	10,6
Туберкулез органов дыхания	7314	104,9	6894	147,2	420	18,3	2723	39,0	2515	53,7	208	9,1

Табл.41: Заболеваемость и смертность от туберкулеза, по областям и городам, 2021-2022 гг.

Регионы	Заболеваемость				Смертность			
	абсолютное число		на 100000 населения		абсолютное число		на 100000 населения	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Кыргызская Республика	3837	4016	57,3	57,6	257	174	3,8	2,5
Баткенская область	262	236	47,3	41,8	9	5	1,6	0,9
Джалал-Абадская область	697	704	54,8	54,2	38	21	3,0	1,6
Иссык-Кульская область	185	208	36,7	38,8	10	11	2,0	2,1
Нарынская область	150	160	51,2	52,0	9	10	3,1	3,3
Ошская область	765	790	54,5	54,6	37	30	2,6	2,1
Таласская область	128	121	47,0	44,5	6	3	2,2	1,1
Чуйская область	865	916	88,2	86,3	85	55	8,7	5,2
г. Бишкек	641	700	59,0	62,0	47	28	4,3	2,5
г. Ош	144	181	43,9	50,9	16	11	4,9	3,1

Табл.43: Все случаи активного туберкулеза, зарегистрированные в 2021-2022 гг.

Регионы	абсолютное число		на 100000 населения	
	2021	2022	2021	2022
Кыргызская Республика	5114	5076	76,4	72,8
Баткенская область	322	272	58,2	48,1
Джалал-Абадская область	1010	907	79,4	69,8
Иссык-Кульская область	226	254	44,8	47,4
Нарынская область	176	199	60,0	64,7
Ошская область	1097	1004	78,2	69,3
Таласская область	174	157	63,9	57,7
Чуйская область	1118	1215	114,1	114,5
г. Бишкек	799	841	73,6	74,5
г. Ош	192	227	58,6	63,8

Табл.48: Заболеваемость туберкулезом, мужчины и женщины, КР, 2021-2022 гг.

Регионы (область, город)	абсолютное число								показатель на 100 000 населения							
	2021				2022				2021				2022			
	всего	дети до 14 лет	подростки (15-17)	взрослые	всего	дети до 14 лет	подростки (15-17)	взрослые	всего	дети до 14 лет	подростки (15-17)	взрослые	всего	дети до 14 лет	подростки (15-17)	взрослые
Кыргызская Республика	3 837	238	121	3478	4 016	330	98	3588	57,3	10,8	37,3	83,6	57,6	14,4	28,0	82,8
Мужчины	2145	117	52	1976	2253	180	55	2018	64,6	10,3	31,5	97,6	65,3	15,3	30,4	96,6
Женщины	1692	121	69	1502	1763	150	43	1570	50,2	11,2	43,4	70,4	50,0	13,5	25,5	70,0
Баткенская	262	7	7	248	236	15	10	211	47,3	3,6	26,6	74,9	41,8	7,0	33,1	66,0
Мужчины	142	3	1	138	132	10	5	117	50,4	3,0	7,4	82,4	46,3	9,0	30,9	74,2
Женщины	120	4	6	110	104	5	5	94	44,2	4,2	47,0	67,3	37,2	4,8	35,7	58,1
Джалал-Абадская	697	47	23	627	704	54	18	632	54,8	10,9	35,1	80,8	54,2	11,1	25,7	85,2
Мужчины	396	23	10	363	397	24	9	364	61,9	10,4	29,8	93,9	60,7	9,6	24,8	99,3
Женщины	301	24	13	264	307	30	9	268	47,7	11,5	40,6	67,7	47,5	12,7	26,7	71,4
Иссык-Кульская	185	11	6	168	208	26	4	178	36,7	7,0	22,3	52,6	38,8	14,7	13,4	54,0
Мужчины	117	4	3	110	131	14	3	114	46,6	5,0	22,2	70,1	49,0	15,5	19,7	70,3
Женщины	68	7	3	58	77	12	1	64	26,9	9,1	22,4	35,7	28,7	13,8	6,8	38,3
Нарынская	150	17	2	131	160	27	4	129	51,2	17,8	11,3	72,9	52,0	26,9	22,8	68,0
Мужчины	88	8	1	79	96	16	3	77	58,9	16,4	11,1	86,3	61,9	31,4	33,3	80,9
Женщины	62	9	1	52	64	11	1	52	43,1	19,2	11,4	58,9	42,0	22,3	11,7	55,1
Ошская	765	29	21	715	790	53	11	726	54,5	5,9	28,5	85,2	54,6	9,8	14,7	87,5
Мужчины	401	11	10	380	444	31	6	407	56,5	4,4	26,7	90,2	60,9	11,1	15,6	98,8
Женщины	364	18	11	335	346	22	5	319	52,5	7,5	30,4	80,0	48,1	8,3	13,8	76,4
Таласская	128	13	3	112	121	4	1	116	47,0	13,9	18,6	68,9	44,5	4,1	5,9	74,0
Мужчины	91	4	2	85	66	3	1	62	66,1	8,4	24,6	103,9	48,1	6,0	11,4	79,5
Женщины	37	9	1	27	55	1	0	54	27,4	19,6	12,5	33,4	40,8	2,1	0,0	68,6
Чуйская	865	78	31	756	916	86	27	803	88,2	25,3	71,7	120,2	86,3	25,7	50,2	119,3
Мужчины	507	43	17	447	551	55	17	479	105,1	27,2	76,7	147,9	104,5	31,9	60,6	146,4
Женщины	358	35	14	309	365	31	10	324	71,9	23,3	66,4	94,7	68,3	19,1	38,9	93,7
г. Бишкек	641	31	22	588	700	54	16	630	59,0	9,5	54,4	81,7	62,0	23,4	39,5	73,4
Мужчины	328	16	6	306	344	20	6	318	64,3	9,6	29,4	94,9	67,2	16,6	28,8	85,8
Женщины	313	15	16	282	356	34	10	312	54,3	9,5	80,1	71,0	57,6	30,6	50,8	64,1
г. Ош	144	5	6	133	181	11	7	163	43,9	4,4	42,7	66,2	50,9	10,5	44,3	69,2
Мужчины	75	5	2	68	92	7	5	80	47,0	8,6	28,0	72,2	50,5	13,0	63,1	66,5
Женщины	69	0	4	65	89	4	2	83	41,0	0,0	57,9	60,8	51,2	7,9	25,4	72,1

ТЕМА 2.2.

Диагностика туберкулеза и вопросы гендера⁵¹

Фундаментальным принципом организации борьбы с туберкулезом является оказание медицинской помощи больным ТБ с ориентацией на нужды пациента. Этот принцип предусматривает как оказание помощи больным ТБ, так и снижение риска инфицирования и заболевания для окружающих, причём он включает все вопросы, связанные с выявлением случаев, диагностикой, лечением, ведением больных, а также использованием имеющихся методов профилактики ТБ. Особое внимание уделяется диагностике и лечению лекарственно-устойчивых форм заболевания ТБ и ТБ/ВИЧ ввиду их всё возрастающей важности для общественного здравоохранения.

Право на доступ к наиболее качественной профилактике, диагностике, лечению и уходу при ТБ является фундаментальным правом каждого человека, независимо от того, кто он, где живет и работает или как он себя идентифицирует.

Туберкулез, с одной стороны, - это заболевание, которое может быть полностью излечимо. С другой стороны, без лечения люди, к сожалению, умирают в 50-70% случаев. Туберкулез остается значимой и актуальной глобальной проблемой для многих стран мира. Задача положить конец эпидемии туберкулеза до 2030 года определена Целями устойчивого развития ООН. Заболеть туберкулезом особенно рискуют люди с ослабленным иммунитетом, хроническими заболеваниями, люди с другими респираторными заболеваниями, дети и люди пожилого возраста. Чтобы победить туберкулез, надо знать его характер и меры борьбы с ним. Туберкулез - это инфекционное заболевание, которое вызывается микобактерией туберкулеза или, как её называют, палочкой Коха, открытой Робертом Кохом в 1882 году.

Барьеры, связанные с правами человека и полом, включая несправедливость в отношении здоровья, гендерное неравенство, стигматизацию и дискриминацию, повышают уязвимость к заражению туберкулезом и подрывают доступ к противотуберкулезным услугам. Стигма, связанная с ТБ, часто связана со стигмой по поводу бедности или другого социального статуса, а также с дезинформацией и необоснованными страхами по поводу этого заболевания. Люди в тюрьмах и других закрытых учреждениях сталкиваются с высоким риском развития ТБ, но могут не иметь доступа к противотуберкулезным услугам, медицинские работники часто не получают поддержки со стороны служб здоровья и безопасности на работе, в то время как все еще может иметь место принудительная изоляция людей с ТБ, что является прямым нарушением прав человека.

Хотя в целом мужчины подвержены большему риску заболеть туберкулезом и умереть от него, чем женщины, туберкулез является одной из основных причин смерти женщин репродуктивного возраста. Возможности женщин обращаться за противотуберкулезными услугами и пользоваться ими может быть подорвана финансовыми, логистическими и медицинскими проблемами, а также стигмой, связанной с ТБ. Трансгендерные и гендерно разнообразные люди сталкиваются с многочисленными проблемами и стигматизацией при поиске возможностей лечения от туберкулеза и доступа к нему.

Статья 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин обязывает государства-участников Конвенции принимать все соответствующие меры для

⁵¹ Использованы материалы: Реализация стратегии ВОЗ "Остановить туберкулез". Справочник для национальных программ борьбы с туберкулезом. – ВОЗ, 2009 г.; Стандартизированный пакет вспомогательных услуг, предоставляемых на уровне местных сообществ, для улучшения результатов лечения и профилактики ТБ. Руководство для затронутых сообществ и организаций гражданского общества, а также национальных программ по борьбе с ТБ и ответственных лиц, определяющих политику в Восточной Европе и Центральной Азии. – ВОЗ, 2021 г.; Реализация стратегии ликвидации туберкулеза: основные положения. – ВОЗ, 2018 г.; Практический справочник ВОЗ по туберкулезу. Модуль 2: скрининг. Систематический скрининг на туберкулез. – ВОЗ, 2022 г.; Информационная записка. Туберкулез. Период выделения средств 2023-2025 гг. - Глобальный Фонд, 2022 г.

ликвидации дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения, с тем чтобы обеспечить на основе равенства мужчин и женщин доступ к медицинскому обслуживанию. Женщины подвержены тем же самым санитарно-гигиеническим нормам, что и мужчины, но на женщин они воздействуют иначе. Среди женщин широко распространена экономическая зависимость, они претерпевают насилие и дискриминацию по признаку пола в обществе в целом, и в системе здравоохранения в частности, многие женщины не могут полностью распоряжаться своей половой и репродуктивной жизнью, они лишены возможности участвовать в процессе принятия решений – все это является социальной реальностью и негативно воздействует на их здоровье.

- Препятствия гендерного характера для доступа к услугам в связи с ТБ могут принимать разные формы, затрагивающие и мужчин, и женщин.
- Более высокие показатели регистрации ТБ у мужчин отчасти могут отражать эпидемиологические различия – различия в области контактов с источниками заражения, риска инфицирования и прогрессирования инфекции в болезнь.
- Некоторые исследования указывают на то, что женщины могут иметь более высокие показатели прогрессирования инфекции в болезнь и более высокую летальность в раннем репродуктивном возрасте.
- Мужчины, как правило, менее склонны проходить диагностику и регистрировать свое заболевание ТБ, чем женщины.
- Мужчины также более уязвимы к ТБ в силу их гендерно обусловленной профессиональной деятельности (во многих местах мужчины чаще заняты на горных или взрывных работах, где подвергаются воздействию твердых частиц, т.е. микротравм).
- Мужчины более склонны мигрировать в поисках работы, что может приводить к прерыванию лечения ТБ. Во многих сообществах мужчины с большей долей вероятности курят или употребляют наркотики – и то и другое является самостоятельным фактором риска заболевания туберкулезом
- Женщины могут испытывать трудности с получением доступа к услугам в связи с ТБ, поскольку мужчины в семье не хотят оплачивать эти услуги; здоровью женщин в семье не придается такое же значение, как здоровью мужчин, либо потому что женщины, болеющие ТБ, в большей степени подвергаются стигматизации, чем мужчины.
- Женщины, как правило, чаще, чем мужчины, откладывают диагностику и лечение; некоторых удерживает от обращения за медицинской помощью отсутствие конфиденциальности или детских отделений в медицинских учреждениях.

Все перечисленные факторы влияют на обращаемость женщин в организации здравоохранения и имеют огромное значение, в случае необходимости, оказания им медицинской помощи.

Деятельность врача всегда сводилась к двум задачам: определению болезни и ее лечению. Знать болезнь, дать ее определение - значит поставить диагноз, что является необходимым условием для правильного лечения.

Одним из важных моментов и этапов в постановке диагноза является собирание анамнеза. Собирая анамнез, врач преследует следующие цели: анамнез должен выявить субъективную картину болезни, т.е. ощущения больного и те расстройства, которые он сам наблюдает у себя. Анамнез помогает:

- выяснить все существующие связи между болезнью и ее причинами,
- познакомиться с условиями быта, профессией опрашиваемого и другими данными, необходимыми для дальнейшей верификации диагноза.

«Диагноз» по-гречески – исследовать, различить, точно распознать, решить, составить мнение. Диагноз необходим при каждом отдельном заболевании не только в качестве «главной» линии в отношении лечения, но и для суждения о прогнозе.

Начиная сбор анамнеза у больного с уточнением его жалоб, необходимо помнить, что жалобы общего характера:

- мало свидетельствуют о конкретном заболевании;
- они лишь отражают общее состояние больного.

Жалобы могут быть локальными или ведущими, зависящими от основного заболевания; они наиболее полно проявляются на данном этапе опроса и обследования и играют главенствующую роль в диагностике того или иного заболевания. Наконец, есть жалобы, вызываемые сопутствующими заболеваниями, которые могут «смазать» картину основного заболевания.

При сборе анамнеза основное внимание уделяют:

- выявлению возможного контакта с больным на туберкулез;
- установлению, относится пациент к группам повышенного риска развития туберкулеза.

Контакты с больными активным туберкулезом	Социальная группа	Медицинская группа
Семейные и бытовые	Лица без определенного места жительства	Пациенты с профессиональными заболеваниями легких
Профессиональные	Эмигранты, беженцы, переселенцы	Больные с сахарным диабетом
Нозокомиальные (внутрибольничные)	Страдающие хроническим алкоголизмом, наркозависимые, зависимые от ПАВ, безработные	Больные, которые постоянно принимают глюкокортикоиды, цитостатики или лучевую терапию
Пенитенциарные, СИЗО	Лица, которые находятся или освободились с пенитенциарных учреждений	ВИЧ-инфицированные
		Больные язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки
		Лица с определяемыми рентгенологически посттуберкулезными изменениями

Для успешного выявления случаев заболевания ТБ важно, чтобы больные знали о симптомах заболевания, имели доступ к медицинской помощи и обследованию медицинскими работниками (врачами, медицинскими сестрами, помощниками врачей, специалистами клиник), которые знают о симптомах заболевания. Кроме того, медицинский персонал должен обладать доступом к надёжным лабораторным службам и проводить отбор проб, необходимых для проведения лабораторных тестов. Всё это предполагает наличие сложной системы профессиональных знаний и поведенческих установок, причем сбой на любой из упомянутых стадий может привести к поздней постановке диагноза или к ошибочному диагнозу.

Этапы диагностики туберкулеза

Диагностика туберкулеза проводится на разных этапах медицинского обслуживания. Обычно в первую очередь больные с туберкулезом обращаются к семейному или участковому врачу, задачей которого является осуществить первый шаг диагностики туберкулеза, и при возникновении подозрения на туберкулез, направить больного в специализированное медицинское учреждение, занимающееся диагностикой туберкулеза и его лечением.

Первый шаг диагностики туберкулеза состоит в выявлении основных симптомов болезни: длительный кашель, кровохарканье, длительное повышение температуры и пр. Также на этом этапе врач выясняет характеристики эволюции болезни и факт контакта пациента с больным туберкулезом.

Второй шаг диагностики туберкулеза заключается в клиническом осмотре больного. При осмотре больного врач обращает внимание на похудание, наличие увеличенных лимфатических узлов, нарушение движения грудной клетки во время дыхания.

Первые два шага диагностики туберкулеза, конечно, являются малоинформативными и абсолютно недостаточными для установления или опровержения диагноза туберкулеза, однако уже на этом этапе врач может предположить, о какой именно болезни идет речь, и направить больного на дальнейшее обследование для уточнения диагноза.

Третий шаг диагностики туберкулеза проводится в случае определения случая как предположительного на туберкулез после первых двух шагов диагностики. В таком случае больного направляют в специализированное медицинское учреждение, занимающееся диагностикой туберкулеза и его лечением. Для подтверждения диагноза туберкулеза проводят исследование мокроты на Ген-Эксперт и микроскопическое исследование мокроты (мазок) на инфекционность. Также проводится рентгенологическое обследование грудной клетки. В случае если оба метода исследования дадут положительный результат (то есть в мокроте определяются возбудители туберкулеза, а рентгенологическое исследование легких показывает наличие очагов воспаления), больного направляют на повторное обследование, суть которого состоит в окончательном подтверждении диагноза туберкулеза, определении специфических особенностей болезни (формы туберкулеза, чувствительность туберкулезных палочек по отношению к антибиотикам и пр.), после чего больному назначают лечение.

Многие люди, имеющие активную форму туберкулеза, не испытывают типичных симптомов на начальных стадиях заболевания, своевременно не обращаются за медицинской помощью и могут не пройти тестирование на ТБ. Другие группы населения могут не иметь доступа к медико-санитарной помощи по причинам финансового характера, в силу географической изолированности или других факторов. Выделение групп высокого риска и тщательное планирование систематического скрининга в рамках или вне медицинских служб может повлиять на улучшение ситуации в области ранней диагностики туберкулеза. ВОЗ были разработаны руководящие принципы систематического скрининга активной формы ТБ, дополненные практическим руководством по организации этой деятельности. Согласно руководящим принципам ВОЗ, систематический скрининг активной формы ТБ должен в обязательном порядке охватывать лиц, контактирующих с больными ТБ, ЛЖВ и работников, подвергающихся воздействию силикатной пыли. Необходимость проведения систематического скрининга в других группах риска должна быть основана на данных о национальных или территориальных эпидемиологических особенностях распространения ТБ, возможностях системы здравоохранения, наличии ресурсов и осуществимости мер по охвату таких групп населения скринингом.

Скрининг на туберкулез:

систематическое выявление лиц, подверженных риску заражения ТБ, в заранее определенной целевой группе населения путем оценки симптомов и проведения анализов, медицинских осмотров и иных процедур, которые могут быть выполнены в сжатые сроки. В случае положительных результатов скрининга требуется постановка диагноза с использованием одного или нескольких диагностических тестов и дополнительного клинического обследования. Этот термин иногда используется в качестве синонима «активное выявление случаев туберкулеза». Его следует отличать от термина «тестирование на туберкулезную инфекцию» (с помощью кожной пробы на ТБ или анализа, основанного на высвобождении гамма-интерферона).

Целью скрининга (или активного выявления случаев ТБ) является раннее выявление ТБ, чтобы свести к минимуму предотвратимую отсрочку постановки диагноза и начала лечения, тем самым снижая риск неблагоприятных исходов, последствий для здоровья и негативных социальных и экономических последствий ТБ для отдельных лиц и их семей. Кроме того, скрининг снижает риск передачи инфекции в рамках домохозяйств, на рабочем месте, в школе или других общественных местах путем выявления и изоляции больных ТБ и сокращения периода заразности. Это способствует снижению заболеваемости туберкулезной инфекцией и, как следствие, распространенности ТБ. При внедрении эффективного алгоритма скрининга и диагностического тестирования в сочетании с профилактическим лечением туберкулеза (ПЛТ) для людей, не имеющих клинических проявлений ТБ, но подверженных риску его прогрессирования, существует более высокая вероятность улучшения здоровья людей и сообществ. Тестирование на туберкулезную инфекцию с помощью кожной пробы на ТБ или анализа, основанного на высвобождении гамма-интерферона, для принятия решения о проведении ПЛТ не является частью скрининга и рассматривается в отдельных нормативных документах

Выявление ТБ только среди лиц, обращающихся в медицинские учреждения, недостаточно, чтобы выявить всех лиц с ТБ. Сохраняющийся пробел в выявлении случаев заболевания, особенно в некоторых уязвимых группах населения, а также постоянные задержки в диагностике и, как следствие, продолжающаяся передача инфекции в сообществе указывают на необходимость более активного подхода к раннему выявлению ТБ. Это является обоснованием для систематического скрининга отдельных групп населения, подверженных риску заражения, на ТБ.

Скрининг на туберкулез в целевых группах населения

- Систематический скрининг на туберкулез может проводиться среди населения в целом в районах с предполагаемым уровнем распространенности ТБ 0,5 % или выше.
- Систематический скрининг на туберкулез может проводиться среди групп населения со структурными факторами риска заражения ТБ. Эти группы включают малоимущие слои населения, бездомных, население общин в отдаленных или труднодоступных районах, коренное население, мигрантов, беженцев, внутренне перемещенных лиц и другие уязвимые или маргинализированные группы населения с ограниченным доступом к медицинскому обслуживанию.
- Люди, живущие с ВИЧ, при каждом посещении медицинского учреждения должны систематически проходить скрининг на туберкулез.
- Лица, имевшие контакт в рамках домохозяйства или иной близкий контакт с больными ТБ, должны систематически проходить скрининг на туберкулез.
- Систематический скрининг на туберкулез следует проводить в тюрьмах и прочих местах лишения свободы.
- Персонал (в том числе бывшие сотрудники), которые на своих рабочих местах подвергаются воздействию кварцевой пыли, должны систематически проходить скрининг на туберкулез.
- В условиях, при которых распространенность ТБ среди населения в целом составляет 100/100 000 человек или выше, систематический скрининг на туберкулез может проводиться среди лиц, подверженных риску заражения ТБ, которые либо обращаются за медицинской помощью, либо уже получают ее.
- Люди с нелеченым фиброзным поражением, обнаруживаемым на рентгеновском снимке грудной клетки, могут систематически проходить скрининг на туберкулез.

Скрининг на туберкулез всегда должен проводиться с учетом необходимости последующего оказания соответствующей медицинской помощи и, в идеале, при наличии доступа к высококачественным услугам диагностики и лечения ТБ. Если у сообщества нет доступа к соответствующей медицинской помощи, но оно может получить пользу от скрининга на туберкулез, это должно стать стимулом для инвестиций со стороны

национальных программ борьбы с туберкулезом в службы диагностики и лечения, чтобы дополнить скрининг.

Скрининг должен охватывать лиц, подверженных наибольшему риску развития ТБ, включая группы высокого риска и сообщества с высокой распространенностью ТБ. Определение приоритетности групп риска для скрининга должно основываться на оценке потенциальной пользы и вреда, осуществимости и приемлемости подхода для скрининга, количества лиц, подлежащих скринингу (КЛС), и экономической эффективности скрининга в отношении для каждой группы населения. Необходимо провести тщательную оценку пользы и вреда скрининга на туберкулез для различных групп населения, чтобы максимизировать общую пользу при минимальном вреде для людей. ТБ угрожает здоровью не только конкретного затронутого человека, но и сообщества и населения в целом.

Скрининг на туберкулез должен соответствовать установленным этическим принципам скрининга на инфекционные заболевания, включая получение добровольного информированного согласия перед проведением скрининга и соблюдением прав человека, и должен быть направлен на минимизацию риска дискомфорта, боли, стигматизации и дискриминации. Информированное согласие является основным правом и важным способом проявления уважения автономии человека.

Преимущества ранней диагностики и лечения включают медицинский, социальный и экономический аспекты. В принципе, больше потенциальных преимуществ могут получить лица с наибольшим риском задержки в постановке диагноза или гиподиагностики, поскольку они сталкиваются с препятствиями в получении медицинской помощи (например, люди из бедных общин или отдаленных районов), и особенно те, кто подвергается наибольшему риску неблагоприятных результатов лечения при задержке в постановке диагноза (например, из-за ослабленного иммунитета у людей, живущих с ВИЧ, и у детей). В процессе скрининга на туберкулез могут быть выявлены другие патологические состояния, требующие лечения, например, рак или хроническая обструктивная болезнь легких. Хотя персонал, проводящий скрининг, не может нести ответственность за лечение других заболеваний, необходимо установить связи с другими программами здравоохранения для обеспечения необходимого лечения.

