

Комплексный тренинговый модуль

**для НПО, сопровождающих
работу проектов профилактики
с компонентом ТБ**

Авторский коллектив:

Ирина Жарук
Оксана Леоненко-Бродецкая
Ольга Сидоренко
Людмила Шульга
Сергей Филиппович
Оксана Сметанина
Евгения Гелюх
Виталий Руденко

Редакторы-составители:

Яна Моренец
Мирослава Андрущенко

Комплексный тренинговый модуль для НПО, сопровождающих работу проектов профилактики с компонентом ТБ / И. Жарук, О. Леоненко-Бродецкая, О. Сидоренко, Л. Шульга, С. Филиппович, О. Сметанина, Е. Гелюх, В. Руденко . – К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2015. – 74 с.

Публикация подготовлена и опубликована в рамках проекта «Улучшение потенциала НПО принимающих участие в борьбе с эпидемией ТБ» в партнерстве МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» с Евро ТБ Коалицией и при финансовой поддержке Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH.



Распространяется бесплатно

Оглавление

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ КОМПЛЕКСНОГО ТРЕНИНГА	7
ПРОГРАММА ТРЕНИНГА	8
МОДУЛЬ 1. ТУБЕРКУЛЕЗ	10
ДЕНЬ ПЕРВЫЙ	10
Вступление	10
Тема 1. Структура противотуберкулезной службы в Украине	12
Тема 2. Туберкулез и его особенности.	15
Тема 3. Выявление и диагностика туберкулёза.	17
3.1. Охват групп риска диагностикой и лечением.	17
3.2. Методы выявления ТБ	19
3.2.1. Общий обзор методов выявления ТБ.	19
3.2.2. Ранее выявление ТБ.	22
3.2.3. Методика сбора мокроты.	23
Подведение итогов дня	24
ДЕНЬ ВТОРОЙ.	25
Рефлексия первого дня тренинга. План работы второго дня	25
Тема 4. Лечение туберкулеза	25
4.1. Базовая информация о лечении.	25

4.2. Барьеры в доступности к диагностике и лечению ТБ	29
Тема 5. Работа с клиентами НПО.	31
5.1. Алгоритмы консультирования.	31
5.2. Отработка навыков консультирования клиентов по раннему выявлению туберкулеза	34
Тема 6. Инфекционный контроль	35
5.1. Основные понятия и виды инфекционного контроля.. . . .	35
6.2. Выполнение мероприятий инфекционного контроля.	38
Тема 7. Построение партнерств и создание механизма предоставления услуг клиентам проекта	40
Подведение итогов дня	41
 ДЕНЬ ТРЕТИЙ.	 42
 МОДУЛЬ 2. АДВОКАЦИЯ В СФЕРЕ ТБ.	 42
Тема 1. Адвокация	42
1.1. Цели и задачи адвокации, ее компоненты.	42
1.2. Отработка навыков: ситуационные упражнения по адвокации	46
Тема 2. Права человека	50
2.1. Базовая информация о правах человека.	50
2.2. Связь между здоровьем и правами человека.	51
2.3. Права человека и гражданина в Украине.	53
2.4. Средства и методы защиты прав пациентов, в т.ч. больных туберкулезом.. . . .	59
Подведение итогов тренинга	64
Список полезных ресурсов:	65
 Приложение 1. Список материалов для тренинга	 66
 Приложение 2. Анкеты оценки знаний участника до тренинга	 67
 Приложение 3. Анкеты оценки знаний участника после тренинга (с ключом)	 70

Список сокращений

АКСМ	адвокация, коммуникация и социальная мобилизация
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЗПТ	заместительная поддерживающая терапия
ДОТС	стратегия борьбы с туберкулезом, которая заключается в одновременном выполнении пяти основных принципов
ИК	инфекционный контроль
КУП	кислотоустойчивые палочки
ЛЖВС	люди, живущие в ВИЧ/СПИДом
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
МБТ	микобактерии туберкулеза
МЗ	Министерство здравоохранения
МиО	мониторинг и оценка
МРТБ	мультирезистентный туберкулез
НПО	неправительственная организация
ОЛС	учреждения общей лечебной сети
ПИН	потребитель инъекционных наркотиков
ПТД	противотуберкулезный диспансер
ПТП	противотуберкулезные препараты
ТБ	туберкулез
ХП	химиопрофилактика
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Центры по контролю и профилактике заболеваний)

Введение

Комплексный тренинговый модуль для НПО, сопровождающих работу проектов профилактики с компонентом ТБ, разработан по результатам операционного исследования «Оценка потенциала НПО в ответ на эпидемию ТБ», а также включает в себя обновленный и дополненный материал пособия по проведению тренинга «Раннее выявление туберкулеза среди представителей групп риска». Потребность в модуле сформировал стремительный рост эпидемии туберкулеза в Украине, особенно среди представителей уязвимых к инфицированию групп.