Дискриминация по гендерной, половой, этнической принадлежности или в отношении таких групп населения, как работники секс-индустрии и лица, употребляющие инъекционные наркотики, может серьезно ограничить доступ к лечению, что в условиях отсутствия основы для защиты прав человека может усугубить ситуацию. Перед внедрением систематического скрининга необходимо пересмотреть имеющиеся механизмы защиты прав человека и степень их соблюдения. Возможная стигматизация и дискриминация лиц, прошедших скрининг на туберкулез, и лиц с диагностированным ТБ могут создавать риски для лиц, проходящих скрининг. Например, люди с диагностированным ТБ могут быть отчислены из учебного заведения или потерять работу, семью. Необходимо учитывать защиту прав на охрану здоровья и медицинскую помощь, и сохранение работы. При разработке плана скрининга необходимо тщательно учитывать правовой статус мигрантов, их доступ к медицинским услугам и риск экспатриации в случае выявления ТБ. Если отсутствие защиты прав или другие социальные риски влияют на людей и сообщества, подверженные высокому риску заражения ТБ, необходимо принять меры по снижению этих рисков в рамках любой программы систематического скрининга и получать информированное согласие от людей, проходящих скрининг. Хотя информированное согласие на скрининг на туберкулез во всех случаях является этическим требованием, это особенно важно для групп населения, которые могут столкнуться с последствиями выявления заболевания. Перед началом скрининга необходимо тщательно оценить риски дискриминации и стигматизации.

Стратегии улучшения диагностического процесса

с учетом гендерных особенностей

Существующая на глобальном уровне решимость усилить борьбу с туберкулезом и ликвидировать мировую эпидемию этого заболевания подтверждается принятием в 2014 г. Всемирной ассамблеей здравоохранения (ВАЗ) стратегии ВОЗ по ликвидации туберкулеза, одобрением этой стратегии в рамках нескольких совещаний региональных комитетов ВОЗ и включением Генеральной Ассамблеей ООН в состав задач, поставленных в рамках связанной со здравоохранением третьей цели, входящей в цели в области устойчивого развития (ЦУР), - задачи «ликвидировать эпидемию туберкулеза».

Благодаря реализации стратегии «Остановить ТБ» страны, особенно те, что испытывали тяжкое бремя ТБ, создали основу для высококачественного диагностирования и лечения ТБ. Эти меры внесли огромный вклад в достижение связанной со здравоохранением задачи, поставленной в рамках целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (ЦРТ), которая заключалась в том, чтобы остановить распространение туберкулеза и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости туберкулезом. Успехи в области высококачественной диагностики и лечения туберкулеза способствовали спасению миллионов жизней во всем мире. Тем не менее очевидно, что, несмотря на заметное улучшение положения с точки зрения сокращения сопутствующих туберкулезу страданий и числа смертей, обусловленных этим заболеванием, это не оказало сколько-нибудь существенного влияния на достижение желаемых результатов в области сокращения заболеваемости и масштабов эпидемии туберкулеза. И это вполне ожидаемо: туберкулез - не только медико-биологическое явление и проблема здравоохранения, но и болезнь, сопутствующая бедности; туберкулез будет широко распространен до тех пор, пока существует бедность.

В этой связи стратегия ликвидации туберкулеза, цель которой состоит в ликвидации эпидемии этого заболевания, предусматривает комплекс медицинских и социальных мер. Важно отметить, что, как следует из одного из основополагающих принципов Стратегии, предусмотренный ею комплекс мер скорректирован с учетом региональных, национальных и местных условий. Стратегия ликвидации туберкулеза предусматривает не только обеспечение всеобщего доступа к высококачественному лечению ТБ, но и содействие профилактике туберкулеза. Для ликвидации эпидемии туберкулеза странам необходимо усилить секторы здравоохранения и социальной помощи, обеспечив всеобщий охват услугами здравоохранения и социальную защиту населения. При этом очень важное значение имеют социальные, экономические и экологические факторы, определяющие здоровье и благополучие женщин, влияние гендерной дискриминации и гендерных стереотипов в системе здравоохранения. Несмотря на то, что комплексный подход, возможно, будет способствовать снижению распространения ТБ ускоренными темпами, для того чтобы ликвидировать эпидемию, его может оказаться недостаточно. Для ликвидации эпидемии ТБ необходимы подходы и средства, такие как организация диагностического тестирования для выявления инфицированных и заболевших в местах осмотра пациентов; более короткие и эффективные режимы лечения заболевания и инфекции, а также:

– Решающее значение имеют ранняя диагностика и незамедлительно начатое лечение всех пациентов всех возрастов, имеющих ту или иную форму лекарственно-чувствительного и лекарственно-устойчивого туберкулеза. Одобренные ВОЗ методы быстрой диагностики ТБ и тестирование на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) должны быть доступны всем нуждающимся, и особенно лицам, подверженным риску заболевания МЛУ-ТБ (туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью) и туберкулезом, сочетанным с ВИЧ.

– Необходимо обеспечить возможность проведения и доступность соответствующего лечения лекарственно-чувствительного и лекарственно-устойчивого ТБ для всех нуждающихся. Должны быть организованы надлежащий мониторинг и управление безопасностью лекарственных препаратов. В оказании помощи больным ТБ должны

участвовать все соответствующие поставщики медицинских услуг. В случае, когда все варианты терапевтической помощи исчерпаны, должны предоставляться паллиативное лечение и услуги по уходу за неизлечимо больными.

– Для комплексного децентрализованного оказания услуг, направленных на борьбу с ТБ и ВИЧ, необходимо реализовывать совместные программы по ТБ и ВИЧ; следует обеспечить соблюдение последних рекомендаций ВОЗ по сотрудничеству в области ТБ/ВИЧ и ведения пациентов с ЛТИ (латентная туберкулезная инфекция).

– Необходимо отметить, что системы здравоохранения недостаточно быстро адаптируются к решению проблем женского здоровья, выходящих за рамки сферы репродуктивного здоровья. Гендерное неравенство, дискриминация и гендерные стереотипы являются важными основополагающими факторами, влияющими на поведение и практики, которые в свою очередь оказывают воздействие на здоровье женщин на протяжении всей жизни.

– В рамках оказания помощи, ориентированной на пациента, и в зависимости от потребностей, все пациенты должны получать информационную, психологическую и экономическую поддержку, благодаря которой они смогут завершить диагностический процесс и пройти полный курс необходимого лечения.

– Следует организовать систематический скрининг на ТБ ближайшего окружения больных ТБ, лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), а также лиц, в силу профессиональной деятельности подвергающихся воздействию силикатной пыли, и предусмотреть мероприятия по проведению профилактического лечения для этих лиц.

– Все лица с ТБ должны проходить оценку состояния их питания и получать рекомендации по питанию, а также уход в соответствии с их нуждами. Все лица с ТБ также должны проходить скрининг на диабет. Кроме того, в зависимости от локальной эпидемиологической ситуации, все лица с ТБ должны проходить обследование для выявления других сопутствующих заболеваний и связанных с ними факторов риска, таких как курение и злоупотребление алкоголем или наркотическими веществами.

– Повсеместно должны применяться меры противотуберкулезного инфекционного контроля.

Подход к борьбе с ТБ, основанный на соблюдении прав человека, базируется на международном, региональном и внутреннем праве. Эти законы устанавливают, среди прочих, права на здоровье, недопущение дискриминации, неприкосновенность частной жизни, свободу передвижения и использование преимуществ научного прогресса. В целях реализации подхода к борьбе с ТБ, основанного на правах человека, страны должны:⁵²

- Запретить дискриминацию людей, больных ТБ;
- Дать людям возможность узнать свой статус ТБ и обеспечить законные права на доступ к диагностированию и лечению ТБ, в том числе ликвидацию финансовых и физических препятствий для лечения и ухода;
- Обеспечит участие людей, больных ТБ, в процессах принятия решений в области политики здравоохранения;
- Создать механизмы для решения проблем соблюдения прав людей, больных ТБ, и обеспечивать их реализацию;
- Защищать частную жизнь людей, больных ТБ. Гендерный подход к ТБ направлен на решение социальных, правовых, культурных и биологических проблем, лежащих в основе гендерного неравенства и способствующих плохому состоянию здравоохранения. В рамках данного подхода поощряется такая деятельность, как инвестирование с учетом гендерных аспектов, направленное на предотвращение

⁵² Смена парадигмы 2016-2020. Глобальный план по ликвидации туберкулеза. - Партнерство «Стоп ТБ», 2015 г.

новых случаев заболевания ТБ и усиление противодействия заболеванию с целью реализации права на здоровье женщин и девочек, мужчин и мальчиков во всем их многообразии. Где это возможно, такие защитные положения должны быть введены в законодательство. Если это невозможно, то они должны быть включены в качестве юридических прав в национальные и местные стратегии по борьбе с ТБ.

ТЕМА 2.3.

Гендерные аспекты лечения туберкулеза⁵³

Стратегия ВОЗ по ликвидации туберкулеза и ЦУР ООН, нацеленные на ликвидацию эпидемии туберкулёза к 2030 г., рекомендуют уделять должное внимание вопросам соблюдения принципа справедливости, прав человека и этических норм. Многие ключевые этические соображения, относящиеся к обеспечению доступа к лечению и к уходу за больными, являются частью стратегии ВОЗ по ликвидации ТБ. Они включают следующие важные положения.⁵⁴

– Подход к лечению, ориентированный на пациента, означает, что лечение должно быть физически доступным, приемлемым, недорогим и надлежащего качества. Пациенты должны иметь возможность выбора места, где они будут проходить лечение, а при использовании DOT (лечение под непосредственным контролем), ориентированной на пациента, выбора лиц, которые будут осуществлять наблюдение.

– Содействие предоставлению медицинской помощи на уровне общины. Такая помощь доступна, хорошо воспринимается пациентами и способствует соблюдению режима терапии. Как было признано ВОЗ, «при оказании медицинской помощи на уровне общины силами обученных непрофессионалов и местных медико-санитарных работников, можно добиться сопоставимых результатов (по сравнению с госпитализацией) и теоретически это может привести к снижению уровня внутрибольничного распространения болезни». Медицинскую помощь на уровне общины может также оказывать персонал, прошедший соответствующую подготовку, под наблюдением квалифицированных медицинских работников (например, медсестер) в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Лечение на уровне общины снижает нагрузку на медико-санитарные учреждения и более рентабельно, чем лечение в лечебных учреждениях, позволяя таким образом государствам с ограниченными ресурсами оказать помощь максимальному числу нуждающихся в ней людей.

– Акцентирование внимания на пациентах, как на части их более крупного сообщества, способствует формированию групп поддержки и сотрудничеству с местными общинами в решении проблем, связанных с социальными детерминантами ТБ.

– Соблюдение принципов социальной справедливости и равенства при реализации программ борьбы с ТБ требует учета потребностей всех пациентов, в частности, особых потребностей социально уязвимых групп, для которых необходимо активно разрабатывать специальные мероприятия. Эти мероприятия должны учитывать гендерные аспекты и различные типы уязвимости, в том числе в отношении лиц, которые подвержены повышенному риску заражения и развития активной формы болезни, и тех, кто сталкивается с проблемами доступа к услугам и их полноценного использования. К таким группам относятся (но не ограничиваются ими) люди, живущие в условиях крайней нищеты, беженцы, просители убежища, мигранты, шахтеры, заключенные, потребители наркотиков (включая алкоголь), лица с физическими или умственными недостатками и бездомные. Кроме того, в зависимости от национальных условий, специального рассмотрения требуют потребности женщин, детей и людей, коинфицированных ВИЧ.

⁵³ Использованы материалы: Практическое руководство по внедрению гендерного подхода. Часть II. Обзор по секторам. – ПРООН, 2005 г.; Практическое руководство по внедрению гендерных подходов. – ПРООН, 2005 г.; От гендерно-чувствительных услуг до гендерного равенства. Информация для сотрудников ВИЧ-сервисных НПО. – МБФ «Альянс общественного здоровья, 2016 г.; Саманта Соколовски. Оценка гендерных вопросов в Кыргызстане. – 2016 г.

⁵⁴ Руководство по соблюдению этических принципов при реализации Стратегии по ликвидации ТБ. - ВОЗ, 2017 г.

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

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

2.3.1. Влияние гендерных стереотипов на лечение туберкулеза⁵⁵

Общество ожидает разного поведения от мужчины и женщины по отношению к семье, выбору профессии, политике, следованию традициям, воспитанию детей, внешнему виду и пр. Как правило, такие ожидания базируются на стереотипных представлениях о ролях мужчин и женщин, которые сформировались в данном обществе, – гендерных стереотипах.

Гендерный подход – это подход, основанный на учете различных потребностей и ситуаций, в которых оказываются женщины и мужчины из-за своих социальных ролей.

Формирование гендерных стереотипов подразумевает практику приписывать женщинам и мужчинам конкретные свойства, качества или роли лишь на основании их принадлежности к социальной группе женщин или мужчин. Гендерные стереотипы закладываются в раннем возрасте и затем на протяжении всей жизни оказывают воздействие на здоровье девочек и женщин, определяя ожидания и возможности.

Гендерные стереотипы, как и прочие стереотипы (возрастные, расовые, этнические, культурные и др.), имеют позитивные и негативные аспекты. Позитивным в стереотипах является то, что они помогают человеку легче воспринимать действительность, быстро и без особых усилий ориентироваться (как будто по шаблону, определенной схеме) в разных обстоятельствах и жизненных ситуациях. Например, существует достаточно распространенный стереотип, что роль женщины – быть хорошей хозяйкой и мамой. Большинство женщин стараются соответствовать этому стереотипу, который прививается с детства. Негативной стороной стереотипов является то, что они как бы «затемняют» и искажают действительность, не дают четкого и объективного представления о реальных процессах, поведении человека, что приводит к ошибочной модели взаимодействия с данным человеком.

Гендерные стереотипы – это упрощенные и обобщенные представления о гендерных характеристиках, различиях и ролях отдельных лиц и/или групп. Они могут носить позитивный или негативный характер и влияют на жизненные ожидания, возможности и опыт как женщин, так и мужчин в сфере образования, работы, отношений, социального статуса, здоровья и благополучия.

Гендерно предвзятые ценности, дискриминационные и/или вредные социальные и культурные нормы и стереотипы воплощаются в практики, негативно влияющие на

⁵⁵ Использованы материалы: Здоровье и благополучие женщин в Европе: не только высокая продолжительность жизни. - ВОЗ, 2020 г.; Саманта Соколовски. Оценка гендерных вопросов в Кыргызстане. – 2016 г.

здоровье и благополучие девочек и женщин. К подобным практикам относятся предпочтение мальчиков перед девочками; убежденность в том, что мужчины имеют право контролировать женщин и девочек; вредные традиционные практики; насилие; ограничения в выборе и возможностях получения женщинами образования и профессии; гендерные стереотипы и институциональная необъективность, закрепляющая дискриминационные ценности, нормы и практики.

Здоровье и благополучие отдельного человека зависит от множества важных факторов, связанных с его/ее полом. Принадлежность человека к тому или иному биологическому полу и связанные с этим социальные нормы, роли и ожидания оказывают значительное воздействие на характер проблем в области здравоохранения, с которыми человек может столкнуться. Более того, последующее воздействие этих проблем на человека также связано с принадлежностью к тому или иному полу и определенными гендерными ролями. Как правило, политика и программы по охране здоровья уделяют особое внимание биологическим аспектам диагностики, лечения и профилактики. При рассмотрении различий между мужчинами и женщинами существует также тенденция объяснять состояние здоровья или болезни биологическими различиями. Гендерный подход к вопросам здравоохранения, не исключая биологию, все же подчеркивает решающую роль социальных и культурных факторов, наряду с распределением власти между полами.

Пол и гендер являются важными аспектами в планировании и внедрении программ по борьбе с ТБ. Взаимодействие биологического пола и социально-сконструированного гендера приводит к тому, что риски и уязвимость мужчин и женщин, касающиеся их здоровья, различны; так же, как различно их поведение по обращению за медицинской помощью и последствия для здоровья.

Гендер и другие социально-экономические факторы по-разному влияют на результаты политики борьбы с туберкулезом для разных групп (особенно, что касается активного/пассивного выявления случаев, активного обращения за медицинской помощью, времени ожидания, приверженности к лечению и результатов лечения).

Культура, религия, гендерные нормы и стереотипы, бедность, образование, дискриминация, стигма и другое влияет на отношения в семьях и сообществах, в то время, как мужчины и женщины могут использовать, либо иметь ограничения в доступе к власти/ресурсам и контроле над ресурсами.

Результаты исследования, проведенного Stop TB Partnership (Оценка гендерных вопросов в Кыргызстане., 2016⁵⁶) показали, что стигма, как среди мужчин, так и среди женщин является сильным отрицательным фактором воздействия на жизнь людей, затронутых туберкулезом. Было обращено внимание на то, что в Кыргызстане общее отношение и преобладающее восприятие в более широких кругах общества заключается в том, что существующие гендерные роли не воспринимаются как проблема. Респонденты продемонстрировали наличие очень сильных гендерных стереотипов и патриархальных взглядов, предлагали определенные роли и устанавливали конкретные шаблоны поведения для мужчин и женщин, в особенности в рамках семьи и домашнего хозяйства. Имеющиеся стереотипы в обществе ограничивают права женщин, их вовлеченность и полномочия в плане принятия решений. Это самым непосредственным образом влияет на обращаемость женщин за медико-санитарными услугами. В ходе обсуждения в фокус-группах неоднократно отмечалось, что в случае заболевания женщина поставит на первое место лечение других членов семьи, а не себя, особенно если финансовые ресурсы семьи ограничены.

⁵⁶ Саманта Соколовски. Оценка гендерных вопросов в Кыргызстане. – Stop TB Partnership, 2016 г.

В Кыргызской Республике сохраняется высокий уровень стигматизации пациентов с туберкулезом, как со стороны сообщества, так и со стороны медицинских работников. Неблагоприятное отношение окружающих заставляет пациентов скрывать свой диагноз. Это может привести к поздней диагностике заболевания, нежеланию лечиться, а также к прерыванию лечения. Отрыв от лечения, которое может длиться несколько месяцев, одна из основных причин увеличения роста случаев лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. Лечение чаще всего прерывают люди из уязвимых групп: люди с алкогольной зависимостью, потребители инъекционных наркотиков, люди без определенного места жительства и т.д.

Приверженность пациентов к лечению является ключевым фактором успешного лечения ТБ, что также важно для предотвращения развития устойчивых форм ТБ. К факторам, отрицательно влияющим на приверженность к лечению, относится стигма в отношении больных ТБ. В силу слабой информированности населения, на больных туберкулезом навешивают ярлыки, их вытесняют из общества, зачастую делают изгоями и несправедливо подвергают дискриминации. Имеет также место самостигматизация пациентов с ТБ. Стигма и дискриминация относятся к факторам риска потери для дальнейшего наблюдения больных ТБ и соответственно отрыва от лечения. Приверженность лечению туберкулеза во многом зависит от медицинских работников первичного звена, которые контактируют с пациентами.

Хотя мужчины в Кыргызстане чаще болеют туберкулезом, женщины больше подвержены проявлениям стигмы и дискриминации со стороны родственников и окружения. Об этом говорят результаты различных исследований. Существуют барьеры в получении медицинских услуг, которые отрицательно влияют на приверженность пациенток лечению туберкулеза и препятствуют эффективному выявлению заболевания среди женщин. На протяжении всей жизни на здоровье женщин влияют многие факторы, включая уровень гендерного равенства, образование, занятость, условия работы и доступ к экономическим ресурсам.

2.3.2. Психологическое сопровождение процесса выставления диагноза и адаптации пациентов к длительному лечению туберкулеза⁵⁷

Любая хроническая болезнь независимо от ее биологической природы, ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства, или, иначе говоря, меняет его/ее отношение к себе, другим, к окружающему миру. Если болезнь сопровождается стереотипным, негативным отношением общества, то перестройка восприятия себя-других-мира способна существенно изменить поведение заболевшего, трансформировать шкалу приоритетов и даже расширить границы норм «можно - нельзя». Психологическая реакция на заболевание зависит от длительности, тяжести заболевания, наличия и качества эмоциональной и социальной поддержки, от личностных особенностей в

Кыргызская культура, более патриархальная, чем европейская, требует от специалиста чувствительности к гендерным особенностям. В частности, желательно, чтобы первый осмотр пациента с подозрением на туберкулез проводил/а специалист одного с ним/ней пола, так как обнажение верхней части тела, особенно молочных желез может стать достаточно травмирующим для женщины-мусульманки.

Специалист должен быть толерантным по отношению к любым меньшинствам, включая трансгендерных людей, и ни в коем случае не будет допускать дискриминации в отношении пациента любого пола, сексуальной ориентации, расы, религиозной принадлежности, социального статуса, политических взглядов.

⁵⁷ Клиническое руководство по психологическому сопровождению лиц, страдающих туберкулезом. – МЗ КР, Национальный центр фтизиатрии КР. Бишкек, 2018 г.

преморбиде⁵⁸. Отмечается, что эмоциональные реакции чаще всего проявляются депрессивным состоянием, которое нередко сопровождается чувством тревоги, беспокойства, мыслями о безнадежности, даже обреченности. В таких случаях депрессивные реакции иногда дополняются идеями самообвинения и самоуничтожения вплоть до суицидальных мыслей и попыток.

Могут наблюдаться и такие реакции, как боязнь игнорирования со стороны окружающих, особенно тех, кому известно о заболевании больного. В подобных случаях у больного могут возникнуть мысли, что окружающим неприятно его/ее общество, что он/она вызывает чувства брезгливости, унижительной жалости, презрительного снисхождения. Поведение родственников больного, отсутствие с их стороны достаточного сочувствия, внимания и заботы к заболевшему, откровенная или плохо скрываемая брезгливость, отчуждение углубляют тяжесть переживаний. ТБ, особенно у женщин, может привести к распаду семьи.

Важно:
следует помнить, что такой серьезный диагноз, как туберкулез, является мощным травмирующим фактором, настолько выраженным, что оказывается пусковым моментом для поведения, нетипичного для человека без каких-либо характерологических особенностей в анамнезе.

Появлению психогенных реакций может способствовать и неправильное обращение с больным медицинского персонала, внезапное, без всякой подготовки, сообщение диагноза, неподходящая форма этого сообщения.

Основными **задачами психологического сопровождения больных ТБ** на первом этапе терапии - в фазе интенсивного лечения - являются:

- Смягчение психологических реакций на выставленный диагноз.
- Диагностика особенностей социально-психологического статуса: определение уровня тревоги, депрессии, приверженности к лечению.
- Диагностика и коррекция отрицания.
- Работа с сопротивлением терапии - применение техник мотивационного интервью.
- Психологическое сопровождение противотуберкулезной терапии.
- Поддержка приверженности к лечению.
- Формирование терпимого и разумного отношения к реакциям организма на прием противотуберкулезных препаратов.
- Обучение пациентов приемам психологической самопомощи.

Реакции пациента на диагноз зависят от множества факторов, таких как личностные особенности, стрессоустойчивость, наличие либо отсутствие социальной поддержки, пережитый опыт других заболеваний. Врачу надо быть готовым к тому, что сообщение о диагнозе может вызвать самые разнообразные реакции, включая раздражение и даже агрессию, направленную на врача. Тем важнее становится психологически-щадящее сообщение о диагнозе.

При впервые устанавливаемом клиническом диагнозе туберкулез, врач:

- Перечисляет симптомы, которые помогли поставить диагноз заболевания легких.
- Говорит пациенту, что это заболевание излечимо.
- Называет диагноз.
- Оценивает реакцию пациента на сообщение.
- Как можно проще и доступнее объясняет пациенту, что такое ТБ.

⁵⁸ **Преморбид**, преморбидное состояние, предболезнь — предшествующее и способствующее развитию болезни состояние, когда защитные и приспособительные силы организма перенапряжены или резко ослаблены. Может либо перейти в выраженную форму болезни, либо через некоторое время закончиться нормализацией функций организма. - <https://www.google.com/search?client=opera&q=преморбиде&sourceid=opera&ie=UTF-8&oe=UTF-8&bshm=rimg/1>

- Выслушивает рассказ пациента о чувствах, связанных с ТБ, сочувствуя и сопереживая ему/ей.
- Выслушивает предположения и опасения пациента относительно своего диагноза.
- Если пациент нуждается в дополнительной информации и поддержке, приглашает ее/его на повторную беседу.

Стадии адаптации к диагнозу «туберкулез»

Даже если у пациента не наблюдалось бурного эмоционального реагирования, выраженного отчаяния и суицидальных мыслей, даже если он/она кажется спокойным и принимающим неизбежное, в период первых двух месяцев после сообщения диагноза, обычно отмечаются пять стадий.

Стадия	Описание
Растерянность и отрицание	Пациент/ка считает, что произошла какая-то ошибка, он/она не может поверить, что это действительно происходит, начинает сомневаться в профессионализме врача, в правильной постановке диагноза и в результатах исследований. Возникает не только отрицание диагноза, но и страх, у некоторых он может продолжаться вплоть до самой смерти.
Гнев	На этой стадии человек задается вопросом «Почему именно я?» и начинает всех винить, начиная от врачей и заканчивая самим собой. Пациент понимает, что он серьезно болен, но ему кажется, что врачи и весь медицинский персонал недостаточно к нему внимательно относятся, не слушают его жалобы, не хотят вообще больше лечить его. Начинают раздражать молодые и здоровые люди. Проявления гнева обычно происходит на той стадии заболевания, когда больной себя неплохо чувствует и у него есть силы.
Торг	Пытаются совершить сделку или торг с судьбой, с врачами, с собой. Торги или сделки могут проявляться в том, что пациент готов сделать все что угодно, лишь бы спасти свою жизнь.
Депрессия	«Опускают руки», наблюдается резкое снижение настроения, апатия и безразличие к окружающей жизни. Человек на этой стадии погружается в свои внутренние переживания, он не общается с людьми, может часами лежать в одной позе, «приговорив себя к смерти».
Принятие/ адаптация к диагнозу	Болезнь принимается как неизбежное. В позитивных вариантах формируется приверженность терапии, и пациент начинает активно сотрудничать с врачом. В негативных – «приговаривает себя к смерти» и доживает свою жизнь, отказываясь принимать какую-либо медикаментозную терапию.

В том случае, если пациент «застревает» на одной из стадий, поведенческие признаки указывают на тревогу, депрессию и/ли агрессию, то состояние следует квалифицировать как расстройство адаптации. В стадии отрицания и, иногда, гнева, пациенты демонстрируют либо отсутствие приверженности терапии, либо низкую приверженность к лечению, которая проявляется избирательностью приема препаратов («этот препарат я пить буду, этот - нет»).

Наиболее важная задача, стоящая перед специалистом, пациентом и его/ее родственниками - это налаживание эффективного терапевтического альянса, способствующего формированию устойчивой мотивации на длительную терапию противотуберкулезными препаратами. **Терапевтическим альянсом** называются отношения между пациентом и врачом, способствующие достижению общей цели. В данном случае - улучшению состояния и выздоровлению. От качества сотрудничества с врачом во многом зависит приверженность к длительной и зачастую неприятной терапии. Совокупность психологических механизмов, мешающих формированию приверженности, называется **сопротивлением**.

Основными причинами сопротивления могут быть страх смерти, стигматизации, отверженности.

На первый взгляд пациент, отрицающий факт наличия расстройства - это человек - не знающий, не понимающий особенностей течения и серьезность расстройства. Повинуясь здравому смыслу, можно сказать, что основным методом взаимодействия с пациентом становится настойчивое и, порой, достаточно агрессивное информирование пациента о серьезности его/ее состояния. Но, лежащий в основе страх перед самим заболеванием, либо страх значительного снижения самооценки, способствует поведению пациента, противоречащему здравому смыслу. Таким образом, настойчивое информирование в случаях синдрома отрицания не работает. После многократных настойчивых бесед пациенты могут делать вид, что принимают таблетки и соглашаются с назначенным лечением, однако не принимают препараты на самом деле. Синдром отрицания можно рассматривать как частный случай сопротивления - распространенного феномена при лечении ТБ.

Основные причины сопротивления:

- Отсутствие убежденности пациента в необходимости полного выздоровления при хорошем физическом самочувствии.
- Желание избежать неожиданностей.
- Страх перед неизвестностью, включая страх смерти и возможной неудачей в терапии.
- Нарушение установленного порядка, привычек, взаимоотношений отсутствие уважения и доверия к врачу.

О сопротивлении пациента свидетельствуют следующие **реакции:**

- Спор.
- Перебивание и прерывание беседы.
- Игнорирование или невнимательность к процессу общения.
- Отсутствие ответов на вопросы.
- Непрерывный монолог клиента.
- Злость или раздражение, направленные на специалиста.
- Внешне обвинительная позиция (виноват кто-то другой и ответственность за его/ее состояние лежит на других).
- Отрицание очевидного.
- Пессимизм, неверие в возможность изменений.
- Нежелание что-либо делать.
- Несерьезное отношение к общению: поверхностная шутливость, переход на другую тему, перескакивание с темы на тему.
- Поведенческая игра «Да...Но»: первая часть фразы говорит о согласии, во второй части содержатся контраргументы.

При работе с людьми, болеющими туберкулёзом, серьёзной сложностью может стать отторжение ситуации пациентом, что, хотя и снижает тревогу, всё же не устраняет ее причины. Таким образом, с терапевтической точки зрения, отрицание нежелательно и вредно, поскольку препятствует началу лечения. При работе с пациентами, которые находятся на данной стадии адаптации к диагнозу, крайне важно помочь им сформировать мотивацию для активного сотрудничества со специалистами, а также развить ответственное отношение к болезни. Одной из наиболее эффективных стратегий на этом этапе может стать **Мотивационное Интервью (МИ)** - особая техника, целью которой является усиление мотивации пациента и закрепление приверженности к терапии. МИ основывается на убеждении, что человек меняет свое поведение, если изменения связаны для него с чем-то важным и ценным. Таким образом, задачей специалиста является создать атмосферу понимания, а также выявить существующие несоответствия между ценностями и реальными действиями, подчёркивая значимые для индивидуума причины

измениться. В целом, МИ повышает готовность пациентов следовать рекомендациям и назначениям медицинского специалиста, формирует приверженность к терапии в целом и улучшает результаты лечения.

Мотивационное интервью включает в себя **пять основных принципов**:

1. Необходимо сопереживать человеку и понимать его, поскольку это создаёт доброжелательную атмосферу и позволяет построить раппорт (сотрудничество между пациентом и врачом). Постарайтесь увидеть мир глазами пациента, и продемонстрируйте, что вы его принимаете и не осуждаете. Принятие пациента таким, какой он/она есть, уже само по себе повышает самооценку и способствует изменениям.

2. Необходимо выявить и подчеркнуть расхождение между ценностями пациента и его текущими действиями, для того, чтобы побудить его изменить ситуацию. Зачастую поведение пациента и его планы на будущее противоречат друг другу, и основной вашей задачей является лишь отметить существование этих несоответствий и привлечь к ним внимание. Сделав это, вы усилите внутренний конфликт пациента, и используете его с целью помочь. Как результат осознания несоответствия между желаемым и действительным, не врач, а сам пациент определит и предоставит причины, которые побудят его измениться. Важно отделить поведение от личности, и, используя методы активного слушания, помочь пациенту увидеть, что важные жизненные цели (быть хорошим родителем, быть здоровым, заботиться о родственниках) могут быть подорваны текущим поведением (нежеланием пройти лечение).

3. Избегайте споров. Порой очень хочется доказать человеку, упорно отказывающемуся менять свою точку зрения, что он не прав. Это желание возникает ещё чаще, если собеседник ведет себя вызывающе и агрессивно. Тем не менее, специалисту, работающему с колеблющимся человеком, необходимо помнить, что споры и прямое убеждение в таких ситуациях влекут к ещё большему психологическому сопротивлению и заставляют пациента защищаться ещё яростнее. Чем настойчивее вы доказываете несостоятельность точки зрения пациента, тем сильнее пациент будет её отстаивать. Зародите сомнение в пациенте, что выбранный образ действий соответствует его жизненным ценностям, и может дальше позволить удовлетворять все его актуальные потребности. Помните, что мотивация к переменам должна исходить от самого человека, а не навязываться ему со стороны. Таким образом, вашей основной задачей не является идентифицировать проблему и предложить решения - вы должны помочь пациенту осознать, что жизнь может быть лучше, дать ему самостоятельно сделать выбор и принять ответственность за то, чтобы изменения произошли.

4. Уменьшайте сопротивление пациента, поскольку это поможет вам избежать ухудшения взаимопонимания, позволит сохранить возможность коммуницировать с пациентом и, следовательно, влиять на него. Существует предубеждение, что сопротивление и защита со стороны пациента это исключительно его вина, но, как правило, это лишь демонстрирует неспособность интервьюирующего понять пациента и найти правильный подход. Увеличение сопротивления говорит о том, что пациент воспринимает ситуацию иначе, а, значит, первым делом надо лучше разобраться в его понимании проблемы, избегая споров и попыток доказать его неправоту. Предлагайте альтернативные варианты, но не навязывайте их - помните, именно пациент является источником эффективных ответов и решений. Уменьшение сопротивления должно проходить параллельно с избеганием споров.

5. Поддерживайте у пациента оптимизм и веру в эффективность собственных действий и ожидание успеха от их реализации. Вера в то, что перемены к лучшему возможны, является важным условием, без которого не стоит ожидать изменений. Нужно помнить, что не медицинские специалисты, а пациент является ответственным за изменения. Поэтому вашей основной задачей является формирование у пациента убежденности в том, что он способен измениться, дать надежду и уверенность в

собственных силах и вселить оптимизм. Стоит отметить, что ваша вера в способность пациента измениться в значительной степени обеспечивает положительный результат.

Раннее выявление степени приверженности лечению у конкретного пациента поможет врачу сориентироваться и определить направления, по которым нужно работать с пациентом кроме назначения лекарственной терапии. Оценка приверженности и ее контроль в течение длительного времени наблюдения и лечения пациента позволит уменьшить частоту рецидивов, улучшить качество жизни пациента.

Отсутствие приверженности к лечению может быть обусловлено психологическим статусом пациента - тревогой и депрессией, сопровождающей процесс адаптации к диагнозу.

Улучшение состояния пациента в течение курса лечения рассматривается как фактор риска прекращения приема противотуберкулезных препаратов. Наиболее склонны прерывать терапию пациенты, принадлежащие к следующим группам риска:

- Лица с алкогольной и наркотической зависимостью;
- Не имеющие постоянного места проживания;
- С сопутствующей ВИЧ - инфекцией;
- Лица, страдающие психическим расстройством, коморбидным с ТБ;
- Подростки, для которых «выздоровел» равнозначно отсутствию симптомов;
- Лица с рядом психологических особенностей: импульсивные, несдержанные, раздражительные;
- Лица из внешне благополучных семей, с высоким уровнем самостигматизации;
- Лица с криминальным прошлым и настоящим, желающие как можно быстрее вернуть свой прежний социальный статус в криминальном сообществе.

ТЕМА 2.4.

Профилактика туберкулеза и гендер⁵⁹

Туберкулез является одним из основных инфекционных заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем, которые можно предупредить с помощью профилактики. Около четверти населения земного шара инфицировано туберкулезными бациллами, при этом у подавляющего большинства отсутствуют клинические проявления заболевания. Ежегодно во всем мире отмечается около 10 миллионов новых случаев туберкулеза и более 1,4 миллиона связанных с ним смертей, это сделало ТБ наиболее частой причиной смерти в результате инфекционных заболеваний. Из 10 миллионов человек, заболевших ТБ, например, в 2019 г., приблизительно у 2,9 миллиона человек - это заболевание не было диагностировано, и они не получили соответствующее качественное лечение. Кроме того, многие люди откладывают обращение за медицинской помощью в связи с этим заболеванием, или им ставят ошибочный диагноз, в следствие чего они не получают своевременное лечение.

Профилактика ТБ включает меры по снижению распространения инфекции и рисков развития заболевания у инфицированных лиц. Некоторые виды вмешательств являются частью программ по борьбе с ТБ, включая расследование контактов и выявление источников инфекции, инфекционный контроль, превентивную терапию, вакцинацию БЦЖ⁶⁰, лечение ВИЧ-инфицированных больных с применением антиретровирусной

⁵⁹ Использованы материалы: Реализация стратегии ВОЗ “Остановить туберкулёз”. Справочник для национальных программ борьбы с туберкулёзом. – ВОЗ, 2009 г.; Стандартизированный пакет вспомогательных услуг, предоставляемых на уровне местных сообществ, для улучшения результатов лечения и профилактики ТБ. Руководство для затронутых сообществ и организаций гражданского общества, а также национальных программ по борьбе с ТБ и ответственных лиц, определяющих политику в Восточной Европе и Центральной Азии. – ВОЗ, 2021 г.; Реализация стратегии ликвидации туберкулеза: основные положения. – ВОЗ, 2018 г.; Практический справочник ВОЗ по туберкулезу. Модуль 2: скрининг. Систематический скрининг на туберкулез. – ВОЗ, 2022 г.

⁶⁰ БЦЖ - противотуберкулезная вакцина Кальметта-Герена, названа по имени французских ученых, которые ее разработали (Кальметта и Герена). БЦЖ обеспечивает подростков и взрослых не очень сильной защитой от ТБ, однако поскольку эта

терапии (АРТ). С другой стороны, факторы, в значительной мере способствующие повышению риску инфицирования (например, перенаселённость) и развитию заболевания (наличие ВИЧ-инфекции, недостаточное питание, курение, диабет), зачастую находятся вне сферы компетенции системы здравоохранения, а национальные программы борьбы с туберкулёзом (НПТ) не располагают необходимыми ресурсами для противостояния воздействию этих факторов. В то же время НПТ могут сыграть важную роль в расширении информационно-разъяснительной работы, что поможет снизить степень воздействия этих факторов риска.

Национальные меры противодействия ТБ должны быть справедливыми, основанными на соблюдении прав человека, гендерно-трансформирующими и ориентированными на людей. Это означает не только предоставление качественных медицинских услуг, но и создание благоприятных и комфортных условий, обеспечивающих наличие, доступность и приемлемость качественных услуг. Это влечет за собой создание благоприятной политики и правовой среды, расширение прав и возможностей людей отстаивать свои права, а также создание механизмов, повышающих подотчетность. ТБ может затронуть кого угодно, но некоторые группы населения более уязвимы, маргинализированы, недостаточно охвачены услугами или подвержены повышенному риску, а в случае заражения ТБ имеют неравные шансы на его выявление и успешное завершение лечения. Внимание к этим группам, известным как ключевые и уязвимые группы (см. подраздел 1.2.1 настоящей публикации), должно лежать в основе любых ответных мер по борьбе с ТБ. Для охвата этих групп населения важную роль могут сыграть сообщества и представители гражданского общества. Необходимо помнить, что очень часто уровень доступа женщин к услугам по лечению и профилактике ТБ бывает ниже, чем у мужчин, а в некоторых условиях они с меньшей вероятностью могут пройти анализ мокроты.

Ориентированная на потребности людей модель оказания помощи требует вовлечения людей в разработку, внедрение, мониторинг и оценку предоставления услуг. Людям с ТБ и повышенным риском развития ТБ (ключевые группы населения) следует предоставить соответствующее обучение и поддержку для принятия ими решений о своем здоровье и благополучии, а также для участия в процессе собственного лечения. Концепция совместного участия означает, что услуги предоставляются на равной и взаимной основе специалистами, людьми, пользующимися услугами по уходу, их семьями и сообществами, к которым они принадлежат. Это подразумевает долгосрочные отношения между отдельными лицами, поставщиками медицинских услуг и системами здравоохранения, в рамках которых происходит совместный обмен информацией, принятие решений и предоставление услуг. Принцип совместного участия требует изменения роли людей с ТБ и ключевых групп с роли пассивных получателей услуг на роль вовлеченных, информированных и уполномоченных людей. Для этого необходим индивидуальный подход к предоставлению вспомогательных противотуберкулезных услуг на уровне местных сообществ, учитывающий особенности людей, затронутых ТБ, и обстоятельства, в которых они находятся.

Туберкулез – это социальное заболевание. Об этом свидетельствует неравномерное распространение ТБ в мире. Факторы риска и социальные детерминанты ТБ включают бедность, условия труда, доступ к образованию и соотношение числа мужчин и женщин. Риски и препятствия в получении противотуберкулезных услуг, связанные с гендерными факторами, принимают различные формы, затрагивая всех.

Во всем мире на долю мужчин и мальчиков приходится 64% случаев ТБ. Это означает, что на каждую инфицированную ТБ женщину или девушку приходится двое инфицированных мужчин. У мужчин также ниже вероятность выявления и регистрации ТБ,

вакцина способна предотвратить некоторые самые тяжелые формы ТБ у детей грудного возраста и детей старшего возраста, ее часто применяют для профилактики заболевания в странах с широким распространением ТБ. – см. Смена парадигмы 2016-2020. Глобальный план по ликвидации туберкулеза. - Партнерство «Стоп ТБ», 2015 г.

чем у женщин, при этом мужчины составляют 63% в структуре смертности от ТБ среди ВИЧ-отрицательных людей. Мужчины также могут быть в большей степени затронуты с точки зрения заболеваемости и смертности из-за биологических отличий, их численности среди заключенных, общепринятых мест работы мужчин (например, на строительных площадках и шахтах), а также из-за их большей склонности к употреблению психоактивных веществ или плохого отношения к сохранению собственного здоровья.

Однако то, что у мужчин бремя ТБ выше не всегда верно. Например, девочки-подростки, как правило, более восприимчивы туберкулезу, чем мальчики-подростки, а внелегочный туберкулез чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Примечательно то, что об эпидемиологии ТБ среди людей и сообществ с разнообразной гендерной самоидентификацией известно очень мало. Однако известно, что повсеместная дискриминация и стигма препятствуют доступу к услугам людей, принадлежащих к этой группе.

Хотя риски заболевания ТБ выше среди мужчин, существуют также риски, которые выше среди женщин и сообществ людей с разнообразной гендерной самоидентификацией. Кроме того, существует множество барьеров. Оценка ситуации с ТБ с точки зрения гендерной проблематики в регионе указывает на то, что препятствия для доступа к услугам, включая стигму, встречаются чаще, они являются значительными, и на них влияют патриархальные социальные нормы, которые отражены в законах, политике и влияют на экономическую независимость. Поэтому важно проводить обзор и анализ национальных и местных эпидемиологических данных по ТБ, а также информации об использовании услуг и препятствиях на пути оказания услуг, чтобы оценить гендерные аспекты, которые необходимо учитывать при оказании вспомогательных услуг.

Профилактика (стоять на страже, предотвращать) - это проведение медицинских, санитарно-технических, гигиенических и социально-экономических мероприятий, направленных на предотвращение возникновения и распространения случаев туберкулеза.

Меры профилактики туберкулеза

- Здоровый образ жизни:
 - правильное питание (достаточное употребление в пищу мяса, молочных продуктов, овощей и фруктов),
 - регулярная физическая активность,
 - полноценный отдых,
 - отказ от курения, алкоголя, наркотиков.
- Соблюдение правил личной гигиены:
 - мытье рук, посуды с использованием моющих средств и проточной воды,
 - влажная уборка и проветривание жилых помещений,
 - обязательная термическая обработка мяса и молока,
 - пользование индивидуальными гигиеническими средствами и посуды.
- Обязательная вакцинация БЦЖ при рождении и ревакцинация в 6-7 лет.
- Своевременная диагностика туберкулеза и завершение полного курса лечения.

Основные принципы борьбы с туберкулёзом:

- Каждый (заразный) больной должен быть выявлен и отправлен на лечение, чтобы стать (не заразным).
- Каждый (не заразный) больной также должен быть выявлен и отправлен на лечение, пока он не стал (заразным).
- Неинфицированные лица не должны стать инфицированными.

Виды профилактики туберкулеза

- a) социальная профилактика,
- b) санитарная профилактика,
- c) инфекционный контроль,

- d) специфическая профилактика - вакцинация и ревакцинация вакциной БЦЖ, химиопрофилактика (первичная, вторичная).

Рассмотрим, что относится к тому или другому виду профилактики туберкулеза.

а) Социальная профилактика

Организация борьбы с туберкулезом является государственной задачей и охватывает мероприятия, направленные на повышение жизненного уровня населения и снижение заболеваемости туберкулезом.

Для успешной организации противотуберкулезных мероприятий необходимо участие:

- органов государственной и местной власти,
- членов общественных организаций,
- медицинских работников разных специальностей лечебно-профилактических учреждений,
- работников санитарно-эпидемиологических станций,
- в организации борьбы с туберкулезом важная роль отводится противотуберкулезным диспансерам.

б) Санитарная профилактика

- оздоровление очагов туберкулезной инфекции (зараженное окружение),
- санитарный и ветеринарный надзор,
- санитарно-просветительная работа,
- раннее выявление, изоляция и лечение впервые выявленных больных туберкулезом и с рецидивом.

Важным разделом санитарной профилактики есть допуск к работе лиц больных туберкулезом, есть целый ряд профессий, при которых больные активным туберкулезом не могут допускаться к работе по эпидемиологическим показателям.

Что является зараженным окружением?

- жилье, в котором проживает больной с активной формой туберкулеза, выделяющий микобактерии туберкулеза (МБТ),
- закрытые места длительного скопления больных, выделяющих МБТ,
- отделения туберкулезных больниц,
- лаборатории, работающие с мокротой и пункты сбора мокроты,
- ингалятории, секционные залы, операционные,
- бронхологические и рентгенологические кабинеты.

Санитарно-просветительная работа - массовая пропаганда знаний среди населения:

- информации о ранних признаках туберкулеза,
- здоровом образе жизни,
- правилах личной и общественной гигиены,
- путях заражения туберкулезом,
- своевременной диагностике туберкулеза,
- эффективности противотуберкулезной вакцинации и ревакцинации,
- своевременных профилактических осмотрах (флюорографическое обследование).

К формам и методам санитарно-просветительной работы относятся конференции для больных, газеты, радио, телевидение и т.д.

с) Инфекционный контроль

- предупреждение передачи инфекции заражения здоровых лиц суперинфекцией больных туберкулезом,

- назокомиальное (внутрибольничное) заражение. Основной задачей является снизить риск распространения инфекции среди персонала и пациентов

Опасность инфицирования зависит от:

- массивности бактериовыделения,
- продолжительности контакта,
- близости контакта и объема помещения, в котором происходит контакт,
- концентрации инфекционного аэрозоля в воздухе,
- состояния защитных сил организма,
- особенно опасен длительный контакт в пределах небольшого замкнутого пространства, при отсутствии достаточной вентиляции

Одним из уровней инфекционного контроля является административный контроль, который представляет собой ряд мероприятий и правил, направленных на уменьшение опасности инфицирования медицинских работников и пациентов, и направлен на:

- предотвращение распространения инфекции из «загрязненных» помещений в «чистые зоны»,
- контроль за состоянием воздуха закрытых помещений, направленный на снижение концентрации инфекционного аэрозоля в воздухе,
- индивидуальную защиту органов дыхания медицинских работников,
- соблюдение личной гигиены больными.

d) Специфическая профилактика

- проведение вакцинации (БЦЖ, БЦЖ-М),
- проведение химиопрофилактики.