Публикация рекомендована для использования в проектах профилактики ВИЧ/снижения вреда и предназначена для обучения сотрудников общественных организаций, которые, как правило, не имея медицинского образования, первыми оказывают доврачебную помощь клиентам, в том числе по выявлению ТБ.

Тренинг для специалистов НПО дает возможность глубже и структурнее увидеть предоставление помощи больным с туберкулезом в Украине, понять зоны ответственности НПО и ЛПУ, найти возможности их сотрудничества. Специалисты НПО смогут узнать об особенностях туберкулеза и мультирезистентного туберкулеза, специфике их лечения, разобраться в таких понятиях как инфекционный контроль, раннее выявление ТБ, консультирование и мотивирование клиентов к диагностике ТБ, а также формирование приверженности к его лечению. Одна из важных задач тренинга – изучить барьеры, стоящие на пути доступности лечения туберкулеза среди уязвимых групп, и отработать навыки решения проблемных вопросов адвокационной группой.

Тренинговый модуль содержит ссылки на материалы, которые находятся в открытом доступе и призваны помочь общественным организациям в их работе.

Отдельные составляющие модуля использовались в тренингах с участием сотрудников НПО, участников проекта по раннему выявлению туберкулеза среди групп риска, который внедрялся в 2013-2014 гг. в рамках программы «Поддержка профилактики ВИЧ и СПИД, лечения и ухода для наиболее уязвимых групп населения в Украине» при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Тренинговый модуль стал основой подготовки сотрудников общественных организаций Украины, принявших участие в выполнении единой консолидированной программы по ВИЧ и туберкулезу на 2015-2017 гг. в Украине, при поддержке Глобального фонда.

Модуль и отдельные его составляющие могут быть использованы для подготовки специалистов НПО из региона ВЕЦА, внедряющих проекты с компонентом ТБ, в т.ч. в рамках Новой модели финансирования предложенной Глобальным фондом.

*С уважением,
группа разработчиков Пособия*

Цель и задачи комплексного тренинга

Цель: подготовить НПО к сопровождению проектов профилактики ВИЧ с компонентом ТБ.

Задачи:

1. Ознакомить участников со структурой оказания фтизиатрической помощи в Украине и нормами инфекционного контроля.
2. Вооружить знаниями о туберкулезе, путях его передачи, методах выявления и принципах лечения.
3. Научить:
 - организовывать и поддерживать мероприятия инфекционного контроля на базе НПО;
 - консультировать клиентов по вопросам ТБ;
 - эффективно переадресовывать клиентов в профильные лечебно-профилактические учреждения с последующим мониторингом;
 - инициировать и сопровождать адвокационные мероприятия, в т.ч. по защите прав человека.
4. Помочь участникам тренинга, используя ситуационные упражнения, отработать навыки проведения скринингового анкетирования, консультирования по вопросам ТБ, забора мокроты, а также подготовки плана адвокационных мероприятий и анализа возможностей его реализации.
5. Дать общее понятие определений «адвокация» и «права человека», используя примеры реальных мероприятий.
6. Определить барьеры контроля за ТБ, которые можно преодолеть с помощью адвокационных мероприятий.
7. Ознакомить участников со средствами и методами защиты прав больных туберкулезом и членов их семей.
8. Отработать и усовершенствовать навыки в постановке задач, определении целевых групп и разработке мероприятий по адвокации, в т.ч. научиться планировать, разрабатывать и реализовывать мероприятия по защите прав больных туберкулезом и членов их семей.

Целевая аудитория:

Руководители проектов, старшие социальные работники, координаторы проектов, представляющие НПО, работающие с клиентами с ТБ.

Ожидаемые результаты тренинга:

Участники:

- получат общие представления о туберкулезе, методах его выявления и лечения;
- ознакомятся с мероприятиями инфекционного контроля по туберкулезу;
- отработают навыки консультирования по раннему выявлению ТБ (скрининг-анкетирование) и формированию приверженности к прохождению медицинского обследования и лечению туберкулеза;
- обсудят сложности и барьеры в получении представителями групп риска услуг по выявлению и лечению туберкулеза;
- ознакомятся со структурой оказания фтизиатрической помощи в Украине;
- разработают схемы взаимодействия НПО с учреждениями противотуберкулезной службы;
- получат общее представление о понятиях «адвокация» и «права человека», а также узнают о правах и обязанностях клиентов с ТБ и их ближайшего окружения.
- отработают практические навыки по разработке адвокационной стратегии, в т.ч. по защите прав больных туберкулезом и их ближайшего окружения.