Бедность относится к значимым факторам, влияющим на распространение ТБ. Теснота, грязь и плохая вентиляция в жилых домах и рабочих помещениях являются факторами непосредственного риска передачи ТБ. Неполющенное питание является важным фактором риска развития активной формы заболевания. Бедность также связана с недостаточными общими знаниями в области здравоохранения и отсутствием возможностей для принятия мер в соответствии с такими знаниями. Это может привести к воздействию таких факторов риска ТБ, как ВИЧ, курение табака и злоупотребление алкоголем. Борьба с бедностью снижает вероятность передачи ТБ и прогрессирования активной формы заболевания у инфицированных лиц, а также помогает улучшить доступ к услугам здравоохранения и обеспечить соблюдение рекомендованного лечебного режима. Воздействие на основные факторы, влияющие на ухудшение показателей здоровья населения, путем применения принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях позволят повысить эффективность лечения и профилактики ТБ. Необходимые стратегии в области социальной защиты, экономики и здравоохранения включают следующее:

- реализация общих стратегий, направленных на сокращение бедности и расширение мер социальной защиты;
- борьба с нехваткой продовольствия;
- улучшение жилищных условий, включая условия содержания в исправительных учреждениях и прочих местах скопления людей;
- улучшение условий окружающей среды и труда, включая сокращение воздействия силикатной пыли и снижение степени загрязнения воздуха в помещениях;
- разрешение социальных и финансовых проблем, а также улучшение состояния здоровья мигрантов;
- популяризация здорового питания и образа жизни, включая борьбу с курением табака, злоупотреблением алкоголем и наркотическими веществами.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ И РЕКОМЕНДУЕМЫЕ

ИСТОЧНИКИ И ЛИТЕРАТУРА К МОДУЛЮ 2:

1. Гендерная специфика в системе мер по снижению риска стихийных бедствий в государствах Европы и Центральной Азии Практическое руководство для проведения семинаров. – ПРООН, ООН-Женщины - структура ООН по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин.
2. Здоровье и благополучие женщин в Европе: не только высокая продолжительность жизни. - ВОЗ, 2020 г.
3. Информационная записка. Туберкулез. Период выделения средств 2023-2025 гг. - Глобальный Фонд, 2022 г.
4. Клиническое руководство по психологическому сопровождению лиц, страдающих туберкулезом. – МЗ КР, Национальный центр фтизиатрии КР. Бишкек, 2018 г.
5. Обеспечение учета гендерных данных в информационных системах здравоохранения: проблемы, возможности и примеры передовой практики. - ВОЗ, 2021 г.
6. Обзор Пекин+25: Гендерное равенство и расширение прав и возможностей женщин в странах СПЕКА. - ESCAP, 2020 г.
7. От гендерно-чувствительных услуг до гендерного равенства. Информация для сотрудников ВИЧ-сервисных НПО. - МБФ «Альянс общественного здоровья, 2016 г.
8. Практическое руководство по внедрению гендерных подходов. - ПРООН, 2005 г.
9. Практическое руководство по внедрению гендерного подхода. Часть II. Обзор по секторам. - ПРООН, 2014 г.
10. Практический справочник ВОЗ по туберкулезу. Модуль 2: скрининг. Систематический скрининг на туберкулез. – ВОЗ, 2022 г.
11. Прогресс в достижении глобальных целевых ориентиров в борьбе с туберкулезом и осуществлении положений Политической декларации ООН по туберкулезу. Обзор. - ВОЗ, 2021 г.
12. Разработка гендерной статистики: практическое пособие. Справочное руководство для обучения статистиков, подготовленное целевой группой ЕЭК ООН по гендерной статистике с участием различных экспертов. - ООН, Женева, 2010 г.
13. Реализация стратегии ВОЗ “Остановить туберкулёз”. Справочник для национальных программ борьбы с туберкулёзом. - ВОЗ, 2009 г.
14. Реализация стратегии ликвидации туберкулеза: основные положения. - ВОЗ, 2018 г.
15. Руководство по соблюдению этических принципов при реализации Стратегии по ликвидации ТБ. - ВОЗ, 2017 г.
16. Саманта Соколовски. Оценка гендерных вопросов в Кыргызстане. – 2016 г.
17. Сборник руководящих принципов и стандартов ВОЗ: обеспечение оптимального оказания медицинских услуг пациентам с туберкулезом. Второе издание. – ВОЗ, 2018.
18. Сборник «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики» - <http://cez.med.kg/здоровье-населения-и-деятельность-оз/>.
19. Смена парадигмы 2016-2020. Глобальный план по ликвидации туберкулеза. - Партнерство «Стоп ТБ», 2015 г.
20. Стандартизированный пакет вспомогательных услуг, предоставляемых на уровне местных сообществ, для улучшения результатов лечения и профилактики ТБ. Руководство для затронутых сообществ и организаций гражданского общества, а также национальных программ по борьбе с ТБ и ответственных лиц, определяющих политику в Восточной Европе и Центральной Азии. - ВОЗ, 2021 г.
21. Статистический сборник «Здоровье населения и здравоохранение в КР» - <http://www.stat.kg/ru/search/?news=1&pages=1&publications=1&statistics=1&vacancy=0&opendata=1&query=туберкулез>

МОДУЛЬ 3. ПРИНЦИПЫ И АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ И РАБОТЫ С ЛИЦАМИ, ЗАТРОНУТЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

ТЕМА 3.1. Этические принципы оказания помощи лицам, затронутым ТБ и контроля распространения заболевания⁶¹

В подавляющем большинстве случаев ТБ затрагивает маргинализированных людей с низким социально-экономическим статусом. В связи с этим ликвидация ТБ не должна ограничиваться только биомедицинскими вмешательствами. Для борьбы с ТБ необходимо учитывать лежащие в основе возникновения заболевания социальные, экономические и политические условия, которые приводят к инфицированию и болезни и, кроме того, не позволяют затронутым ТБ людям в полной мере воспользоваться существующими эффективными мерами, включая современную диагностику и лекарственную терапию. Три основных компонента Стратегии по ликвидации ТБ направлены на:

- предоставление ориентированных на пациента профилактики, диагностики, лечения и ухода (первый компонент);
- организацию надежных поддерживающих систем, в том числе систем, уменьшающих обнищание за счет недопущения катастрофических расходов на ТБ (второй компонент);
- повышение качества, количества и актуальности научных исследований (третий компонент).

⁶¹ Руководство по соблюдению этических принципов при реализации Стратегии по ликвидации ТБ. - ВОЗ, 2017 г.

Кроме того, одним из ключевых принципов Стратегии по ликвидации ТБ является защита и соблюдение прав человека, этических норм и принципов справедливости. Принцип социальной справедливости согласуется со всеми тремя основными компонентами стратегии и, следовательно, может быть центром внимания при решении сложных этических проблем, возникающих при оказании помощи при ТБ и контроле распространения заболевания. Этические принципы и ценности лежат в основе Стратегии по ликвидации ТБ.

Всеобъемлющая стратегия борьбы с ТБ должна быть направлена на защиту отдельных людей и общин, обеспечивая надлежащее лечение лиц с активной и латентной инфекцией и предупреждая возникновение новых случаев инфицирования. Это возможно при наличии эффективной программы лечения и контроля распространения ТБ, а также при использовании таких мер, как инфекционный контроль, вакцинация, скрининг населения и улучшение социально-экономических факторов, которые, как известно, повышают риск заражения ТБ. Для достижения этих целей необходимы скоординированные действия по созданию для всех членов общины таких условий, в которых они были бы защищены от вреда с помощью адекватных мер в области общественного здравоохранения.

Не все из описанных ниже принципов и ценностей применимы в любой ситуации, но в соответствующих обстоятельствах все они важны и требуют защиты и содействия. Принятие решений о том, какие принципы и ценности являются значимыми и как их можно использовать для формулировки соответствующих обязательств, должно опираться на здравый смысл.

- **Равенство.** Права всех людей, их интересы и благополучие должны быть защищены в одинаковой степени. Обеспечение равенства требует, чтобы ресурсы, необходимые для борьбы с ТБ, распределялись в соответствии с потребностями. При этом необходимо не только бороться с болезнью, но и стараться уделять как можно больше внимания основным социальным и экономическим факторам, способствующим распространению ТБ.

- **Всеобщее благо.** ТБ угрожает не только здоровью затронутого болезнью человека, но и здоровью всего населения. Поэтому устранение или снижение угрозы ТБ в обществе является благом для всех без исключения. Страны с сильными службами общественного здравоохранения, эффективно противодействующими ТБ, приносят пользу всем людям, как в международном масштабе, так и на местном уровне.

- **Солидарность.** Это понятие отражает социальные отношения между людьми. Солидарность - это объединение в группу или сообщество на национальном или международном уровне, в частности, социально, политически или экономически маргинализированных людей. О солидарности часто говорят, обсуждая, как государства-члены могут защитить интересы маргинальных групп населения своих стран. ТБ повышает риски вреда для всего населения, но особенно для маргинализированных популяций. Частично эти риски могут быть снижены там, где сильные связи внутри сообщества обеспечивают совместные действия, направленные на реализацию Стратегии по ликвидации ТБ и решение проблемы социальных детерминант ТБ.

- **Взаимность.** Это идея о возвращении добра тому, от кого мы (отдельные люди или общество) его получили, и снижении бремени, лежащего на лицах, которым был причинен вред, или находящихся в неблагоприятных условиях, даже если их невыгодное положение оправдано. Два известных примера взаимности в контексте борьбы с ТБ – это обеспечение должной защиты работникам здравоохранения, подвергающимся риску заражения при лечении больных, и поддержка пациентов, добровольно увеличивающих свое бремя для блага окружающих (например, пациентов, находящихся в респираторной изоляции).

- **Принцип вреда.** Утверждение, что люди свободны в своих действиях, в том числе вольны причинять себе ущерб до того момента, пока они не вредят другим, не согласным на это людям. Именно принцип вреда в конечном счете оправдывает изоляцию и принудительную изоляцию в процессе лечения ТБ, так как пациент с ТБ может, к сожалению, служить источником распространения инфекции. Крайне важно отметить, что применение принципа вреда при лечении ТБ должно сопровождаться соблюдением других этических ценностей, особенно, взаимности и солидарности.

- **Доверие и прозрачность.** Эти две взаимосвязанные ценности подразумевают открытый характер общения и принятия решений на всех уровнях и в рамках справедливого процесса. Принятые решения должны быть ответственными, содержащими достаточную информацию и основанными на фактических данных (когда такие данные имеются), чтобы завоевать доверие всех соответствующих заинтересованных сторон.

- **Обязанность проявлять заботу.** Все медицинские работники обязаны проявлять заботу о лицах с ТБ, а также заботиться о благополучии семьи пациента. Однако работники здравоохранения должны чувствовать себя в безопасности на своих рабочих местах, а их благополучие должно быть защищено. Это означает, что органы общественного здравоохранения несут ответственность за предоставление медикам безопасных условий труда, а также юридической защиты, соответствующего обучения и поддержки, должным образом оборудованных помещений и качественных и регулярных поставок всего необходимого.

- **Действенность.** Понятие действенности означает обязательство не делать того, что совершенно очевидно не работает или приводит к негативным непредвиденным последствиям, а также позитивное обязательство по осуществлению мер, которые, как доказано, или как можно с вескими основаниями предполагать, приведут к успеху.

- **Эффективность.** Использование ограниченных ресурсов с наибольшей продуктивностью. Для обеспечения эффективности программ борьбы с ТБ требуются постоянные мониторинг, надзор и научные исследования.

- **Пропорциональность.** Любые реакции на потенциально вредные действия пациентов или системы здравоохранения (например, отказ пациентов соблюдать режим лечения или их отказ подвергаться изоляции, а также отмена не слишком значимой социальной поддержки пациентов со стороны правительства) должны быть соразмерны самой угрозе вреда. Реакция не должна выходить за рамки того, что необходимо сделать для получения результата, нужного пациентам и системе здравоохранения.

- **Участие и вовлеченность сообщества.** Для успешной ликвидации ТБ очень важно использовать местные ресурсы. Помощь больным ТБ следует предоставлять с учетом местных обычаев и норм, принятых в общинах, чтобы продемонстрировать уважение к членам сообществ и за счет повышения доверия обеспечить наибольшую вероятность успеха. Общество в целом должно иметь представление о том, какие усилия прикладываются для того, чтобы помощь больным ТБ в отдельных общинах осуществлялась в соответствии с местными обычаями и ценностями. Поэтому национальные программы борьбы с ТБ и расширенное сообщество заинтересованных лиц должны рассматривать в качестве приоритетных задач вовлечение местных сообществ и отдельных лиц, страдающих от ТБ, в развертывание национальной политики по борьбе с ТБ.

- **Уважение и достоинство.** Эти понятия взаимосвязаны и отражают мысль о том, что все люди заслуживают одинаковой заботы и внимания на протяжении всей своей жизни. Также имеется в виду, что уважительное отношение к людям должно быть самоцелью, а не служить для пользы или блага других. Равное отношение к людям как самоцель не означает, что каждый должен воспользоваться одинаковой долей ресурсов. Ресурсы могут распределяться на основе разнообразных и этически значимых критериев (таких как потребности, полезность и т. д.). Главное, что люди не должны быть субъектом

предубеждения, дискриминации и стигматизации из-за своих убеждений, образа жизни или обстоятельств (включая среди прочих такие факторы, как статус заболевания, религия, раса, пол или сексуальная ориентация).

- **Автономия.** В контексте Стратегии по ликвидации ТБ автономию можно определить, как гарантирование человеку права принимать решения относительно собственной жизни и, в том числе, относительно здоровья. Хотя автономию нельзя назвать единственной важной ценностью, и она не всегда является приоритетной, ее необходимо тщательно рассматривать при обсуждении этических принципов политики, направленной на борьбу с ТБ. Например, уважение автономии пациентов с ТБ означает, что они, как правило, должны иметь право выбирать место получения соответствующих услуг.

- **Неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность.** Важно сохранять конфиденциальность всей личной информации людей с уже поставленным диагнозом ТБ или проходящих исследования на ТБ с учетом необходимого функционирования программы борьбы с ТБ или ее компонента в рамках общественного здравоохранения. Кроме того, сохранение в тайне ТБ-статуса поможет бороться со стигматизацией, которая все еще связана с этим заболеванием, и позволит обеспечить доверие пациентов и их общин.

В первом компоненте Стратегии по ликвидации ТБ указано на принятие подхода, ориентированного на пациента, когда «пациенты находятся в центре внимания при оказании услуг». Подход, ориентированный на пациента, признает, что непосредственным бенефициаром лечения ТБ является больной человек, и что в связи с этим стратегии должны разрабатываться с учетом прав и благополучия человека. Например, пациенты с ТБ имеют право на консультации и лечение, соответствующие международным стандартам качества и лучшей практике, право быть свободными от стигматизации и дискриминации, право иметь доступ к сетям взаимной поддержки, а также право извлекать пользу за счет ответственного представительства. Подход, ориентированный на пациента, следует интерпретировать и понимать, как сопоставимый с другими ценностями и принципами общественного здравоохранения. Одинаково важно учитывать интересы тех, кто болен и не получает помощи (например, людей с еще не поставленным диагнозом); членов семей и лиц, контактирующих с пациентами, которые подвергаются повышенному риску инфицирования и уже понесли социальный ущерб от ТБ (например, дети, чьи родители больше не могут содержать семью); а также все члены общины, подвергающиеся рискам из-за отсутствия диагностики и адекватного лечения лиц с ТБ.

Стратегия ВОЗ по ликвидации туберкулеза полностью вписывается в рамки целей устойчивого развития. Обе стратегии требуют должного внимания к справедливости, правам человека и этике. Фактически, принцип «защита прав человека, этика и справедливость» является одним из четырех ключевых принципов стратегии ВОЗ по ликвидации ТБ. Повестка дня ЦУР сама по себе вдохновлена простым девизом: «не оставить никого без внимания». Соблюдать эти принципы на местах не всегда легко, поскольку при реализации стратегии пациенты, общины, работники здравоохранения и другие, заинтересованные в ликвидации ТБ стороны сталкиваются с конфликтами и даже этическими дилеммами. Но несмотря на это, а также, учитывая, что во всем мире ТБ широко распространен среди наиболее уязвимых и маргинализированных групп населения необходимо обеспечить, чтобы эти основополагающие принципы направляли реализацию стратегии ВОЗ по ликвидации ТБ.

ТЕМА 3.2.

Гендерные аспекты общественного участия в программах по предотвращению туберкулеза⁶²

⁶² Использованы материалы: Практическое руководство по внедрению гендерного подхода. Часть II. Обзор по секторам. - ПРООН, 2014 г.; Кыргызстан. Среднесрочная оценка. Инициатива Глобального фонда «Разрушить барьеры». - Женева, 2021 г.

Включение гендерного подхода в области здоровья направлено на выявление, анализ и воздействие на неравенство, возникающее по причине принадлежности к тому или иному полу, и особенно в связи с неравным распределением власти между полами. Такого рода неравенство может создавать, поддерживать или обострять факторы риска для здоровья и благополучия. Оно также влияет на доступ к ресурсам и контроль над ними, процесс принятия решений и образование, которые способствуют защите и укреплению здоровья.

Количество документальных свидетельств существования сложных связей между половой принадлежностью и здоровьем человека растет. Например, было доказано, что мужчины и женщины совершенно по-разному реагируют на стресс и симптомы психического расстройства. Мужчины, под влиянием традиционных представлений о настоящей мужественности, неохотно обращаются за профессиональной помощью в случае депрессии или тревоги, вместо этого они прибегают к таким антисоциальным методам борьбы со стрессами как алкоголь или даже самоубийство. Женщины, как правило, принимают профилактические меры, в то время как мужчины обращаются за медицинской помощью только в случае болезни. Гендерный анализ проблемы женского здоровья подчеркивает необходимость целостного подхода, включающего самоуважение, личную независимость, свободу от насилия и возможность сексуального выбора.

Воздействие на благополучие оказывают также экономические факторы, включая, безусловно, и бедность. Гендерные роли и гендерное неравенство взаимодействуют с прочими социальными и экономическими переменными, что определяет различия в уровне заболеваемости и в доступе к информации о здоровье, уходе и услугах. Поскольку женщины чаще чем мужчины сталкиваются с угрозой нищеты, это негативно сказывается на их здоровье и может привести к повышению заболеваемости. Воздействие на здоровье факторов, основанных на взаимозависимости между бедностью и различием в социальном положении мужчин и женщин, наиболее очевидно в таких вопросах как сверхурочная работа и вредные условия работы, а также недоедание. Бедность и гендерное неравенство теснейшим образом связаны с психическим здоровьем, уязвимостью перед насилием и общественным осуждением, вызванным тем или иным заболеванием. Более того, определенные формы недомоганий могут привести женщину к социальной изоляции и последующей нищете, таким образом, важно понимать, что слабое здоровье и бедность образуют замкнутый круг.

Гендерное различие в социальных ролях и ответственности часто означает, что мужчины и женщины проводят свою профессиональную и личную жизнь в разных условиях, что в свою очередь приводит к столкновению с разного рода рисками, связанными с окружающей средой.

Биологические причины заболевания могут быть различными для мужчин и женщин; общество может по-разному реагировать на нездоровье мужчин и женщин; женщины и мужчины могут по-разному реагировать на лечение; у них может быть различный доступ к услугам здравоохранения и/или к ним по-разному могут относиться те, кто оказывает услуги здравоохранения. Некоторые заболевания характерны только для мужчин или только для женщин, например, заболевания, связанные с репродуктивной функцией и половыми органами. Другие заболевания, такие как заболевания сердечно-сосудистой системы и остеопорозы, в разной степени воздействуют на мужчин и женщин в силу биологических и физиологических факторов.

В 2017 году Глобальный фонд выступил с инициативой «Разрушить барьеры» (ИРБ), чтобы помочь 20 странам, включая Кыргызстан, осуществить комплексные программы по устранению барьеров в области прав человека для доступа к услугам в сфере ВИЧ, туберкулеза и малярии. В мае - декабре 2020 года по поручению Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в Кыргызстане была проведена среднесрочная оценка, чтобы: (1) оценить прогресс в осуществлении комплексных программ по устранению связанных с правами человека барьеров, препятствующих доступу к услугам в связи с ВИЧ и ТБ; (2) описать новые данные, свидетельствующие о воздействии этих программ; и (3) обосновать будущие инвестиции, направленные на достижение этой цели.

В результате проведенной оценки был сделан вывод, что учет гендерных аспектов в программах по туберкулезу остается на низком уровне. Большое внимание уделяется доставке современных противотуберкулезных препаратов в Кыргызстан и обучению медицинских работников использованию этих лекарств, при этом меньше внимания уделяется барьерам в области прав человека, которые могут препятствовать доступу к услугам. Ниже приведены некоторые выводы проведенной в Кыргызстане среднесрочной оценки:

Интеграция гендерных аспектов (или учет гендерной проблематики) является процессом оценки последствий для женщин, мужчин и других лиц в результате любых запланированных действий, включая законодательство, политику и программы, во всех областях и на всех уровнях. Данная стратегия призвана сделать интересы и опыт женщин и мужчин неотъемлемым аспектом разработки, осуществления, мониторинга и оценки политики и программ, чтобы обеспечить извлечение ими равной пользы и искоренить неравенство.

Хотя часто основное внимание уделяется учету и отражению мнений женщин в рамках запланированных действий, надлежащая интеграция гендерных аспектов требует того, чтобы также учитывались мнения мужчин и других лиц. Это требует проведения анализа того, как гендерные вопросы влияют на права каждого человека.

Сокращение стигматизации и дискриминации

В этой области был достигнут некоторый ограниченный прогресс, при этом рекомендации, сделанные по итогам исходной оценки, применялись на практике с разной степенью успеха. С 2016 по 2019 год Агентство США по международному развитию (АМР США), оказало помощь Красному Полумесяцу в Кыргызстане и организации «Альтернатива в наркологии», чтобы охватить в общей сложности 588 711 человек просветительскими мероприятиями, направленными на повышение осведомленности населения по вопросам туберкулеза и на борьбу со стигматизацией и дискриминацией в отношении больных туберкулезом в сообществах. Сеть «ТВ People» в Кыргызстане, созданная в декабре 2018 года при поддержке ассоциации «Партнерская сеть», работает с людьми из уязвимых групп населения в целях распространения информации о туберкулезе для борьбы со стигматизирующими мифами. В 2019 году АМР США приступило к осуществлению пятилетнего проекта по расширению доступа к диагностике и лечению МЛУ-ТБ⁶³, который включает подготовку фтизиатров по вопросам борьбы со стигматизацией, уважения прав человека и повышения осведомленности населения в целом и уязвимых групп населения по вопросам борьбы со стигматизацией.

Организации гражданского общества уделяли приоритетное внимание сотрудничеству с имамами в целях уменьшения стигматизации и дискриминации в связи с туберкулезом среди религиозных людей. Сеть «ТВ People» в Кыргызстане работает с медресе и исламскими центрами по распространению брошюр с информацией о

⁶³ МЛУ-ТБ - Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью. Форма туберкулеза, устойчивая по крайней мере к двум противотуберкулезным лекарственным средствам (ПТЛС), изониазиду и рифампицину, двум наиболее эффективным антибиотикам для лечения туберкулеза.

туберкулезе. В период с 2017 по 2020 год около 2000 священнослужителей посетили информационные семинары или получили письменную информацию о туберкулезе, в результате чего они призвали своих прихожан пройти тестирование на туберкулез и лечение туберкулеза.

Организации гражданского общества и органы здравоохранения периодически организовывали общественные просветительские кампании, такие как День борьбы с туберкулезом, для информирования широкой общественности по вопросам, касающимся туберкулеза и сокращения стигматизации, часто с участием религиозных лидеров и знаменитостей.

Организации гражданского общества выступили также за повышение качества и степени дезагрегированности по признаку пола статистических данных по туберкулезу и данных исследований. Это направление адвокационной деятельности обещает принести более высокие результаты в реформировании противотуберкулезной службы, включая сбор и анализ данных.

Значительно расширился мониторинг стигматизации и дискриминации в области предоставления услуг в связи с туберкулезом. Исследование индекса стигматизации в связи с ВИЧ, проведенное в 2019-2020 годах, включало в себя вопросы, связанные со стигматизацией и дискриминацией при оказании услуг по туберкулезу. Несколько организаций гражданского общества, в том числе Сеть «TB People» в Кыргызстане, регулярно проводили мониторинг стигматизации и дискриминации при оказании услуг по туберкулезу, в том числе с помощью веб-платформ, таких как PEREBOI.KG, OneImpact и ReACT.

Мониторинг и реформирование политики, правил и законов в сфере туберкулеза

Мониторинговая деятельность гражданского общества и ключевых групп населения расширялась по мере того, как сети ключевых групп населения, уличные адвокаты и Сеть «TB People» в Кыргызстане становились более активными. Внедрение таких инструментов мониторинга, как платформы REACT и OneImpact, ускоряет расширение мониторинга. Результатом адвокационной работы гражданского общества стало распоряжение министерства здравоохранения о привлечении НПО к мониторингу качества услуг по туберкулезу, закупки лекарств и соблюдения прав человека. Министерство создало также в центрах по борьбе с туберкулезом попечительские советы, которые передают результаты мониторинга, осуществляемого сообществами, администраторам здравоохранения, отвечающим за корректировку методов оказания медицинской помощи в целях более полного удовлетворения потребностей пациентов, в том числе людей из ключевых затронутых групп населения.

Партнерство «Остановить ТБ» разработало OneImpact - мобильное приложение для CLM. Оно позволяет людям, затронутым ТБ, осуществлять мониторинг, создавать отчеты и практическую информацию о своем опыте относительно ТБ, в т.ч. о барьерах в доступе к медицинским услугам. Это приложение позволяет легко фиксировать и сообщать о нарушениях прав человека, стигматизации в связи с ТБ, барьерах в доступе к медицинским услугам и услугам поддержки при ТБ. В зависимости от того, как собирается демографическая информация пользователей, данные об этих барьерах могут быть представлены с разбивкой по гендеру, возрасту и принадлежности к ключевым группам. Система может быть привязана к адвокации и программам, чтобы обеспечить быструю реакцию на сообщения о проблемах.

Ведущийся силами сообществ мониторинг услуг по ТБ и барьеров в доступе к услугам может быть эффективным способом мобилизации и расширения прав и возможностей

затронутых сообществ, открывая им дорогу к участию в формировании противотуберкулезных мер, основанных на соблюдении прав человека.

Сокращение дискриминации в связи с туберкулезом в отношении женщин

В 2020 году может Кыргызская коалиция для борьбы с туберкулезом и Партнерство «Остановить туберкулез» провели оценку барьеров в области прав человека, гендерного равенства, стигматизации и дискриминации, препятствующих доступу к услугам в связи с туберкулезом в Кыргызстане; в результате оценки был сделан вывод о том, что женщины с туберкулезом подвергаются физическому, эмоциональному и сексуальному насилию из-за туберкулеза. Женщины откладывают диагностику, считая ее дорогостоящей с учетом того, что мужчины часто являются единственным кормильцем семьи. Женщины, живущие с туберкулезом, имели ограниченные знания о передаче туберкулеза и ограниченные возможности принимать решения в семье. В результате женщины чаще подвержены самостигматизации из-за туберкулеза. В ходе лечения лекарственно устойчивого туберкулеза беременным женщинам рекомендуется прерывать беременность.

АМР США оказывало поддержку в организации тренингов для медицинских работников совместно с Обществом Красного Полумесяца и Республиканским центром укрепления здоровья по новым подходам к ведению пациентов и психосоциальному консультированию, помогая пациентам избегать дискриминации, справляться с ней, получать доступ к лечению и соблюдать режим лечения. Гендерные аспекты были включены в руководство, разработанное по заказу АМР США для проведения тренингов по вопросам борьбы с туберкулезом среди населения, а также в руководство по психосоциальной поддержке пациентов с туберкулезом для обеспечения того, чтобы пациенты мужского и женского пола получали психологическую поддержку с учетом их конкретных потребностей. АМР США сообщило, что в общей сложности 664 человека из числа членов сельских комитетов здравоохранения, учителей, студентов и других активистов прошли подготовку по использованию этого руководства; обучение навыкам психосоциального консультирования в сфере туберкулеза с учетом гендерных аспектов прошли в целом 160 медицинских работников первичной медико-санитарной помощи (65 врачей и 95 медсестер). АМР США оказывало также помощь в проведении учебных занятий для групп поддержки пациентов с туберкулезом по вопросам гендерной справедливости.

АМР США установило также партнерские отношения с лидерами общин в религиозных школах, мечетях, больницах и участвовало в собраниях сообществ, чтобы донести до людей позитивные идеи, учитывающие различные проблемы мужчин и женщин. Например, во Всемирный день борьбы против туберкулеза в хутбе (проповеди) в 1770 мечетях по всей стране подчеркивалась важность лечения туберкулеза и недопущение стигматизации женщин, больных туберкулезом. Поддержка лидеров исламской общины важна для женщин, живущих с туберкулезом, особенно для женщин из религиозных семей. Один из ключевых информантов сообщил, что в некоторых случаях женщины, исповедующие ислам, не принимают услуги ДOTS⁶⁴ от нерелигиозных лиц, за исключением лиц из Сети «TV People» в Кыргызстане.

Мобилизация и расширение прав и возможностей групп пациентов и групп сообществ

Среднесрочная оценка выявила ряд малых инициатив по мобилизации и расширению прав и возможностей групп пациентов и групп сообществ в сфере туберкулеза. Организации и сети по борьбе против ВИЧ оказывали поддержку и наставническую помощь людям, затронутым туберкулезом, чтобы содействовать формированию групп гражданского общества, работающих над удовлетворением потребностей людей, живущих с туберкулезом. В конце 2018 года Сеть «TV People» в Кыргызстане была зарегистрирована

⁶⁴ DOTS - это «лечение под непосредственным контролем коротким курсом». В настоящее время DOTS является наиболее эффективной из всех существующих ныне стратегий борьбы с эпидемией туберкулеза.

с мандатом на объединение и поддержку людей с туберкулезом. Работа уличных адвокатов непосредственно с сообществами, затронутыми туберкулезом, и создание платформы OneImpact в Кыргызстане в 2019 году предоставляют людям с туберкулезом дополнительную платформу – «ReACT-другая» – для сообщения о стигматизации, дискриминации и других нарушениях прав человека. Организации, занимающиеся оказанием услуг по ВИЧ, и сети ключевых групп населения сотрудничали с отделениями Фонда медицинского страхования в целях расширения доступа к услугам без задержек и дискриминации. В 2019 году Национальный центр фтизиатрии и его филиалы в каждой области начали процесс создания попечительских советов, которые состоят из представителей гражданского общества и людей, живущих с туберкулезом, с мандатом на рассмотрение жалоб, касающихся медицинских услуг.

Организации гражданского общества, в частности организации сообществ, являются факторами общественного содействия ответу на ТБ. Сообщества должны быть в центре разработки и реализации программ по устранению связанных с правами человека барьеров. Значимое участие сообществ и людей, затронутых ТБ, является неотъемлемой составляющей доступной и уважительной помощи при ТБ.

ТЕМА 3.3.

Место обучающих мероприятий в работе с пациентами и сообществами, затронутыми туберкулезом⁶⁵

Тренинг - это передача знаний, необходимых человеку или команде в настоящий момент или в ближайшем будущем. Тренинг - одна из самых распространенных форм обучения. Тренинг стимулирует работу мозга: участники оказываются вовлеченными в дискуссии, им необходимо формулировать и отстаивать собственную точку зрения, правильно задавать вопросы и, в конечном итоге, научиться применять полученные знания на практике. Около 70% времени на тренинге отведено отработке навыков, ролевым играм, моделирующим рабочим ситуациям и их анализу. Это связано с необходимостью ввести человека в зону дискомфорта, в которой человек вынужден думать, действовать, принимать решения. Это очень отличается от лекции или семинара, на которых можно очень легко отвлечься и даже поспать.

Тренинг - это активная форма обучения и получения знаний, поэтому его не следует воспринимать как обычное занятие в школе или лекцию. Неформальную обстановку на тренинге обеспечивает тренер. Он общается на равных с участниками, он - такой же, как и все, он - часть группы.

3.3.1. Методика проведения групповых тренингов

Цели обучения

В основе любого тренинга лежат следующие базовые цели обучения:

- **получить информацию и углубить свои знания в рамках, предлагаемых в ходе тренинга тем**, например, о том, какие существуют права человека и что они означают и как результат повысить правовую грамотность целевых групп;
- **приобрести или закрепить навыки**, позволяющие слушателям, образующим целевую аудиторию, эффективно применять полученные знания и навыки на практике (в жизни);
- **научиться самоанализу, т.е. изменить или закрепить отношение к чему-либо и тем самым изменить свои поведенческие модели**, с тем, чтобы слушатели признали или подтвердили для себя необходимость защиты и поощрения своих прав.

⁶⁵ Тренинг: руководство к действию. Теория и практика. Учебное пособие. И. Куртикова, К. Лаврова, В. Ли. - СПИД Фонд Восток-Запад, Москва, 2005 г.

Роль тренера

Существенное отличие тренинга от других методов обучения состоит в том, что тренеры являются организаторами определенных групповых процессов, в результате чего группа самостоятельно анализирует различные ситуации и формулирует основные закономерности. Искусство тренера состоит в том, чтобы достичь целей, не оказывая давления на группу, но и не идя у нее на поводу. Специфика работы тренера заключается в постоянном наблюдении и оценке всего, что происходит в группе.

В процессе тренинга у тренера могут быть различные роли, например, **«модератора»** - продвигает процесс вперед и структурирует пространство, или **«фасилитатора»** - собирает опыт группы и резюмирует его.

Одна из главных задач тренера состоит в наблюдении за работой групп, фасилитировании процесса. Цели наблюдения – поддерживать, поощрять и вести группы таким образом, чтобы они стремились выполнить поставленные задачи. Важно, чтобы фасилитатор был доступен для группы и получения обратной связи в течение всего времени, отведенного для выполнения задания. Фасилитатор должен посетить группы не менее двух раз во время работы, но также важно предоставить участникам достаточно времени и возможностей для самостоятельной работы. Роль тренера заключается не в информировании группы, но поощрении участников в овладении информацией для реализации/воплощения их собственных инициатив и взаимобмене знаниями.

Тренер/фасилитатор должен действовать как гид и создавать положительную и открытую атмосферу. Это требует гибкости, чувствительности к другим точкам зрения и способности интерпретировать и удовлетворять различные потребности группы. Группам необходимо предоставить достаточно время и пространство для работы и подготовки презентации. Отчет о работе в группе может быть подготовлен в различных форматах и их комбинациях. Например, в форме выставки плакатов (флип-чартов), короткой презентации, письменного отчета, ролевой игры и т.д.

После представления отчетов фасилитатор должен обеспечить позитивную обратную связь и поощрить усилия, предпринятые группами. Наиболее плодотворно это можно сделать, отмечая удачные примеры в сообщениях, вместо того чтобы заострять внимание на ошибках и недостатках.

Выберите что-то хорошее в каждом сообщении! Это не означает, что фасилитатор и участники должны избегать рекомендаций и конструктивных идей относительно дальнейшего развития результатов групповой работы. Покажите, как Вы опираетесь на результаты, подготовленные участниками. Любая оценка тренера должна гарантировать участникам помощь в понимании приобретенных знаний. Оценивание (и поощрение) отдельных участников целесообразно проводить в терминах их вклада в групповую работу, например, отметить их активное участие, способность сотрудничать и помогать друг другу, их инициативы.

В случае, когда участники высказывают гендерно нечувствительные точки зрения, важно иметь в виду, что все имеют право на собственное мнение. Однако таким взглядам нужно бросить вызов, задавая вопросы, которые будут способствовать переосмыслению представленной точки зрения. Если предъявленные данные искажены (неверно интерпретированы), они могут быть скорректированы. Желательно при этом в подобные диалоги вовлекать других участников

Какими навыками должен обладать тренер для эффективной работы с группой?

Самым важным требованием для человека, работающего, например, в области профилактики ВИЧ/СПИДа и употребления наркотиков или по вопросам предотвращения туберкулеза, является информированность тренера (основанная на достоверных фактах и данных). Информацию можно получить в организациях, занимающихся профилактической работой в области ВИЧ/СПИДа, туберкулеза, а также на специальных семинарах/тренингах (желательно, прежде чем начинать работать с группой в роли ведущего, принять участие в занятиях в роли участника - попробовать поучиться).

Чтобы профессионально провести тренинг, тренер должен иметь опыт участия в подобных мероприятиях, хорошо понимать их суть и специфику. Помимо перечисленных требований тренер должен обладать и некоторыми другими навыками:

- **Уметь свободно общаться** с людьми разных культур, разного уровня образования, разного возраста и социального положения. Выстраивая программу семинара/тренинга, всегда учитывать возрастные, религиозные и социальные особенности группы.

- **Уметь внимательно выслушать и понять собеседника.** Умение слушать – очень ценное качество, которое помогает расположить собеседника к себе, заинтересовать как одного человека, так и группу людей. Если вы предоставите возможность собеседнику говорить, не перебивая его, и постараетесь сосредоточиться на услышанном, то можете многое узнать о мыслях и чувствах этого человека. Совсем не запрещается переспрашивать или уточнять, но делать это следует после того, как он выскажется. Собеседник должен обдумать свои слова и закончить мысль, не боясь, что его перебьют, поймут «не так» и т.п. Это умение помогает в проведении разного рода дискуссий и обсуждений.

- **Уметь наблюдать** за каждым участником и за группой в целом. Информация, полученная таким образом, очень важна для тренера. Наблюдая за участниками, можно понять, насколько их интересует рассматриваемый вопрос, какие отношения складываются в группе, насколько эффективно действует тренер и многое другое, что поможет вовремя скорректировать свои действия, изменить при необходимости программу занятия.

Более 70% информации мы получаем невербальным способом. Развитая наблюдательность - большой плюс в работе тренера.

- **Уметь активизировать** пассивных участников и занять, направить на благо группы слишком активных. Иногда пассивные участники просто не могут высказаться по причине своей застенчивости, и задача тренера состоит в том, чтобы создать обстановку, в которой застенчивый участник мог бы выразить свою точку зрения. Иногда пассивность является следствием незаинтересованности участника, неактуальности для него информации. В этой ситуации тренеру следует выяснить, какой аспект обсуждаемой проблемы наиболее интересен аудитории, и изменить программу в соответствии с полученными ответами. Встречаются и такие ситуации, когда один или несколько участников тренинга, наоборот, слишком активны, и своей активностью мешают остальным членам группы. Тренер должен уметь тактично игнорировать активность такого участника и дать возможность высказаться, поработать другим людям. «Активистам» полезно поручить индивидуальные задания.

Рекомендации для тренеров

Следует помнить о ряде важных рекомендаций:

- Расскажите участникам о том, чем им предстоит заниматься.
- Фокусируйтесь на потребностях и интересах участников. Поощряйте вопросы и обсуждение. Установите контакт с аудиторией и не теряйте его.
- Будьте откровенны. Выбирайте манеру изложения.
- Разрешайте слушателям пользоваться их письменными материалами, а также материалами, которые им были розданы перед тренингом (тем самым они научатся самостоятельно находить нормы и смогут это делать, когда после

окончания курса они вернутся к работе). Материалы, которые не использовались во время тренинга, скорее всего никогда не будут раскрыты.

Как успешно начать занятие?

- Придите заранее и проверьте оборудование, материалы для слушателей.
- Пересильте беспокойство. Ничто не может заменить подготовку.
- Будьте самим собой, используйте юмор.
- Используйте разнообразие визуальных материалов.
- Примеры и ситуации из жизни помогут при изложении.
- Сделайте ваши речевые приемы более разнообразными.
- Обращайтесь к группе, не нужно зачитывать записи.

Обучающие приемы/инструменты

- Если участник задает общий (абстрактный) или не связанный с темой тренинга вопрос, попросите его переформулировать этот вопрос и соотнести его с опытом, полученным непосредственно на тренинге.
- При работе в малых группах стремитесь формулировать задание так, чтобы оно было ориентировано на конкретный результат (продукт): «...назовите 3-5 примеров того, как... /наиболее.../ наименее».
- При работе в режиме «мозгового штурма»: от абстрактных предложений перейдите к конкретике. «Что из написанного/предложенного поможет вам на тренинге?»
- Работа с плакатами (на доске): ведущий и участники выступают (физически!) на одной стороне, ведущий в данном случае - просто инструмент. Подобный вид работы открывает равные возможности для каждого в группе; внимание перемещается с человека на список (классический инструмент разрешения конфликтов).

При возникновении сложной ситуации и недоверии к тренеру/ведущему полезно использовать следующий подход для того, чтобы разобраться с ситуацией, «не скатываясь» в нее заново: провести «мозговой штурм» по трем вопросам:

- какие ошибки были допущены тренером/ведущими?
- чему эта ситуация научила меня о групповом процессе?
- чему эта ситуация научила меня о самом себе?

Смена ритма меняет энергию в группе. Когда энергия падает, бывает полезно разбить участников на малые группы, чтобы подстегнуть энергию. При сборе результатов работы малых групп соотносите их с основными целями тренинга.

Позиция тренера

Во многом успешность тренинга зависит от того, какую позицию занимает тренер. Основная особенность тренинговых занятий заключается в том, что тренер является частью группы, он занимает равную позицию со всеми участниками, не демонстрируя ни в чем своего превосходства. Задача тренера - стать «своим» для группы, подчеркивая именно похожесть, близость участникам (совсем необязательно только по возрасту). Тренер должен напоминать участникам, что каждый человек вправе иметь собственное мнение или точку зрения, к которым следует относиться с уважением. Необязательно с ними соглашаться - можно спорить, обсуждать и т.д., но сохраняя корректность и открытость. Такое отношение создает атмосферу взаимного уважения и доверия и способствует конструктивному обсуждению проблемы. Если тренер участвует во всех упражнениях и дискуссиях, высказывает свои мысли и идеи, отнюдь не призывая принять именно его позицию, так как он тоже может ошибаться, - это помогает ему установить равные отношения с участниками.

Позиция участника

У участников могут быть разные роли и социальные позиции в группе. Широко известна классификация групповых ролей Р. Шиндлера (К. Рудестам, 2000):

- **Лидер** - побуждает группу к действиям, ведет за собой.
- **Эксперт** - имеет какие-то знания или навыки, которые вызывают уважение, анализирует информацию, высказывает собственное мнение.
- **Конформист** - пассивный участник, избегающий ответственности и стремящийся остаться незаметным. Часто во всем соглашается с лидером.
- **Аутсайдер** - отстает от группы в силу небольших способностей или страха самовыражения.
- **Оппозиционер** - участник, активно выступающий против лидера.

Роли, демонстрируемые участниками в групповом процессе, как правило, отражают реальную жизненную позицию человека. Одной из задач для многих групп является расширение ролевого диапазона участников.

3.3.2. Роль обучающих мероприятий в преодолении гендерных барьеров в работе с пациентами и сообществами, затронутыми туберкулезом⁶⁶

По данным ВОЗ здоровье человека на 50% зависит от его образа жизни, но для того, чтобы знать, каким образом поведение может повлиять на самочувствие и состояние организма, необходима информация. Информация, представленная в Интернете, весьма сложна, многокомпонентна и нередко перегружена данными, не являющимися при этом корректными и объективными.

Самый надежный и ценный источник информации - это сам врач, но, к сожалению, не всегда у специалиста есть возможность донести известный ему материал. Первая причина - отсутствие времени для полноценной коммуникации с пациентом, поскольку, к примеру, на приеме у врача по регламенту есть лишь 12-15 минут. Это, конечно же, недостаточное время для того, чтобы объективно поговорить и рассказать о проблеме. Второй и наиболее важный аспект - это в принципе отсутствие врача в жизни пациента большую часть времени и в частности в те периоды, когда у пациента возникают те или иные вопросы, касающиеся его здоровья.

Исходя из этого, в целях повышения информированности населения, очень важно вовлекать в процессы работы с людьми, затронутыми туберкулезом, организации местных сообществ, особенно представляющие группы людей с ТБ, то есть тех, кто понимает особые обстоятельства, в которых находятся люди, затронутые ТБ, - представители того же местного сообщества, люди, которые болели ТБ и завершили лечение, или группы поддержки. Они могут стать бесценным ресурсом для любой организации, обеспечивая своевременность и эффективность мероприятий по борьбе с ТБ. Услуги на уровне местных сообществ должны сопровождать людей на протяжении всего цикла оказания помощи, который включает профилактику, диагностику, лечение, купирование побочных эффектов, уход и последующее наблюдение, а также направлять людей с ТБ на получение помощи для поддержания психического здоровья, а также психосоциальной, социально-экономической поддержки для достижения успеха в лечении, в том числе для снижения стигмы и дискриминации.⁶⁷

Во многих странах оказание помощи и лечение туберкулеза в основном рассматриваются как сугубо медицинская дисциплина. Централизованная вертикальная схема маршрутизации лечения ТБ регламентирует путь пациентов от диагностики до лечения. Однако в этой модели упускается возможность охватить ключевые и уязвимые

⁶⁶ <https://evercare.ru/gendernye-osobennosti-v-otnoshenii-k-zdorovyu>

⁶⁷ Стандартизированный пакет вспомогательных услуг, предоставляемых на уровне местных сообществ, для улучшения результатов лечения и профилактики ТБ. Руководство для затронутых сообществ и организаций гражданского общества, а также национальных программ по борьбе с ТБ и ответственных лиц, определяющих политику в Восточной Европе и Центральной Азии. – ВОЗ, 2021 г.

группы населения, которые подвержены риску ТБ, решить конкретные проблемы и преодолеть препятствия, с которыми они сталкиваются, и которые могут помешать им получить доступ к услугам противотуберкулезной помощи и поддержки.

На уровне местного сообщества, могут оказываться немедицинские услуги, такие как повышение осведомленности, психосоциальная поддержка и т.д., эти услуги могут осуществляться в разных условиях и в том числе в формате обучающих мероприятий (тренингов) различными заинтересованными сторонами, такими как организации на уровне сообществ; консультанты, работающие по принципу «равный-равному»; социальные работники; члены семей; медицинский персонал. Все перечисленные лица могут выступать в качестве тренеров обучающих мероприятий.

Неотъемлемой частью мер реагирования на ТБ являются процессы, направленные на устранение барьеров в правозащитной и гендерной сферах, стигматизации, сокращения неравенства в отношении здоровья и социальной несправедливости. Одним из приоритетов в данных процессах является расширение мониторинга под руководством сообществ для сбора информации об опыте пользователей услуг, включая нарушения прав человека, стигматизацию и гендерные барьеры. Программы по устранению этих барьеров включают тренинги по программам снижения стигмы и повышения грамотности в вопросах прав, реформированию законов и политик, ограничивающих доступ к услугам или повышающих уязвимость к туберкулезу, особенно для ключевых и уязвимых групп населения, доступ к правосудию и механизм подотчетности, а также мероприятия по работе с гендерными нормами, которые могут ограничивать доступ к услугам.

Тренер может обратить внимание участников тренинга на следующий факт: причиной непонимания могут послужить различия в общении и мышлении мужчин и женщин. Принято считать, что женщинам свойственно мыслить интуитивно, а мужчинам - логически. Так, женщины чаще говорят о людях и эмоциях, а мужчины концентрируют внимание на чём-то физическом и измеримом. Эти стереотипы, естественно, касаются не всех.

Для тренера важно не разделять участников по половому признаку, а выделить особенности восприятия той или иной информации представителями разных полов.

Очень важно вовлекать в эти мероприятия людей с ТБ. Обучение должно способствовать взаимной эмпатии и уважению среди сообществ, медицинских работников и сообществ, затронутых ТБ. Усилия по сокращению стигматизации должны включать поддержку психического здоровья сообществ, а также медицинских работников. Обучение должно быть акцентировано на снижение стигмы, информирование о вопросах здоровья, важности информированного согласия, конфиденциальности и неприкосновенности частной жизни, а также других прав людей, больных ТБ и подвергающихся влиянию ТБ, и медицинской этики.

Говоря о работе с людьми, затронутыми туберкулезом, в формате обучающих мероприятий, следует отметить, что тренер из числа лиц, представляющих группы людей с ТБ, может располагать интересной и достоверной информацией по теме. Помимо этого, тренер также должен уметь работать с аудиторией, знать основы возрастной психологии, обладать навыками ведения дискуссии и т.д. Без этого его работа вряд ли будет эффективной. Результаты занятий не будут очевидны сразу же, т.е. непосредственно по окончании тренинга тренер не может оценить, насколько хорошо участники овладели той или иной информацией. Результаты будут намного позже, когда человек, прошедший обучение, окажется в ситуации, требующей применения полученных знаний и навыков. На данном этапе факт наличия в качестве тренера лица из числа людей, представляющих группы с ТБ, может способствовать дальнейшему мониторингу насколько участники тренинга овладели полученной информацией и применяют ли полученные знания и навыки в жизни.

Информация

В рамках пятилетнего проекта⁶⁸ USAID «Вылечить туберкулез» (2019-2024), направленного на оказание содействия Правительству Кыргызской Республики в улучшении диагностики и лечения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза (ЛУ-ТБ), был подготовлен итоговый отчет:

- *Оценка факторов, влияющих на поведение целевых групп при обращении за медицинской помощью и лечении туберкулеза. Формативное исследование социальных и поведенческих изменений. Итоговый отчет. - Сентябрь 2020 г. Проект USAID «Вылечить туберкулез».*

Ниже приведены основные результаты исследования.⁶⁹

1. Факторами, способствующими прохождению обследования на ТБ, являются:

самотивация и желание рассеять опасения по поводу возможного наличия или отсутствия инфекции ТБ; беспокойство по поводу заражения других членов семьи; знание о том, что лечение является эффективным; помощь в присмотре за детьми, домом, уходе за домашним скотом на время отсутствия для прохождения обследования; доступ к бесплатному обследованию, особенно когда нескольким членам семьи необходимо пройти обследование; быстрое получение результатов.