Программа тренинга

Модуль 1. Туберкулёз

День 1.	
Вступление. <i>Знакомство. Определение круга вопросов тренинга. Постановка задач.</i>	90 мин
ТЕМА 1. Структура противотуберкулезной службы в Украине. <i>Описание специфики структуры ТБ службы, как организована переадресация клиентов с подозрением на туберкулез.</i>	30 мин.
ТЕМА 2. Туберкулез и его особенности. <i>Эпидемиология ТБ. ТБ и МР-ТБ. Пути передачи ТБ.</i>	45 мин.
ТЕМА 3. Выявление и диагностика туберкулеза.	
Охват групп риска диагностикой и лечением. <i>Распространенность туберкулеза в Украине, особенности эпидемии, отношение населения.</i>	30 мин.
Методы выявления ТБ. <ol style="list-style-type: none"> Общий обзор методов выявления ТБ. Раннее выявление ТБ. Скрининг – анкетирование. <i>Отработка навыков проведения.</i> Методика сбора мокроты. <i>Отработка навыков консультирования клиентов.</i> 	120 мин.
Подведение итогов дня.	30 мин.
День 2.	
Рефлексия первого дня тренинга. План работы второго дня.	30 мин.
ТЕМА 4. Лечение туберкулеза.	
Базовая информация о лечении. <i>Правда и мифы о лечении ТБ. Противотуберкулезные препараты. Особенности лечения ТБ.</i>	60 мин.
Барьеры к диагностике и лечению ТБ. <i>Работа в малых группах.</i>	30 мин.

ТЕМА 5. Работа с клиентами НПО.	
Алгоритмы консультирования.	90 мин.
Отработка навыков консультирования клиентов по раннему выявлению ТБ.	60 мин.
ТЕМА 6. Инфекционный контроль.	
Основные понятия и виды инфекционного контроля.	45 мин.
Выполнение мероприятий инфекционного контроля.	30 мин.
ТЕМА 7. Построение партнерства.	
Работа с профильными ЛПУ. Создание механизма предоставления услуг клиентам проектов снижения вреда с компонентом ТБ.	30 мин.
Подведение итогов дня.	15 мин.

М о д у л ь 2. Адвокация в сфере ТБ

День 3.

ТЕМА 1. Адвокация.	
1.1. Цели и задачи адвокации, ее компоненты.	50 мин.
1.2. Отработка навыков: ситуационные упражнения по адвокации.	40 мин.
ТЕМА 2. Права человека.	
1.1. Базовая информация о правах человека.	20 мин.
1.2. Связь между здоровьем и правами человека.	20 мин.
1.3. Права человека и гражданина в Украине.	20 мин.
1.4. Средства и методы защиты прав пациентов, в т.ч. больных туберкулезом.	30 мин.
1.5. Подведение итогов тренинга.	20 мин.

МОДУЛЬ 1.

Туберкулез

День первый

Вступление



Цель: *предоставить участникам и тренерам возможность познакомиться и создать комфортную психологическую атмосферу, определить круг вопросов, намеченных задач и правила работы участников на тренинге, дать информацию по организационным вопросам.*



Время: 1 час 30 мин.



Описание сессии:

1. Открытие тренинга.

Представление целей, задач и программы тренинга. Тренерам следует заранее подготовить их в виде плакатов на флипчарте либо на слайде мультимедийной презентации.

2. Знакомство участников. Упражнение «Самопрезентация».

На листе флипчарта тренер заранее пишет вопросы для самопрезентации:

- Имя, город, организация, должность.
- Опыт работы в проектах снижения вреда.
- Опыт работы с компонентом ТБ.

После того, как все участники представляются, тренеры раздают бейджи, маркеры и просят всех написать крупно свое имя на бейдже – так, как они хотели бы, чтобы к ним обращались во время тренинга.

3. Правила группы.

Тренер вывешивает плакат, на котором в виде рисунков изображены основные правила тренинга: пунктуальность, перевод мобильных телефонов в режим виброзвонка, правило «поднятой руки», право тренеров на «стоп». Участникам предлагается дополнить правила.