2. Барьерами в прохождении обследования на ТБ являются:

нехватка времени из-за бытовых обязанностей, ухода за детьми, работы по дому; отсутствие транспорта, стоимость транспорта и большие расстояния, в особенности для жителей сельских местностей Нарынской области; стигма и опасение, что кто-то увидит в медучреждении во время прохождения обследования и будет распускать сплетни.

3. Способствующие факторы и барьеры в начале лечения:

для поведения «начало лечения» невозможно было сравнить категории «делает» и «не делает», потому что трудно было найти людей, у которых был бы диагностирован туберкулез, но они не начали лечение. Это указывает на то, что начало лечения не является такой большой проблемой, как предполагалось изначально, поэтому оно было исключено из стратегии СПИ как ключевое поведение, представляющее интерес. Дополнительная информация по этому вопросу, собранная в фокус-группах, указывает на то, что медицинские работники хорошо работают в убеждении пациентов начать лечение сразу же после установления диагноза ТБ. Упомянутые способствующие факторы и препятствия в начале лечения были аналогичны тем, что были описаны выше для прохождения обследования.

4. Факторы, способствующие завершению лечения:

наличие личных целей и желание вылечиться; беспокойство о заражении других, особенно детей или семьи; улучшение физического или психического состояния после начала лечения; советы, информация и поддержка со стороны медработников или сотрудников НПО; удобство режима лечения, как, например, прием лекарств в домашних условиях помогает пациентам избежать ежедневных поездок в медицинские учреждения; получение некоторых стимулов (денежных или продовольственных). Некоторые пациенты отметили лечение в стационаре в качестве способствующего фактора.

5. Барьеры в завершении лечения:

нежелательные явления и трудности, связанные с приемом лекарств (глотание крупных таблеток или прием большого количества таблеток за один раз); семейные проблемы также мешают лечению (включая развод, ситуации, когда один из супругов бросает семью, наличие членов семьи с другими заболеваниями, наличие детей, за которыми необходимо присматривать, и ситуации, связанные со смертью члена семьи); алкогольная зависимость, в частности среди пациентов с ЛУ-ТБ и ЛБОМЖ; сопутствующее заболевание или травма, которая затрудняет

⁶⁸ Проект реализуется JSI Research & Training Institute, Inc. (JSI) в партнерстве с Университетской исследовательской компанией, ООО (URC). Ключевыми партнерами проекта являются Министерство здравоохранения, Национальная туберкулезная программа, Республиканский центр укрепления здоровья и массовой коммуникации и ФОМС. Реализующий консорциум также включает следующих субгрантеров: Национальное общество Красного Полумесяца, Ассоциацию сельских комитетов здоровья, Общественный фонд «ТБ Пипл в Кыргызстане» и Ассоциацию больниц КР (АБКР). Реализация проекта началась в Джалал-Абадской, Чуйской, Таласской и Нарынской областях и в последующие годы охватит Баткенскую, и Иссык-Кульскую области и города Ош и Бишкек. - <https://saksalamat.kg>

⁶⁹ Исследование проводилось с февраля по март 2020 года в Нарынской, Чуйской и Джалал-Абадской областях и г. Бишкеке. Это качественное исследование, состоящее из фокус-групповых дискуссий, полуструктурированных и структурированных интервью с применением анкет «делает/не делает». Данные были проанализированы с использованием стандартных методов качественного анализа. Ответы анкет «делает/не делает» были закодированы, занесены в таблицу и ранжированы по частоте, чтобы установить способствующие факторы и барьеры для определенного поведения.- <https://saksalamat.kg>

мобильность; неудобства, связанные с ежедневным посещением медицинских учреждений и необходимостью прохождения обследования; длительность лечения является затрудняющим фактором, в особенности для пациентов с ЛУ-ТБ. Для групп высокого риска, особенно внутренних мигрантов, людей, бывших в заключении, и лиц БОМЖ, наравне с другими факторами, характерными для общего населения, отсутствие прописки являлось значительным препятствием в получении лечения.

6. Источники поддержки:

многие респонденты назвали семью в качестве источника эмоциональной и финансовой поддержки; в каждой области многие респонденты отметили поддержку со стороны медработников; пациенты упоминали также, что получали от НПО или местных органов власти советы, поддержку и направления в другие службы.

7. Обнаруженные виды стигмы:

в результате исследования обнаружены три вида стигмы – общественная, воспринимаемая и самостигматизация – среди пациентов с ТБ и их сообществ, и вторичная стигма по отношению к медработникам, которые занимаются лечением пациентов с ТБ.

Хотя стигма или страх стигмы не являлись прямыми барьерами в прохождении обследования или завершении лечения, последствия стигмы, в частности отсутствие социальной поддержки, серьезно повлияли на качество жизни пациентов с ТБ и их семей. Являлась ли она реальной или воспринимаемой, стигма вызывала стресс и отрывала пациента и семью от обычного социального взаимодействия, что иногда имело затяжной характер и отдаляло возобновление нормальной продуктивной жизни пациента.

8. Причинно-следственный анализ стигмы показал, что страх заразиться туберкулезом от кого-либо является основной причиной стигматизации туберкулеза в Кыргызстане. Обилие дезинформации среди населения о способствующих заражению ТБ факторах подкрепляет этот страх. Факторы на уровне сообщества, вызывающие опасения в отношении ТБ, включают неправильные представления о передаче, неверие в излечимость ТБ и стереотипы о том, кто заболевает ТБ. К факторам личного уровня среди пациентов с ТБ относятся страх заразить других и социальное отторжение, которые заставляют пациентов с ТБ самоизолироваться. Все эти факторы приводят к стигматизации из-за страха заражения и страха перед навешиванием ярлыков со стороны общества. Наиболее значимые последствия стигмы включают отлучение от семьи, потерю возможности вступить в брак, а также самоизоляцию и самостигматизацию пациентов с ТБ.

9. Для групп высокого риска, особенно внутренних мигрантов, людей, бывших в заключении, и лиц БОМЖ, наравне с другими факторами, характерными для общего населения, отсутствие прописки являлось значительным препятствием в получении социальных услуг и медицинской помощи. Внутренние мигранты отмечали плохое обращение со стороны медработников из-за отсутствия прописки и иногда даже взимание платы за лечение. Группы высокого риска также упоминали о поддержке со стороны НПО. Люди без определенного места жительства реже всего получают какую-либо поддержку, кроме как от равных, которые могут также оказывать негативное влияние, например, предлагая пациенту возобновить употребление алкоголя. Алкогольная зависимость является основной проблемой, влияющей на приверженность лечению для групп высокого риска, особенно больных ЛУ-ТБ.

10. Гендерные аспекты:

домашние обязанности (для женщин – работа по дому и уход за детьми, для мужчин – ведение домашнего хозяйства/уход за скотом) являются препятствием в обращении за медицинской помощью. Зачастую ответственность за прохождение обследования всеми членам семьи и контроль лечения больных ТБ ложилась на плечи женщин. Алкогольная зависимость является основной проблемой, влияющей на приверженность лечению среди мужчин. Женщины были обеспокоены стигмой всех видов в большей степени, чем мужчины, особенно связанной с отношением родственников со стороны мужа, перспективой замужества/женитьбы детей и влиянием ТБ на потомство. Мужчины не так явно высказывались о стигме, но выражали беспокойство по поводу заражения ТБ. Среди женщин наблюдалась большая заинтересованность в участии на собраниях и встречах на тему ТБ и готовность делиться полученной информацией с другими.

11. Медицинские работники:

многие пациенты очень положительно отзывались о поддержке со стороны медработников, участвующих в лечении ТБ. Некоторые респонденты упоминали стигму со стороны медицинских работников, особенно со стороны узких специалистов. Были случаи, когда из-за того, что медицинские работники не объяснили детали прохождения обследования, пациенты затрачивали больше времени и средств на это.

12. Каналы и формы коммуникации:

респонденты отмечали важность распространения информации на простом и понятном языке во время встреч, собраний, бесед, обращая внимание на то, что сейчас люди чаще получают информацию через интернет и телевидение. Респонденты, особенно женщины, отдали предпочтение личным встречам, собраниям и беседам. По мнению респондентов, наибольшее впечатление производят истории с участием самих пациентов. Также женщины отметили важность работы с молодежью и школьниками и проявили готовность распространять получаемую информацию о ТБ.

Гендерные особенности в отношении к здоровью

Факт того, что мужчины и женщины имеют совершенно разную психологию и принципиально разное отношение к тем или иным аспектам жизни, давно не удивляет, но интересно разобраться, как это отражается на отношении к своему здоровью. Если мужчина смотрит в зеркало, то он видит, как минимум, Аполлона или Давида Микеланджело, а когда в это же зеркало смотрится женщина, то она находит в себе массу недостатков. Это не просто ситуативные различия - существуют более глубокие причины и последствия.

К примеру, если у мужчин 30-40 лет спросить: «Считаете ли Вы себя здоровыми?», то 90% мужчин в возрасте от 30 до 40 лет, как свидетельствуют различные исследования, ответят положительно. При этом те же самые мужчины курят в 45% случаев, имеют низкую физическую активность в 62% случаев, а двое из трех таких мужчин страдают ожирением. К сожалению, в итоге это приводит к тому, что средняя продолжительность жизни современных мужчин на 10,2 лет меньше, чем средняя ожидаемая продолжительность жизни женщин.

Существуют традиционно две модели отношения к своему здоровью: мужская и женская. Первая модель заключается в том, что мужчины считают себя более здоровыми, чем они есть на самом деле, то есть переоценивают состояние своего здоровья, а, соответственно, меньше о нем заботятся и живут менее продолжительной и менее качественной жизнью. Женщины же, напротив, недооценивают состояние своего здоровья - склонны усугублять те недомогания, которые возникают даже у здоровых людей, и считают себя более больными, чем есть на самом деле. Соответственно, они предпринимают больше активных усилий к тому, чтобы поддержать свой организм и не заболеть. В итоге, женщины ведут более длительную и активную жизнь.



ЗАГРПУЗИ
ЗДОРОВЬЕ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ в отношении к здоровью



Совет мужчинам – быть более внимательными к своему здоровью, и понимать, что обращение к врачу – не слабость, а проявление силы и ответственности



Совет женщинам – Вы, в свою очередь, должны призывать мужчин быть более аккуратными по отношению к своему образу жизни и сохранению здоровья



EverCare | мобильные технологии здоровья | evercare.ru

В России были проведены социологические исследования, которые показали, что полностью удовлетворены состоянием своего здоровья 22% мужчин и лишь 11,8% женщин. При этом не удовлетворены здоровьем 11,8% мужчин и 25,7% женщин. Получается, что женщины в три раза чаще, чем мужчины, предпринимают активные действия к тому, чтобы сохранить свой организм и тело в бодрости. Они стараются активно заниматься физической культурой и спортом, правильно питаться, худеть, избавляться от вредных привычек.

Пожалуй, одной из причин тому является и традиционное отношение к мужчине как к сильному полу, хотя статистически именно женщина является сильным полом в плане отношения к своему здоровью. Это приводит к тому, что в 9 из 10 наиболее частых причин смерти преобладают именно мужчины. У них более высокий уровень насильственной смерти, зачастую обусловленной злоупотреблением алкоголем, наркотическими веществами, травмами, более агрессивными действиями мужчины. Среди них отмечаются высокие уровни онкологических заболеваний, самоубийств и т.д. К примеру, женщины чаще болеют сердечно-сосудистыми заболеваниями, чем мужчины, зато на 7-10 лет позже

их. Всё это во многом связано с традиционным образом мужчины, что он «не должен жаловаться, не должен болеть, не должен и не может устать, и уж тем более лечиться». В результате мы получаем разницу в качестве и продолжительности жизни.⁷⁰

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ И РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ И ЛИТЕРАТУРА К МОДУЛЮ 3:

1. Гендерная школа в Кыргызстане (материалы и рекомендации для тренингов). – Б., 2003 г.
2. Информационная записка. Туберкулез. Период выделения средств 2023-2025 гг. - Глобальный Фонд, 2022 г.
3. Кыргызстан. Среднесрочная оценка. Инициатива Глобального фонда «Разрушить барьеры». - Женева, 2021 г.
4. Материалы Семинара по использованию интерактивных методов обучения в юридических клиниках. Журнал «Право и образование». – 2002 г., №2.
5. Оценка факторов, влияющих на поведение целевых групп при обращении за медицинской помощью и лечении туберкулеза. Формативное исследование социальных и поведенческих изменений. Итоговый отчет. - Сентябрь 2020 г. Проект USAID «Вылечить туберкулез». - - <https://saksalamat.kg>
6. Практическое руководство по внедрению гендерного подхода. - ПРООН, 2007 г.
7. Практическое руководство по внедрению гендерного подхода. Часть II. Обзор по секторам. - ПРООН, 2014 г.
8. Руководство по соблюдению этических принципов при реализации Стратегии по ликвидации ТБ. - ВОЗ, 2017 г.
9. Стандартизированный пакет вспомогательных услуг, предоставляемых на уровне местных сообществ, для улучшения результатов лечения и профилактики ТБ. Руководство для затронутых сообществ и организаций гражданского общества, а также национальных программ по борьбе с ТБ и ответственных лиц, определяющих политику в Восточной Европе и Центральной Азии. – ВОЗ, 2021 г.
10. Тренинг: руководство к действию. Теория и практика. Учебное пособие. И. Куртикова, К. Лаврова, В. Ли. - СПИД Фонд Восток-Запад, Москва, 2005 г.
11. Учебное пособие для тренеров по практическим аспектам реализации прав женщин. – Б., 2013 г.

МОДУЛЬ 4. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И УСТОЙЧИВОСТЬ ПОДХОДОВ

Эффективная стратегия глобальной борьбы с туберкулёзом (ТБ) предполагает применение комплексного подхода к устранению главных препятствий в борьбе с ТБ и решению новых задач с учётом основных факторов, влияющих на заболеваемость, включая социально-экономические аспекты и факторы окружающей среды. Программы по защите прав человека, направленные на расширение и эффективную реализацию мер

⁷⁰ <https://evercare.ru>

борьбы с ТБ должны быть выполнимы и отвечать потребностям затронутых заболеванием сообществ, и отражать следующие мероприятия:

а) Понимание эпидемии

Рекомендуется провести анализ ситуации с правами человека в области борьбы с ТБ, воздействия на конкретные уязвимые группы населения и общих мер в ответ на заболевание. Этот анализ следует проводить на основе имеющихся данных и отчетов с использованием качественных и количественных методов сбора данных. Кроме того, рекомендуется проведение консультаций с национальными и региональными экспертами в области основных уязвимых групп населения и прав человека, в том числе с национальными комиссиями по правам человека, национальными организациями и специалистами в области прав человека, региональными механизмами защиты прав человека и экспертами таких учреждений, как ВОЗ, Партнерство «Остановить ТБ», Управление Верховного комиссара ООН по правам человека (УВКПЧ ООН) и другие соответствующее партнеры.

Глобальные процессы, вызванные пандемией COVID-19, привели к снижению выявления и регистрации случаев туберкулеза. По прогнозам ВОЗ, такая тенденция будет продолжаться в ближайшие годы, что отбрасывает достижения в области борьбы с туберкулезом на 10-12 лет назад.

Например, кандидаты в странах с высоким уровнем распространенности ТБ среди целевых групп населения, в частности среди потребителей наркотиков, могут провести оценку национальных стратегий и законов в целях определения степени их содействия формированию благоприятных условий для осуществления мероприятий среди потребителей наркотиков или рассмотреть вопрос о целесообразности проведения реформ, направленных на повышение эффективности таких мероприятий. Странам рекомендуется проанализировать положение дел в области прав человека в отношении лиц, затронутых ТБ и МЛУ/ШЛУ-ТБ, а также выработать показатели, позволяющие измерить политические обязательства по финансированию, направленному на борьбу с ТБ, в процентах от ВВП или бюджета на здравоохранение.

б) Консультации с представителями основных уязвимых групп населения

Пациенты и сообщества играют важнейшую роль в распространении знаний в области лечения ТБ, формирования социальной поддержки, мониторинге, адвокационной деятельности, коммуникации и социальной мобилизации. Борьба с туберкулезом будет неэффективной без целенаправленного вовлечения затронутых людей в разработку и реализацию стратегий и программ, имеющих к ним непосредственное отношение.

Наиболее эффективным механизмом обеспечения такого участия является система представительства, предусматривающая ответственность самого сообщества пациентов. Правозащитный подход отводит центральную роль в борьбе с туберкулезом непосредственно затронутым сообществам пациентов, делая их равноправными партнерами, влияющими на политику в области здравоохранения, и наделяя их инструментами, которые обеспечивают их участие и уважение их конкретных прав.

в) Увязка программ в области прав человека с другими мероприятиями

По итогам этих консультаций необходимо определить мероприятия в области прав человека, тесно увязанных с мероприятиями в области здравоохранения. Например, если цель заключается в расширении охвата лиц, проходящих тестирование на ТБ, но в ходе консультаций с сообществом уязвимых групп населения выясняется, что многие люди не уверены в конфиденциальности медицинской информации, должна быть возможность проработать с медицинскими учреждениями для создания и внедрения политики

конфиденциальности медицинских данных, чтобы поощрять уязвимые группы обращаться за помощью, проходить тестирование и получать бесплатный уход.

г) Рассмотрение возможностей межсекторального партнерства

Инициативы в области прав человека могут разрабатываться на уровне министерств здравоохранения. Однако большинство таких инициатив предусматривает установление связей с партнерами из других секторов, в том числе с законодательными органами, организациями гражданского общества, министерствами юстиции, экономики, труда и т. д. Оценка перспектив продуктивного партнерства с другими секторами должна быть элементом процесса консультаций.

д) Создание плана технической поддержки

Техническая поддержка по вопросам прав человека может оказываться отечественными или региональными сообществами уязвимых групп населения, отечественными и региональными правозащитными организациями, а также при помощи учреждений системы ООН и Партнерства «Остановить ТБ».

Следующим важным этапом определения устойчивости подходов является разработка/ наличие планов по их реализации, которые должны быть включены в национальные стратегические планы борьбы с ТБ и (или) согласованы с этими планами.

Планы должны включать следующие четыре сферы деятельности:

1. Законы и меры политики. Если существующие законы или меры политики препятствуют эффективной борьбе с туберкулезом (отсутствие доступа основных уязвимых групп населения к услугам по профилактике ТБ), то на первом этапе можно проанализировать и пересмотреть эти законы и меры политики. В этой области можно, в частности, провести консультации о целесообразности правовой реформы и исследования соответствующих положений закона, разработать проекты законов и мер политики, провести адвокационную работу на политическом уровне. Меры политики должны быть направлены на расширение доступа к услугам по уходу на уровне сообществ, укрепление экономической и социальной поддержки пациентов с ТБ и членов их семей.

Во многих странах приняты законы и меры политики, поддерживающие борьбу с ТБ, однако они реализуются не в полной мере. В других странах осуществление правовой реформы не представляется возможным или не является приоритетным направлением. В таких случаях мероприятия в области прав человека должны также проводиться в следующих трех областях.

2. Обучение и укрепление потенциала. Эта деятельность может включать проведение тренингов по вопросам законодательства, поддерживающего права человека, и методов его реализации и/или подготовку по вопросам осознанного согласия и конфиденциальности, проводимую для работников полиции, судебных органов, здравоохранения, членов гражданского общества и других лиц. Эти мероприятия могут также включать кампании по распространению среди пациентов информации об их правах и о положениях Хартии пациентов, а также по распространению знаний по вопросам лечения ТБ. Следует учесть, что эффективность обучения по правовым вопросам повышается при наличии рационального законодательства, справедливом применении законов и при проведении независимого мониторинга. Комплексное применение этих четырех элементов может обеспечить заметный прогресс в области прав человека, включая гендерные потребности.

3. Правовая поддержка и адвокационная деятельность в интересах подверженных наибольшему риску групп населения и пациентов с МЛУ-ТБ. Эта

деятельность может включать оказание юридической помощи людям с ТБ и МЛУ-ТБ, а также уязвимым группам населения при рассмотрении в судебном порядке вопросов, касающихся, например, дискриминации, ограничения доступа к медицинской помощи, вмешательства в частную жизнь, несоблюдения конфиденциальности и выражения осознанного согласия. Деятельность в этой области может также включать правовую поддержку пациентов с ТБ, подлежащих депортации в связи с наличием туберкулеза в активной форме; правовую помощь или защиту прав мигрантов без документов или других уязвимых групп населения; поддержку социальной мобилизации; распространение информации о Хартии пациентов; восстановление прав пациентов и информационно-разъяснительную работу.

4. Мониторинг в области прав человека. Эта сфера может включать проведение мониторинга и составления отчетности омбудсменами, лицами, перенесшими ТБ, ассоциациями пациентов и национальными комиссиями по правам человека в отношении препятствий, с которыми сталкиваются пациенты с туберкулезом и основные уязвимые группы населения, составления отчетности в отношении жалоб на медицинские учреждения и действий медицинских учреждений по этим жалобам, в отношении компенсации в случае ошибочных действий в рамках программ по ТБ, а также расследование случаев нарушения прав человека, проводимое организациями сообществ, группами поддержки пациентов, сообществами уязвимых групп населения и т. д.

Информационный бюллетень Глобального фонда «Туберкулез и права человека» (февраль 2013 г.)

Кыргызская Республика, в целях дальнейшего снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза в стране, 3 марта 2023 года за №119 приняла постановление Кабинета Министров КР и утвердила Программу Кабинета Министров КР "Туберкулез-VI" на 2023-2026 годы и План мероприятий по реализации Программы Кабинета Министров Кыргызской Республики "Туберкулез-VI" на 2023-2026 годы.

ТЕМА 4.1.

Мониторинг и оценка гендерно-чувствительных программ

Адекватная стратегия по борьбе с ТБ требует всестороннего подхода с учетом основных социально-экономических и экологических факторов риска, а также других сложных вопросов, включая гендерные вопросы и чрезвычайные ситуации. Следовательно, перечень мероприятий, предусмотренных национальными программами по борьбе с туберкулезом, значительно расширяется.

Гендерное равенство – это не только одно из основных прав человека, но и необходимая основа для достижения мира, процветания и устойчивого развития. За последние десятилетия был достигнут прогресс: все больше девочек ходят в школу, меньше девочек принуждают заключать ранние браки, все больше женщин работают в парламенте и занимают руководящие должности, а также проводится реформа законов для обеспечения гендерного равенства. Однако, последствия пандемии COVID-19 могут свести на нет тот ограниченный прогресс, который был достигнут в области гендерного равенства и прав женщин. Вспышка коронавируса усугубляет существующее неравенство для женщин и девочек во всех сферах – начиная от здравоохранения и экономики и заканчивая безопасностью и социальной защитой.

Минимальный набор гендерных показателей в настоящее время измеряет права человека женщин и девочек на основе пяти количественных и четырех качественных показателей. Количественные показатели сосредоточены на насилии в отношении женщин, ранних браках и ранней рождаемости, тогда как качественные показатели

предоставляют контекстную информацию о масштабах правовой базы, направленной на борьбу с дискриминацией и вредной практикой.⁷¹

4.1.1. Разработка системы показателей для оценки эффективности программ с учетом гендера

Мониторинг и оценка эффективности программ борьбы с ТБ включают оценку проводимых противотуберкулёзных мероприятий, мониторинг стоимости и затрат, оценку охвата мероприятиями, проводимыми в рамках программы, результатов лечения, а также влияние программы на эпидемиологическую ситуацию по ТБ. Основные факторы включают:

- обеспечение того, чтобы обучение, контроль, логистика и коммуникация проводились с максимальной эффективностью на каждом уровне от национальных органов до медицинских учреждений на местах;
- определение того, насколько полно медицинские учреждения собирают данные, необходимые для оценки индикаторов регистрации случаев и результатов лечения;
- выявление технических и операционных проблем, выяснение причин и принятие необходимых корректирующих действий;
- помощь медицинским работникам в повышении качества работы;
- улучшение помощи и поддержки больных, а также качества информации.

Индикаторы. Использование индикаторов облегчает проведение количественной оценки эффективности программы, включая такие параметры, как целевые показатели охвата населения (мониторинг), достижение стратегических целей и результатов лечения (оценка), а также влияние программы на эпидемиологическую ситуацию по ТБ (эпидемиологический надзор). Индикаторы отражают намеченные цели и задачи программы, позволяя руководителям оценить прогресс в достижении контрольных и целевых показателей и определить, где существуют пробелы в улучшении. Полезный в применении индикатор должен быть простым при проведении количественной оценки, содержать достоверную информацию о соответствующем факторе, быть воспроизводимым, т.е. давать один и тот же результат при измерении разными людьми в схожих местах/обстоятельствах, и быть сопоставимым с данными, полученными в других местах. Как правило, для оценки эффективности и влияния программы достаточно нескольких индикаторов. Дополнительные индикаторы требуются при проведении специальных исследований для выявления специфических проблем.

Когортный анализ. Когортный анализ – основной метод оценки эффективности мероприятий по борьбе с ТБ на отдельной взятой территории. Он может использоваться для подсчёта квартальных и годовых коэффициентов успешного лечения (процента излеченных и завершивших курс химиотерапии больных), а также служит менеджерам среднего и высшего звена в качестве своевременного и конкретного индикатора успешного выполнения программы. Квартальные отчёты с данными о конверсии мазков мокроты и результатах лечения помогают выявить проблемы для принятия решений и повышения эффективности программы (например, низкий процент излеченных больных, высокая частота прерывания лечения, более высокий, чем ожидалось, процент случаев лёгочного ТБ с отрицательным мазком или внелёгочных форм ТБ, а также низкий по сравнению с прогнозируемым показатель выявления новых случаев заболевания).

Количественная оценка влияния программы на эпидемиологическую ситуацию. Определение целей в рамках Цели Развития Тысячелетия (ЦРТ) и последующая разработка целевых показателей Партнёрством “Остановить ТБ” придали значительный импульс работе по оценке эффективности программ борьбы с ТБ. Кроме мероприятий по мониторингу реализации Стратегии “Остановить ТБ”, НПТ (национальная программа борьбы с туберкулёзом) необходимо активизировать работу по оценке влияния

⁷¹ <https://gender-data-hub-2-undesa.hub.arcgis.com/pages/human-rights-of-women-and-girl-children>

программ на эпидемиологическую ситуацию, для чего требуется получить количественные данные о распространённости, заболеваемости и смертности.

Регистрация и учёт. Система регистрации и учёта позволяет проводить целенаправленное, индивидуальное наблюдение больных, у которых отсутствует прогресс в лечении, что позволяет оперативно оценить в количественных показателях эффективность работы в каждом лечебном учреждении, районе, регионе или стране. Должным образом организованная система отчётности и перекрёстных проверок позволяет избежать получения недостоверных данных. Оценка результатов лечения проводится через три месяца после завершения курсов лечения всеми больными в когорте.

Процесс проведения оценки включает следующие стадии:

- когортный анализ результатов лечения, проводимый сотрудником районной противотуберкулёзной службы поквартально и в конце года;
- районные отчёты о результатах лечения направляются на промежуточный уровень (напр., в региональную службу) для проверки;
- проверка данных, представленных из районов, на достоверность, полноту, наличие противоречий, наличие даты и подписи;
- сведение воедино отчётов о когортном анализе по всем больным в регионе;
- представление отчёта в центральное подразделение НПТ;
- сведение воедино отчётов о когортном анализе по всем больным в стране.

Глобальная информационная система. ВОЗ внедрила глобальную информационную систему для оценки успехов по шести компонентам Стратегии “Остановить ТБ”, оценки качества DOTS через результаты лечения, а также для получения данных о смертности от ТБ. С этой целью используется форма представления данных, которая ежегодно немного меняется, чтобы отразить глобальные потребности в мониторинге борьбы с ТБ, и направляется в национальные органы здравоохранения всех стран и территорий. На основе полученных ответов ВОЗ проводит оценку прогресса в реализации шести компонентов Стратегии “Остановить ТБ” и полученных результатов, сопоставляя их с глобальными целевыми показателями. Представленные данные о заболеваемости сопоставляются с расчётным показателем заболеваемости по каждой стране. Эти данные и заключения публикуются ежегодно.

Женщины и девочки составляют половину населения планеты, что равнозначно половине потенциала человечества. Гендерное равенство, одно из важнейших прав человека, играет ключевую роль в деле обеспечения мира и согласия в обществе и полноценной реализации человеческого потенциала на основе устойчивого развития. Доказано, что вовлечение женщин в жизнь общества обеспечивает рост продуктивности и экономический рост.

Первым руководящим принципом успешного проведения программы гендерного равенства является опора на законодательство. Далее Программа должна использовать особенности организации для проведения соответствующего процесса адаптации и внедрения комплексных мероприятий/программ.

«Комплексные» программы – это программы, которые:

(а) включают пакет мероприятий, признанных во всем мире эффективными для снижения связанных с правами человека барьеров, препятствующих доступу к услугам здравоохранения, (см. вставку 1);

(б) доступны или служат для большей части предполагаемой численности ключевых и уязвимых групп населения, сталкивающихся с такими препятствиями;

(с) имеют достаточные ресурсы для перехода от несуществующих или разовых/мелкомасштабных мероприятий на уровень реализации, который может значительно

снизить связанные с правами человека барьеры для доступа к услугам (устойчивый, взаимоусиливающий, широкомасштабный защитный пакет)⁷².

Вставка 1.

Программные области, ориентированные на устранение барьеров в области прав человека

ВИЧ и туберкулез:

- сокращение стигматизации и дискриминации;
- тренинг для медработников по вопросам прав человека и медицинской этики;
- повышение осведомленности законодателей и сотрудников правоохранительных органов;
- правовая грамотность («Знай свои права»);
- юридические услуги;
- мониторинг и реформирование политики, правил и законов в сфере трех заболеваний;
- сокращение гендерной дискриминации в связи с ВИЧ, устранение пагубных гендерных норм и насилия в отношении женщин и девочек во всем их многообразии.

Дополнительные программы по туберкулезу:

- мобилизация и расширение прав и возможностей групп пациентов и групп сообществ;
- обеспечение неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности;
- мероприятия в тюрьмах и других закрытых учреждениях;
- снижение гендерных барьеров для доступа к услугам в связи с туберкулезом.

4.1.2. Сбор и анализ данных для регулярного мониторинга и коррекции программ

Мониторинг и сбор данных – ключевые аспекты правозащитных обязанностей, и они также должны служить в качестве основы для заключений, рекомендаций, предложений и докладов, выпускаемых НПИ. Права женщин и вопросы гендерного равенства должны учитываться на всех этапах процесса мониторинга – от планирования и стратегии сбора данных до анализа и реагирования. Данные могут быть получены из жалоб, собственных расследований, официальных расследований и поездок на места. НПИ также должны отслеживать законодательные, судебные и политические процессы. Они должны собирать данные о жалобах и итогах их рассмотрения с разбивкой по признаку половой принадлежности. Это включает, среди прочего, группировку данных по половой принадлежности заявителей или жертв, предполагаемым мотивам дискриминации, предполагаемым нарушителям и по виду предполагаемых нарушений или злоупотреблений. НПИ также могут осуществлять специальные виды мониторинга (например, специальные или системные проверки работодателей и/или государственного сектора), с тем чтобы определить представленность женщин в составе рабочей силы или среди избранных, или назначенных должностных лиц. В тех случаях, когда компании или организации занимаются дискриминационной практикой и не соблюдают рекомендации, могут быть инициированы соответствующие административные процедуры. Информация, полученная в результате мониторинга и сбора данных, может также быть основой для независимых докладов НПИ договорным органам.

Национальная статистическая система (НСС) Кыргызской Республики начала производить и распространять гендерную статистику вскоре после обретения независимости страной. В последующие годы НСС разрабатывала и совершенствовала гендерную статистику для удовлетворения постоянно растущего спроса в соответствии с международными руководящими положениями. Новые вызовы связаны с формирующимся спросом на гендерную статистику в рамках национальных приоритетов в области гендерного равенства, а также Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года.

⁷² Это определение было разработано Рабочей группой по мониторингу и оценке программ по устранению препятствий в области прав человека для оказания услуг по ВИЧ, туберкулезу и малярии. Документ можно получить по запросу в Глобальном фонде.

Долгосрочная стратегия устойчивого развития страны, её национальная стратегия и законы, учитывающие международные обязательства по обеспечению гендерного равенства (такие как Конвенция по ликвидации дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ), Пекинская платформа действий (ППД) и ЦУР), реализуются в рамках среднесрочных проектов, планов и ежегодных программ, что потребовало наличия гендерных индикаторов для мониторинга их реализации. Кроме того, гендерная статистика необходима для оценки прогресса в достижении гендерного равенства и для подготовки ряда отчетов, в том числе для КЛДЖ, ППД, а также для выполнения других международных обязательств.

Институциональные механизмы гендерного равенства были созданы в 1996 году и были трансформированы на различных этапах национального развития. В 2012 году был создан Национальный совет по делам женщин и гендерному развитию, являющийся консультативным органом под председательством вице-премьер-министра и состоящий из 24 членов, представляющих национальные органы власти, общественные объединения и представителей ООН. Мониторинг Пекинской декларации и платформы действий, а также некоторые гендерные показатели ЦУР включены в Национальный план действий по гендерному равенству и в плане действий сформулированного Резолюцией 1325 Совета Безопасности ООН на 2018-2020 годы. Ежегодные отчёты о ходе осуществления НПД предоставляются координационному органу. НПД по вопросам гендерного равенства реализуется Министерством труда и социального развития, а НПД 1325 – Министерством внутренних дел. Национальный совет по делам женщин и гендерному развитию проводит мониторинг хода реализации как на национальном, так и на международном уровнях. НПД по гендерному равенству на 2018-2020 годы требует стандартизации национальной гендерной статистики и гармонизации гендерных индикаторов с международными обязательствами. Эта цель должна быть достигнута путем:

- формирования и использования гендерных индикаторов с целью планирования, мониторинга и оценки государственных программ и стратегий развития;
- совершенствования национальной статистической системы для получения гендерно-чувствительных данных по дискриминации и насилию по признаку пола.

Реализация Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года является приоритетным направлением деятельности Национального совета по устойчивому развитию под председательством Президента. В 2016 году был создан Координационный комитет по адаптации, реализации и мониторингу ЦУР до 2030 года. Этот орган действует под непосредственным руководством Премьер-министра и состоит из представителей законодательных органов власти, министерств и ведомств, международных и неправительственных организаций. Департамент экономики и инвестиций Правительства выполняет функции его секретариата. НСК также возглавляет подгруппу, которая нацелена на получение данных для ЦУР. В рамках проведённых национальных консультаций с различными секторами были определены следующие приоритетные области с целью разработки пятилетнего плана по развитию гендерной статистики⁷³:

- Прекращение насилия в отношении женщин и девочек;
- Качественное образование, профессиональная подготовка и обучение на протяжении всей жизни для женщин и девочек;
- Равенство и отсутствие дискриминации в соответствии с законом, а также доступ к правосудию;
- Расширение участия женщин в политической жизни;
- Продвижение экономической активности женщин;
- Гендерно-ориентированное бюджетирование;
- Расширение прав и возможностей девочек;
- Изменение негативных социальных норм и гендерных стереотипов.

⁷³ Информация получена из вопросника «Развитие потенциала для улучшения гендерной статистики», составленного НСК.

Оценка гендерно-чувствительных индикаторов⁷⁴

Оценка статистического потенциала Кыргызской Республики для производства гендерных индикаторов проводилась с использованием двух глобальных систем показателей: Минимальный набор гендерных показателей Организации Объединенных Наций⁷⁵ и 53 гендерных показателей Целей Устойчивого Развития⁷⁶.

Были рассмотрены все индикаторы, за исключением неприменимых для Кыргызской Республики:

- 51 из 52 индикаторов минимального набора гендерных показателей ООН;
- 51 из 53 гендерных индикаторов ЦУР.

С учетом того, что в обеих глобальных системах показателей повторяются 17 индикаторов, для оценки потенциала производства гендерных показателей было использовано 85 индикаторов. Выводы о доступности показателей сделаны на основе отчёта ИППД, подготовленного сотрудниками НСК.

НСК в качестве основного производителя гендерных показателей, производит 45 из 55 доступных показателей (82%), 7 показателей (13%) собираются другими производителями данных, а для трех показателей (5%) не было выявлено ответственное учреждение. При этом не были определены и потенциальные производители/ владельцы данных для 27 из 30 отсутствующих показателей. Ниже приводится разбивка имеющихся показателей в соответствии с глобальными наборами показателей.

Минимальный набор гендерных индикаторов

В настоящее время Национальная Статистическая Система производит 38 показателей из 51 индикатора из минимального набора гендерных индикаторов ООН. Хотя в каждой из пяти областей отсутствует один или несколько показателей, наибольшее их число (6 из 19) отсутствует в области «Экономическая структура, участие в производственной деятельности и доступ к ресурсам». В области «Права женщин и девочек» два из отсутствующих индикаторов относятся к физическому, сексуальному или психологическому насилию в отношении женщин и девочек.

Всеобъемлющие микроданные для получения индикатора отсутствуют по 5 из 13 недостающих показателей из Минимального набора гендерных показателей ООН. Для 5 показателей полнота микроданных оценена как «низкое», а один индикатор не был оценен. Большинство недостающих индикаторов в экономической сфере могут быть получены путём добавления новых вопросов к текущему Обследованию рабочей силы (ОРС) или путем введения дополнительных производных тематик в процессе обработки и анализа первичных данных.

Показатели здоровья могут быть получены частично из административных источников и частично из Медико-демографического исследования (МДИ).

Из 85 гендерных индикаторов двух глобальных систем показателей, 55 индикаторов (65%) имеются в НСК Кыргызской Республики, в частности:

- достаточно хороший уровень наличия показателей минимального набора гендерных показателей ООН: 38 из 51 показателей (74%),
- средняя доступность гендерных индикаторов ЦУР: 30 из 51 показателей (57%).

Согласно оценке НСК, текущее и будущее производство большинства отсутствующих индикаторов в значительной степени зависят от внешней технической и финансовой помощи.

⁷⁴ <https://www.stat.kg/media/files/b4ae5ec3-8e56-4aaf-a1f7-3cc1cca9ba4f.pdf>, Оценка гендерной статистики в КР.

⁷⁵ <https://genderstats.un.org/files/Minimum%20Set%20indicators%202018.11.1%20web.pdf>

⁷⁶ <https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/gender-snapshot.pdf>, стр. 21-23

Рекомендованными источниками для показателей насилия в отношении женщин и девочек являются обследования на уровне домашних хозяйств, такие как тематические обследования по проблемам насилия в отношении женщин и девочек.

Гендерно-чувствительные индикаторы Целей устойчивого развития

В настоящее время НСС производит 30 индикаторов из рассмотренных 51 гендерно-чувствительных индикаторов ЦУР. Из 21 отсутствующих показателей, наибольшее число показателей отсутствует по цели 5 «Гендерное равенство» (5 из 13 показателей). В целом, полнота имеющихся микроданных для расчета отсутствующих показателей оценивается как «нулевая» для 5 показателей, для 10 – как «низкая», а для 2 показателей как «высокая». Три индикатора не оценивались в виду отсутствия информации.

Потенциальными источниками недостающих показателей ЦУР являются Перепись населения и жилищного фонда, Сельскохозяйственная перепись, Обследования домашних хозяйств, такие как МДИ, НПЖ, КОМП, Исследование оценки уровня жизни (ИОУЖ), а также административные источники данных.

Статистический потенциал страны по гендерной статистике

Гендерная статистика не является обособленной или изолированной областью статистики. Она охватывает традиционные области, такие как экономика, сельское хозяйство, демография, образование, здравоохранение, занятость и так далее, с целью изучения существующих различий между женщинами и мужчинами в обществе. Исходя из этого, любая оценка статистического потенциала по производству гендерной статистики должна принимать во внимание общий статистический потенциал НСК в целом.

ТЕМА 4.2.

Устойчивость результатов

Устойчивость результатов программы является наиболее важным элементом ее реализации, от того как результаты программы влияют на общество и проблематику мы можем сделать вывод об эффективности программы, сфере ее влияния на жизнедеятельность бенефициаров, преимуществах и недостатках. Таким образом обеспечение устойчивости результатов программ и то, каким образом они обеспечиваются являются важным этапом реализации самой программы.

Гендерная перспектива играет ключевую роль в эффективном управлении проектами и программируемыми действиями, и обеспечивает более справедливое и равноправное участие женщин и мужчин. В контексте обеспечения устойчивости результатов программ с учетом гендера, важно учитывать, как данные результаты воздействуют на женщин и мужчин, а также как они могут воздействовать на гендерные неравенства и социокультурные аспекты. Это обеспечивает более комплексный и интегрированный подход к программам, а также способствует их долгосрочной эффективности. Подробно рассматривая роль и значение устойчивости результатов программ с учетом гендера, мы сможем лучше понять, как создать более справедливое, устойчивое и равноправное общество, что в конечном итоге способствует достижению целей устойчивого развития и социального прогресса.

4.2.1. Роль гендерных аспектов в обеспечении устойчивости результатов программ

В современном мире, где постоянно растет уровень глобализации и взаимозависимости, важнейшим фактором достижения успеха является использование всех социальных и экономических ресурсов. Однако, несмотря на достигнутый прогресс, женщины продолжают сталкиваться с дискриминацией, маргинализацией и изоляцией,

даже при том, что равенство мужчин и женщин является всеобщим международным принципом и входит в число фундаментальных прав человека. Почти все страны подтвердили эту ценность, признав стандарты, установленные международными договорами о правах человека, гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, которые должны соблюдать государства.

Обеспечение устойчивости результатов программ - важная задача для достижения долгосрочного воздействия и социального развития. В данной главе будет исследована роль гендерных аспектов в этом процессе и их воздействие на устойчивость программ.

Гендерные аспекты охватывают различия между женщинами и мужчинами, а также социокультурные роли и ожидания, связанные с полом. Их учет в проектировании, реализации и оценке программ позволяет создать более эффективные и адаптированные решения. В данной подразделе мы обсудим, как гендерные аспекты влияют на устойчивость результатов программ, включая:

Вовлечение и участие: Участие и вовлечение женщин и мужчин в разработку и реализацию программ способствуют их успешности и легитимности. Это также способствует созданию устойчивых структур и систем.

Гендерный анализ: Гендерный анализ помогает выявить различия в потребностях, ролях и возможностях разных гендерных групп. Это способствует учету этих различий при планировании и коррекции программ.

Равноправное распределение ресурсов: Учет гендерных аспектов при распределении ресурсов и возможностей способствует уменьшению социальных неравенств и усилению устойчивости.

Снижение рисков и конфликтов: Гендерный анализ помогает идентифицировать потенциальные риски и конфликты, связанные с гендерными аспектами программы, и предотвращать их.

Инклюзивность и справедливость: Учет гендерных аспектов способствует созданию более инклюзивных и справедливых программ, что, в свою очередь, способствует устойчивости результатов.

Законодательство, политика, стратегии и планы в области гендерной проблематики во всех странах приобретают все более комплексный характер. Одним из ключевых приоритетов в этом отношении в последние годы стала борьба с насилием в отношении женщин и девочек. При этом важнейшей задачей во всем регионе является практическая реализация таких обязательств, в том числе путем применения гендерно-ориентированного формирования бюджета, однако оно по-прежнему находится на разных стадиях развития в различных странах.

Можно выделить ряд проблем, связанных с переходом от обязательств к практическим действиям. Ключевыми из них являются следующие:

- Устойчивое и повсеместное влияние дискриминационных социальных норм, которые ставят мужчин в привилегированное положение во всех сферах и на всех уровнях общества. Это находит отражение, в частности, в непропорционально большом бремени неоплачиваемого труда по уходу, выполняемого женщинами, и высоких уровнях насилия в отношении женщин и девочек.
- Сохранение низкого уровня политического представительства на всех уровнях вопреки общим улучшениям во всем регионе за последние пять лет.

- Общее отсутствие понимания гендерных вопросов и опыта их решения в правительстве на всех уровнях, несмотря на проводимые в последнее время во всех странах масштабные тренинги при поддержке международных агентств.
- Тенденция воспринимать гендерные вопросы «только в разделах социального сектора (образование, здравоохранение, социальная защита)», а не как важную составляющую, которая должна быть комплексно и систематически интегрирована в законы, политику, стратегии, планы и решения в области национального бюджета, определяющие наличие возможностей для экономического развития (к примеру, промышленность, торговля, сельское хозяйство).
- Хрупкость системного потенциала, нехватка ресурсов и маргинализация государственных учреждений, отвечающих за обеспечение гендерного равенства.
- Необходимость дальнейшего усиления систематического мониторинга гендерных аспектов во всех законодательных актах, мерах политики, стратегиях, планах и программах.
- Расчет на техническую поддержку и финансирование со стороны международных учреждений, склонность к «проектизации» инициатив по актуализации гендерной проблематики и тенденция к реализации разовых инициатив.

4.2.2. Создание стратегий по вовлечению местных сообществ и организаций для устойчивости стратегии

Люди и сообщества находятся в центре внимания Стратегии Глобального фонда. Это означает, что все участники нашего партнерства должны сотрудничать с людьми и сообществами, живущими с тремя заболеваниями и затронутыми ими, в целях совместного удовлетворения их медицинских потребностей. Именно эти люди обладают наилучшими возможностями для того, чтобы направлять, а в некоторых случаях, возглавлять осуществление программ, разработанных с учетом уникальных обстоятельств, в которых они находятся. Те, кто в наибольшей степени затронуты тремя заболеваниями, в том числе ключевые и уязвимые группы населения (КУГН), в наибольшей степени заинтересованы в успехе нашего партнерства и, следовательно, являются теми, перед кем мы несем конечную ответственность.

Для того чтобы люди и сообщества были в центре внимания, требуется совместная работа в целях удовлетворения их комплексных потребностей в области здравоохранения с помощью сочетания биомедицинских, поведенческих, психологических и структурных подходов, удовлетворения их потребностей в информации и преодоления социальных, правовых и структурных барьеров, которые негативно влияют на их здоровье. Это также подразумевает обязательство внимательно прислушиваться к мнению людей и сообществ, находящихся на переднем крае борьбы против туберкулеза, и тех, кто подвержен наибольшими рисками – как при предоставлении, так и при использовании услуг и программ, – а также необходимость ценить их экспертное мнение и действовать в соответствии с ним. Чтобы это стало реальностью, необходимо оказывать поддержку сообществам, чтобы они играли руководящую роль в планировании, осуществлении, мониторинге, пропаганде услуг и предоставлении экспертной технической поддержки. Наконец, когда в центре внимания находятся люди и сообщества, это означает солидарность; в частности, солидарность и действия по оспариванию законов, политики и практики, которые ставят под угрозу их здоровье, безопасность и защищенность, и препятствуют прогрессу в противодействии заболевания.

Чтобы быстро сократить число новых случаев заражения МТБ, требуется поэтапное изменение масштабов и эффективности профилактических программ. Каждый участник партнерства должен поставить перед собой задачу продумать вопрос о том, каким образом можно более четко сориентировать существующие программы на устранение конкретных видов уязвимости, которым подвергаются различные группы населения. Затронутые сообщества должны помочь в определении мероприятий и подходов, которые будут иметь наибольшие шансы на успех. Биомедицинские профилактические мероприятия имеют

решающее значение, но сами по себе недостаточны. Необходимы поведенческие и структурные подходы, чтобы при развертывании этих мероприятий учитывались барьеры, препятствующие их внедрению и использованию, и чтобы устранить поведенческие и более широкие социальные факторы, увеличивающие риск инфицирования людей. Нам необходимо будет эффективнее использовать существующие инструменты и работать над справедливым расширением масштабов и адаптацией инноваций, как только они станут доступными. Необходимо постоянно повышать гибкость и адаптивность программ профилактики, чтобы реагировать на изменяющиеся и разнообразные потребности людей в быстро меняющейся среде, а также использовать технологические достижения и более широкие возможности сетевых коммуникаций.⁷⁷

СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН 2020-2025			
КНСВ-КЫРГЫЗСТАН			
Цель	Спасать жизни людей, проживающих в Кыргызстане, уменьшать страдания от туберкулеза и ускорять снижение заболеваемости		
Направления	Инновации	Участие в разработке политик	Укрепление потенциала
Задачи	Внедрение и расширение доступа к инновациям в ТБ	Разработка руководств, стратегий	Повышение уровня знаний по ТБ
Области ожидаемых результатов	Новые ТБ препараты/режимы, новые диагностические методы ТБ, искусств.интеллект, менеджмент ЛТБИ	Новые руководства, участие в стратегическом планировании, адвокация	Образование среди медработников, пациентов, людей из гражданского общества, снижение стигмы
Активности	Исследования, поддержка программы в обучении, распространении знаний, расширение и укрепление партнерства, укрепление потенциала, адвокация, повышение осведомленности, разработка стратегий и политик		

Участие местных сообществ и пациентов в мероприятиях по профилактике и оказанию поддержки больным туберкулёзом

Со времени Алма-Атинской Декларации, принятой в 1978 г., участие населения в развитии систем здравоохранения признано стержневым компонентом первичной медико-санитарной помощи и важным условием проведения многих мероприятий в сфере здравоохранения. В ходе реформ здравоохранения 1990-х годов участию местного населения и социально значимым аспектам развития систем здравоохранения уделялось недостаточное внимание по сравнению с технологическими, экономическими и управленческими факторами.