4. Ожидания участников.

Тренер предлагает участникам написать вопросы, на которые они обязательно хотят получить ответ в рамках данного тренинга. Заранее на флипчарте необходимо подготовить рисунок конверта. Участников приглашают выйти и приклеить свои вопросы к «конверту ожиданий». Тренер отмечает, что в конце тренинга, при подведении итогов, группа вернется к «конверту ожиданий».

5. Предтренинговое анкетирование.

Тренер раздает каждому участнику экземпляр анонимной анкеты оценки знаний до тренинга (см. Приложение 2). Участников просят отметить все правильные варианты ответов на вопросы анкеты. Если правильный ответ участнику неизвестен, вопрос можно пропустить. Тренер подчеркивает, что эта работа не является «экзаменом». Анкета необходима, чтобы определить уровень знаний участников по темам тренинга.

Раздаточные материалы: анкета знаний до тренинга, программа тренинга.

Тема 1. Структура противотуберкулезной службы в Украине



Цель: ознакомить участников со структурой противотуберкулезной службы в Украине и разъяснить направления переадресации клиентов с подозрением на туберкулез.



Время: 30 мин.



Описание сессии:

1. Участникам предоставляется схема структуры противотуберкулезной службы в Украине.

Структура противотуберкулезной службы в Украине

Уровни оказания противотуберкулезной помощи	Структуры	Функции
Центральный уровень	Министерство здравоохранения Украины (МЗ)	<ul style="list-style-type: none"> Законодательная – утверждение государственных нормативных документов, финансирование программ. Межведомственный координационный совет по вопросам межотраслевого взаимодействия учреждений здравоохранения.
	ГУ «Украинский центр контроля за социально опасными заболеваниями МЗ Украины»	<ul style="list-style-type: none"> Разработка и внедрение национальных стратегий борьбы с ТБ. Организация работы противотуберкулезной службы. МиО противотуберкулезных мероприятий. Обеспечение препаратами (расчет потребности, контроль использования, закупка, распределение по регионам). Взаимодействие с международными организациями (ВОЗ, CDC, НПО).
	ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины»	<ul style="list-style-type: none"> Проведение и координация научных исследований в области фтизиатрии и пульмонологии в Украине. Научно-методологическая и консультативно-диагностическая помощь учреждениям здравоохранения соответствующего профиля регионального подчинения.

<p>Региональный уровень</p>	<p>Областные управления здравоохранения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Разработка областных программ борьбы с ТБ. • МиО противотуберкулезных мероприятий на территории области. • Финансовое обеспечение всех противотуберкулезных учреждений области. • Обеспечение противотуберкулезными препаратами (формирование потребности области, распределение по районным/городским противотуберкулезным учреждениям). • Взаимодействие с региональными НПО. • Координационные советы по вопросам противодействия эпидемии туберкулеза и ВИЧ-инфекции/СПИДа.
<p>3-й уровень (высокоспециализированная помощь)</p>	<p>Областные противотуберкулезные диспансеры¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Участие в разработке областных программ борьбы с ТБ. • Реализация областных программ борьбы с ТБ. • МиО областных противотуберкулезных мероприятий. • Обеспечение медикаментами (расчёт потребности области, распределение по районным/городским противотуберкулезным учреждениям). • Диагностика и лечение сложных случаев, внелегочного ТБ (стационарное лечение). • Контроль диагностического и лечебного процессов в противотуберкулезных учреждениях области. • Областной фтизиатр. • Взаимодействие с региональными НПО.
<p>2-й уровень (специализированная помощь)</p>	<p>Районные и городские противотуберкулезные диспансеры</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Разработка и реализация районных/городских противотуберкулезных программ. • МиО районных/городских противотуберкулезных программ/мероприятий. • Диагностика и лечение ТБ (МБТ+) (стационарное и амбулаторное). • Контроль за лечением ТБ пациентов в учреждениях ОЛС. • Профилактика ТБ (информационно-разъяснительная работа, внедрение мероприятий ИК). • Диспансерный учет больных ТБ и групп риска (контакты, дети). • Взаимодействие с районными/городскими НПО.

¹ Специальные лечебно-профилактические медицинские учреждения, оказывающее медицинскую помощь определенным группам населения и осуществляющее систематическое наблюдение за состоянием их здоровья.)