⁷⁷ https://www.theglobalfund.org/media/11693/strategy_globalfund2023-2028_narrative_ru.pdf Борьба с пандемиями и построение более здорового и справедливого мира Стратегия Глобального фонда (2023–2028 гг.)

Вызовы общественному здравоохранению, связанные с эпидемиями ВИЧ/СПИДа, туберкулёза и малярии, и та роль, которую сыграло гражданское общество в помощи пациентам и их семьям в ответе на эти вызовы, в значительной мере способствовали осознанию населением и лицами, принимающими политические решения, той важной роли, которую местные сообщества могут сыграть в обеспечении качественной медицинской помощи.

Партнёрские отношения служб здравоохранения с сообществами на местах помогают обеспечить доступность и максимально приблизить медицинскую помощь к пациенту, сократить затраты как для потребителей медицинских услуг, так и для служб здравоохранения, одновременно снизив рабочую нагрузку на медицинский персонал. Чётко разработанные программы привлечения местных сообществ и/или пациентов способствуют расширению возможностей для их участия в программах развития систем здравоохранения. Благодаря участию в медицинских программах, санитарному просвещению и мотивации поведенческих установок, ориентированных на укрепление здоровья, местные сообщества получают необходимые знания для самостоятельного участия в охране здоровья.

Активное участие пациентов и местных сообществ в программах укрепления здоровья предполагает знание личных прав и обязанностей, способность реализации этих прав в социальном и политическом контексте, доступ к необходимой информации и способность по мере необходимости применять полученные знания и навыки на практике. В Хартии пациентов по оказанию помощи при туберкулёзе (далее – Хартия) изложены права и обязанности пациентов. Права пациентов включают право на медицинскую помощь, на уважение достоинства, доступ к информации, право выбора, право на сохранение конфиденциальности, право на справедливое отношение, обеспечение безопасности, а также право объединяться в организации. С другой стороны, пациенты обязаны предоставлять информацию, соблюдать предписанные режимы лечения, вносить свой вклад в укрепление здоровья в сообществе и проявлять солидарность.

В Хартии определены пути организации совместной работы всех заинтересованных сторон в атмосфере открытости и взаимопонимания. Хотя базовые принципы носят универсальный характер, социально-культурные особенности могут оказывать влияние на роли медицинских работников и пациентов, и этот фактор следует принимать во внимание при адаптации международных рекомендаций в национальном контексте. Для установления эффективного сотрудничества между службами здравоохранения и населением необходимо расширить потенциал местных сообществ и организаций гражданского общества, способствовать развитию диалога между ними и вовлечению их с самого начала в работу по разработке, планированию, реализации и оценке новых гражданских инициатив.

Участие местных сообществ и пациентов даёт положительные результаты в отношении повышения выявляемости случаев заболевания ТБ, улучшения результатов лечения, повышения информированности населения о природе заболевания и наличии доступа к эффективному бесплатному лечению, а также в отношении повышения уровня здоровья среди населения в целом. Успешная подготовка мероприятий по вовлечению пациентов и местных сообществ может быть осуществлена только при условии активного участия представителей сообществ в качестве равноправных партнёров.

Основные этапы реализации инициатив по вовлечению пациентов и местных сообществ

Руководство политикой вовлечения пациентов и местных сообществ.

Формулирование политики по вовлечению пациентов и местных сообществ включает:

- учреждение комиссии для оценки ситуации и составления проекта документа с изложением политики;

- апробирование политики в демонстрационных проектах.

В тех странах, в которых отсутствуют местные инициативы по вовлечению сообществ, т.е. инициатива о проведении таких мероприятий исходит с центрального уровня, важно разработать документ с изложением политических подходов с учётом результатов анализа ситуации на национальном уровне. Такой подход позволяет передать инициативу местным сообществам и побудить их к активным действиям и разделению ответственности за охрану здоровья населения.

В документе с изложением политики следует описать процесс вовлечения местных сообществ и больных ТБ в совместные действия, предложить конкретные индикаторы для оценки сотрудничества (например, в работе по планированию, проведению и оценке совместных действий и роли сообществ в выявлении случаев заболевания и контроле за соблюдением предписанных режимов лечения, противодействию стигматизации и дискриминации больных, в пропаганде здорового образа жизни, а также в оценке качества медицинской помощи пациентами и членами их семей).

Разъяснительная работа и коммуникация

Мероприятия по разъяснительной работе и коммуникации включают:

- проведение разъяснительной работы на национальном и местном уровнях с заинтересованными лицами и организациями (руководителями органов здравоохранения, политиками, местными лидерами и т.д.) по вопросам борьбы с ТБ и привлечению сообществ;
- разработка механизмов коммуникации с учётом местных возможностей.

Представление инициативы лицам, принимающим решения на национальном и местном уровнях, – важный шаг в проведении мероприятий с участием местных сообществ, позволяющий привлечь заинтересованные организации и заручиться политической и финансовой поддержкой. Механизмы коммуникации, используемые для распространения информации о ТБ, зависят от целевой аудитории и имеющихся финансовых ресурсов. Для того чтобы содержание коммуникационных материалов соответствовало местным потребностям, они должны готовиться с участием представителей соответствующих сообществ и пройти предварительную апробацию в целевой аудитории.

Укрепление человеческого потенциала

Мероприятия по укреплению человеческого потенциала включают:

- оценку дефицита человеческого потенциала и определение путей устранения дефицита;
- подготовку учебных материалов для медицинских работников и активистов местных сообществ, регулярное проведение обучения;
- формирование партнёрств с участниками местных инициатив (НПО, религиозными объединениями, организациями, действующих с опорой на местное население).

Большое значение имеют укрепление человеческого потенциала и регулярное обучение участников инициатив, действующих как внутри, так и вне сектора здравоохранения. Программы обучения должны составляться с учётом роли и сфер ответственности всех участвующих сторон. Необходимо обсудить с представителями местных сообществ их видение собственной роли в проводимых мероприятиях. Это позволит укрепить местные сообщества и систему здравоохранения в целом. Люди, излечившиеся от туберкулёза, как правило, обладают сильной мотивацией и выражают желание участвовать в мероприятиях по борьбе с ТБ, оказывать помощь и поддержку больным и активно противостоять проявлениям стигматизации. Опыт многих стран в формировании партнёрских отношений с участниками местных инициатив (НПО, религиозными объединениями, организациями, действующими с опорой на местное

население) показывает, что такой подход позволяет добиться более стабильных и эффективных с экономической точки зрения результатов по сравнению с созданием параллельных систем.

Решение специальных задач

Решение проблем борьбы с ТБ/ВИЧ, МЛУ-ТБ и оказания помощи людям в особых группах риска и в особых ситуациях, включают:

- изучение возможности привлечения и определение роли самих пациентов и местных сообществ в решении таких задач.

Опыт стран, накопленный на национальном и местном уровнях, показывает, что участие местных сообществ вносит значительный вклад в решение задач по борьбе с ТБ/ВИЧ, МЛУТБ, заболеваемостью ТБ среди местного населения, национальных меньшинств, в местах компактного проживания и т.д.

Обеспечение качественных услуг на уровне местных сообществ

Меры по обеспечению качественных услуг на уровне местных сообществ, включают:

- выявление перечня услуг, доступных на уровне сообщества;
- создание эффективной системы направления больных;
- определение лиц из числа медицинских работников, представителей сообществ или добровольцев, которые явятся связующим звеном между медицинскими службами и местными сообществами/пациентами;
- оказание постоянной поддержки местным сообществам в проведении мероприятий.

Необходимо создать постоянно действующую систему контроля для проведения мониторинга и оказания поддержки сообществам в проведении мероприятий. Регулярная помощь и поддержка служат дополнительной мотивацией для местных сообществ. Перечень услуг, проводимых местными сообществами, должен соответствовать потребностям и интересам самих сообществ и опекаемых ими пациентов, а не только для удобства служб здравоохранения. Там, где вовлечение местных сообществ ещё не получило должного развития, важно определить лиц, которые могут явиться связующим звеном между службами здравоохранения и местными сообществами.

Бюджет и финансирование

Мероприятия по определению бюджета и финансирования включают:

- определение полного перечня затрат на всех уровнях, которые потребуются для выполнения программы вовлечения местных сообществ;
- обеспечение средств в достаточных объёмах для выполнения программы вовлечения сообществ (например, включение соответствующих расходов в местные бюджеты здравоохранения).

Средства, необходимые для проведения мероприятий с участием местных сообществ, должны поступать из разных источников, а не только из бюджета министерства здравоохранения. Важно проработать вопрос о возможности привлечения средств из внешних источников (например, из Глобального Фонда) и внутренних источников (от местных партнёрских организаций). Если партнёрство участвует в проведении нескольких мероприятий по оказанию медицинских услуг, следует избегать дублирования статей бюджета и мероприятий.

План проведения мониторинга, оценки и контроля

Подготовка плана мониторинга, оценки и контроля включает:

- определение перечня индикаторов, разделив их на те, которые будут определяться постоянно, и те, которые подлежат оценке ежегодно или один раз в два года.

Важно, чтобы местные сообщества участвовали в оценке собственного вклада в сопоставлении с вкладом служб здравоохранения. Полученные данные могут быть ограничены самой существенной информацией, которая в дальнейшем будет обработана и использована для оценки оказываемых услуг и степени участия местного сообщества. К числу индикаторов мониторинга следует отнести показатели, свидетельствующие о степени организации, численной представительности и качестве оказываемых услуг. Такие показатели, как степень удовлетворенности пациентов, уровень знаний о ТБ и о стигматизации больных ТБ, можно оценивать по методике КАР (знание-отношение-практика) ежегодно или один раз в два года.

Операционные исследования

Планирование операционных исследований включает:

- определение тематики операционных исследований с учётом местных проблем и возможностей (например, проведение исследований по вопросам удовлетворённости пациентов, документирования накопленного положительного опыта).

Может потребоваться проведение операционных исследований по конкретным вопросам с целью расширения участия местных сообществ. При этом необходимо применять методы количественной и качественной оценки результатов проводимых мероприятий, а также оценки важности участия членами местных сообществ и степени их мотивации.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ И РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ И ЛИТЕРАТУРА К МОДУЛЮ 4:

1. Bhuyan KK. Health promotion through self-care and community participation: elements of a proposed programme in the developing countries. *BMC Public Health*, 2004, 4:11.
2. Community contribution to TB care: practice and policy. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.312).
3. Community involvement in tuberculosis care and prevention. Towards partnerships for health. Guiding principles and recommendations based on a WHO review. World Health Organization 2008. WHO/HTM/TB/2008.397. ISBN 978 92 4 159640 4
4. Demissie M Et al. Community tuberculosis care through “TB clubs” in rural North Ethiopia. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:2009–2018.
5. Escott S Et al. Listening to those on the frontline: lessons for community-based tuberculosis programmes from a qualitative study in Swaziland. *Social Science and Medicine*, 2005, 61:1701– 1710.
6. Khan MA et al. Cost and cost-effectiveness of different DOT strategies for the treatment of tuberculosis in Pakistan. *Health Policy and Planning*, 2002, 17:178–186.
7. Lwilla F Et al. Evaluation of efficacy of community-based vs. institutional-based direct observed short-course treatment for the control of tuberculosis in Kilombero district, Tanzania. *Tropical Health and Medicine*, 2003, 8:204–210.
8. Maher D. The role of community in the control of tuberculosis. *Tuberculosis*, 2003, 83:177–182.
9. Omaswa F. The “Community TB Care in Africa” Project. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003, 7(1): S1–S1(1).
10. Quality of care from the patients’ perspective. The Hague, KNCV, 2005.
11. Shin S Et al. Community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru: 7 years of experience. *Social Science and Medicine*, 2004, 59:1529–1539.
12. Singh AA et al. Effectiveness of urban community volunteers in directly observed treatment of tuberculosis patients: a field report from Haryana, North India.
13. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2004, 8:800–802.

14. The patients' charter for tuberculosis care. Geneva, World Care Council, 2006.
15. <https://www.stat.kg/media/files/b4ae5ec3-8e56-4aaf-a1f7-3cc1cca9ba4f.pdf>
Оценка гендерной статистики в КР. Краткий обзор ключевых выводов и рекомендаций.
16. <https://www.stat.kg/media/files/b4ae5ec3-8e56-4aaf-a1f7-3cc1cca9ba4f.pdf> - Нацстатком.
17. <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/215621?cl=ru-ru>.
18. <http://tbcenter.kg/ru/info/175> - НЦФ.
19. <http://tbcenter.kg/ru/info/173>.
20. https://www.theglobalfund.org/media/11693/strategy_globalfund2023-2028_narrative_ru.pdf
Борьба с пандемиями и построение более здорового и справедливого мира Стратегия Глобального фонда (2023–2028 гг.)
21. https://www.theglobalfund.org/media/11580/crg_2021-midtermassessmentkyrgyzstan_report_ru.pdf. Кыргызстан. Среднесрочная оценка. Инициатива Глобального фонда «Разрушить барьеры», 2021 г. Женева, Швейцария.
22. file:///C:/Users/babal/Downloads/Core_TB-HumanRights_Infonote_ru.pdf. Туберкулез и права человека. Информационный бюллетень, ГФ.
23. file:///C:/Users/babal/Downloads/kgz-Gender-mainstr-Manual-for-the-trainers_rus.pdf
Методическое пособие для тренеров по применению Руководства по продвижению гендерного равенства в Кыргызстане.
24. file:///C:/Users/babal/Downloads/wcms_312703.pdf. Руководство по проведению гендерного аудита, методология гендерного аудита MOT, основанного на принципе активного участия.
25. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85531/9789241546676_rus.pdf. Реализация стратегии ВОЗ «Остановить туберкулёз», Справочник для национальных программ борьбы с туберкулёзом, 2009 г.
26. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/kg/2021.03.RUS.pdf>. Проект ПРООН / Глобального фонда: новости за март: Новый грант Глобального фонда для комплексной борьбы с ВИЧ и туберкулезом.
27. <https://www.un.org/ru/desa/millennium-development-goals>.
28. <https://theunion.org/sites/default/files/2020-08/Best-Practice-Guide-2nd-edition-Russian-Nov-2018.pdf>. Образцовая практика ухода за больными туберкулезом. Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких. Руководство для стран с низким уровнем дохода, Второе издание, 2017 г.
29. https://www.tbdiah.org/wp-content/uploads/2022/05/FINAL_PBMEF-MS-21-197-TB-RU-1.pdf. Путеводитель по индикаторам туберкулеза Руководство для программ по борьбе с ТБ, 2021 г.
30. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/gender-equality/>.
31. https://www.unescap.org/sites/default/files/ESCAP_B25_Central_Asia_Report_20200911_RUS.pdf. Обзор Пекин+25: Гендерное равенство и расширение прав и возможностей женщин в странах СПЕКА, 2020 г.
32. <https://gender-data-hub-2-undesa.hub.arcgis.com/pages/about-us> - Женщины мира.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА И ЗАВЕРШЕНИЕ ПРОГРАММЫ

Это практическое пособие, разработано с целью служить вспомогательным материалом для тренеров или других заинтересованных лиц, проводящих обучение в соответствии с модулями пособия. Процедуры и методы, описанные в данном пособии, не являются обязательными и должны рассматриваться как основа, которая может быть

адаптирована и настроена в соответствии с уникальными потребностями и задачами вашей целевой аудитории.

При проведении обучения на основе данного курса следует учитывать множество факторов, таких как уровень знаний и потребности аудитории, количество участников, а также продолжительность обучения. Это позволит сделать обучение более эффективным и адаптированным к конкретным условиям и потребностям вашей целевой группы.

Поэтому данное практическое пособие предоставляет гибкую и настраиваемую основу для тренеров и других заинтересованных лиц, которые могут вносить изменения и доработки в соответствии с конкретными условиями и требованиями обучения. Это обеспечивает возможность эффективной реализации курса, адаптированного под уникальные потребности и характер вашей целевой аудитории.

ГЛОССАРИЙ

Активное выявление случаев (туберкулеза) - скрининг и тестирование на уровне сообществ по инициативе медицинских учреждений, проводимые с помощью мобильных бригад, часто с использованием мобильных рентгеновских установок и молекулярных быстрых диагностических тестов. Этот термин иногда используется в качестве синонима «систематического скрининга». Такой скрининг называют «усиленным выявлением»

случаев» при проведении в медицинских учреждениях и «расширенным выявлением случаев» при проведении на уровне сообществ.

БЦЖ - противотуберкулезная вакцина Кальметта-Герена, названа по имени французских ученых, которые разработали Кальметт и Герен. БЦЖ обеспечивает подростков и взрослых слабой защитой от ТБ, однако поскольку эта вакцина способна предотвратить некоторые самые тяжелые формы ТБ у детей грудного возраста и детей старшего возраста, ее часто применяют для профилактики заболевания в странах с широким распространением ТБ.

Глобальный Фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией - это международное финансирующее учреждение, созданное для содействия усилению борьбы с тремя обозначенными заболеваниями и функционирующее как финансирующий механизм, а не как организация-исполнитель. Глобальный Фонд был создан в 2002 году, по инициативе ВОЗ и при поддержке других структур ООН и Европейской Комиссии. Стратегическая программа фонда направлена на финансирование в целях прекращения эпидемий, создание жизнеспособных и устойчивых систем для сохранения здоровья, защиты и продвижения прав человека, мобилизации дополнительных ресурсов, содействия инновациям и укрепления партнерств.

Здоровье - состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов (ВОЗ год).

Медицинская помощь - это профилактика, лечение и управление болезнью, а также сохранение физического и психического благополучия человека путем предоставления надлежащих услуг медицинскими работниками и другими специалистами системы здравоохранения; это определение и подобные определения также часто применяются в отношении термина «охрана здоровья». Медицинская помощь состоит из услуг, которые пациенту оказывают представители медицинских профессий или непрофессионалы под их руководством.

Медицинская помощь при туберкулезе - интегрированный уход с использованием всех наиболее эффективных, высококачественных медицинских товаров и услуг, связанных с профилактикой, диагностикой и лечением туберкулезной инфекции и заболевания, включая легочный, внелегочный, лекарственно-чувствительный и лекарственно-устойчивый туберкулез, с наименее вредными побочными эффектами, включающих в том числе, но не исключительно, средства диагностики, лекарства, услуги консультирования и иную психологическую поддержку, долгосрочную госпитализацию и постоянный уход в связи с частичной или постоянной инвалидностью, когда это необходимо, уход на базе сообществ, паллиативный уход и уход в конце жизни, мониторинг и управление побочными эффектами во время лечения, а также другие терапевтические вмешательства и устройства, включая неотложную помощь, предоставляемые обученными работниками здравоохранения уважительным, достойным, учитывающим культурные особенности, недискриминационным образом, без принуждения и стигматизации в течение всего периода инфекции или заболевания и на протяжении всей жизни людей, нуждающихся в постоянном уходе.

Микобактерии туберкулеза - микроорганизмы - возбудители туберкулеза.

Ориентированный на пациента подход при лечении ТБ - такой подход рассматривает потребности, перспективы и индивидуальный опыт людей, пострадавших от ТБ, уважая их право на информацию, а также на качественное лечение, основанное на индивидуальных потребностях. Это требует создания взаимного доверия и партнерства в отношениях между поставщиками медицинских услуг и пациентами и дает возможность людям вносить свой вклад и участвовать в планировании и управлении собственным лечением.

Ориентированный на пациента подход улучшает результаты лечения, уважая человеческое достоинство.

Охрана здоровья граждан - совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, экологического, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Паллиативная помощь - мероприятия, целью которых является улучшение качества жизни инкурабельных (состояние пациента, исключающее возможность спасения жизни либо полного восстановления здоровья) больных и их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других симптомов болезни - физических, психологических и духовных.

Пациент - лицо, которому оказывается медико-санитарная помощь в организациях здравоохранения либо у частнопрактикующих медицинских работников с оформлением соответствующей медицинской документации.

Преморбид, преморбидное состояние, предболезнь - предшествующее и способствующее развитию болезни состояние, когда защитные и приспособительные силы организма перенапряжены или резко ослаблены. Может либо перейти в выраженную форму болезни, либо через некоторое время закончиться нормализацией функций организма.

Противотуберкулезная помощь - совокупность социальных, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление, обследование, лечение, наблюдение и реабилитацию больных туберкулезом и проводимых при оказании медицинской помощи в амбулаторных или стационарных условиях.

Скрининговый тест, обследование или процедура при туберкулезе - используется для различения людей с высокой вероятностью заражения ТБ от людей, вероятность заражения которых весьма мала. Скрининговый тест не предназначен для диагностики. Люди с положительными результатами скринингового теста должны пройти дальнейшее обследование в зависимости от используемого алгоритма скрининга.

Скрининг на туберкулез по инициативе медицинских учреждений - программа скрининга на туберкулез по инициативе медицинских учреждений нацелена на людей с высоким риском заражения или развития ТБ. Скрининг включает оценку симптомов, проведение анализов, медицинских осмотров и иных процедур для выявления больных ТБ с дальнейшим диагностическим тестированием и дополнительной клинической оценкой для постановки точного диагноза. Этот подход может быть нацелен на людей с разными стадиями ТБ, например, путем скрининга лиц, подверженных высокому риску заражения (например, в сообществах с высоким бременем ТБ или определенных условиях, таких как тюрьмы), или лиц, находившихся в контакте с больным ТБ, или лиц с высоким риском развития ТБ (например, люди, живущие с ВИЧ). Программы скрининга должны включать соответствующий путь для подтверждения диагноза, лечения и дальнейшего наблюдения.

Систематический скрининг на туберкулез - систематическое выявление лиц, подверженных риску заражения ТБ, в заранее определенной целевой группе населения путем оценки симптомов и проведения анализов, медицинских осмотров и иных процедур, которые могут быть выполнены в сжатые сроки. В случае положительных результатов скрининга требуется постановка диагноза с использованием одного или нескольких диагностических тестов и дополнительного клинического обследования. Этот термин иногда используется в качестве синонима «активное выявление случаев туберкулеза». Его

следует отличать от термина «тестирование на туберкулезную инфекцию» (с помощью кожной пробы на ТБ или анализа, основанного на высвобождении гамма-интерферона).

Стратегия «Остановим ТБ» - стратегия по борьбе с туберкулезом, направленная на значительное уменьшение глобального уровня туберкулеза и состоит из шести компонентов: 1) проводить высококачественные мероприятия по прямому наблюдению, расширению и улучшению 2) борьба с резистентными формами ТБ и решения потребностей бедных и уязвимых групп населения, 3) способствование укреплению систем здравоохранения на основе первичной медико-санитарной помощи; 4) привлечение всех медицинских работников; 5) расширение возможностей людей с туберкулезом и общества на основе партнерства и 6) содействие и стимулирование исследований.

Туберкулинодиагностика - метод исследования с помощью туберкулина - препарата, применяемого для диагностики туберкулезной инфекции.

Туберкулез - инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией туберкулеза, основной путь передачи которого является воздушно-капельный: от больного к здоровому человеку

Формы заболевания туберкулезом: легочный и внелегочный туберкулез, лекарственно-чувствительный туберкулез и лекарственно-устойчивый туберкулез.

Человек, затронутый туберкулезом - означает любого человека, болеющего или переболевшего туберкулезом; а также лиц, осуществляющих уход за ним и ближайших родственников, а также представителей групп, являющихся ключевыми и уязвимыми в контексте туберкулеза, таких как дети, медицинские работники, люди, живущие с ВИЧ, люди, употребляющие наркотики, освобожденные **из мест лишения свободы**, находящиеся в местах лишения свободы, шахтеры, мобильное население, мигранты, женщины, а также малообеспеченные жители городов и сельской местности.