2-й уровень	<p>Общая лечебная сеть:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. С наличием районного фтизиатра (тубкабинет). 2. Без фтизиатра. 	<ul style="list-style-type: none"> • Выявление ТБ (формирование групп риска, обследование (скрининг-анкетирование, флюорография), микроскопия мокроты, туберкулинодиагностика). • Диагностика ТБ (КУП+), флюорография/рентген. • Лечение пациентов, у которых не выявляется МБТ в амбулаторных условиях. • Взаимодействие с НПО. • Профилактика ТБ (информационно-разъяснительная работа среди населения, проведение химиопрофилактики, вакцинация). • Диспансерный учет больных ТБ и групп риска (контакты, дети) – при наличии районного фтизиатра.
1-й уровень	Первичная медицинская помощь	<ul style="list-style-type: none"> • Выявление ТБ (формирование групп риска по ТБ, обследование групп риска (скрининг-анкетирование, флюорография), микроскопия мокроты, туберкулинодиагностика). • Диагностика ТБ (КУП+), ФГ/рентген. • Лечение ТБ пациентов (МБТ-) на амбулаторном этапе. • Взаимодействие с областными (в областных центрах), районными/городскими НПО. • Профилактика ТБ (информационно-разъяснительная работа среди населения, проведение ХП, вакцинация БЦ).

Как правило, областным координатором программы борьбы с туберкулезом (областной фтизиатр) назначается главный врач областного противотуберкулезного учреждения, в некоторых регионах – начальник либо заместитель начальника областного управления здравоохранения. Городским или районным координаторами программы борьбы с туберкулезом назначаются главные врачи городских и районных туберкулезных диспансеров, которые отвечают за проведение совместной работы учреждений общей лечебной сети (ОЛС) и противотуберкулезной службы (ПТД).

- 1. Групповое задание.** Объединить участников в 4 – 5 групп. Каждая группа анализирует определенный уровень оказания медицинской помощи. Участники должны определить роль НПО на каждом уровне в зависимости от функций учреждений. Через 10 минут результаты представляются для обсуждения.
- 2. Интерактивное обсуждение. Ответы на вопросы участников.** Тренер предлагает участникам обсудить тему, дает уточняющие ответы на вопросы, рекомендует (при необходимости) дополнительную литературу.

Тема 2. Туберкулез и его особенности



Цель: актуализировать знания участников по вопросам эпидемиологии ТБ, о различиях между ТБ и мультирезистентным ТБ, путях его передачи.



Время: 45 мин.



Описание сессии: тренер представляет участникам информацию о туберкулезе, акцентируя внимание на таких моментах, как неспецифичность симптомов, возможность бесконтактной передачи. Цель его презентации – подвести участников к пониманию мер инфекционного контроля, раннего активного выявления ТБ.

1. Презентация «ТБ: этиология, клиника, патогенез»

Туберкулез (ТБ) – инфекционное заболевание, возбудителем которого является микобактерия туберкулеза (МБТ). Передается он воздушно-капельным путем. Микобактериями могут поражаться все органы и ткани человека, но чаще всего – легкие (80%), кости и суставы, почки, кожа, глаза, половые органы. Кроме человека, ТБ могут болеть и животные: крупный рогатый скот, птицы. Заражение возможно при употреблении в пищу молочных продуктов, полученных от больных животных и не прошедших термообработку.

От человека к человеку туберкулез передается воздушно-капельным путем: во время кашля, громкого разговора, чихания. С мокротой больной человек выделяет МБТ в окружающую среду. Крупные частицы мокроты оседают быстро, высыхают и с пылью поднимаются вверх, мелкие частицы длительное время находятся в воздухе (до шести часов в непроветриваемом помещении). При дыхании здоровый человек вдыхает МБТ, которые попадают с воздухом в легкие, – так происходит заражение. Поэтому здоровый человек может заразиться туберкулезом, даже не контактируя непосредственно с больным, а просто лишь попав в комнату, где тот до этого находился.

Заражение МБТ не всегда означает заболевание. После попадания в организм МБТ встречаются с клетками иммунной системы человека. Если иммунитет сильный – они могут быть уничтожены. Во время этого процесса, т.н. борьбы иммунной системы с МБТ, вырабатывается противотуберкулезный иммунитет. О его наличии свидетельствует положительная проба Манту. О таких людях говорят «инфицированные» либо «лица с латентным ТБ», они являются здоровыми, лечение им не требуется, и эпидемической опасности они не представляют.

Если же иммунная система человека ослаблена, то в процессе ее борьбы с МБТ последние «побеждают» и тогда развивается заболевание – туберкулез.

Первыми симптомами туберкулеза являются кашель (сухой или с мокротой), похудение, повышенная утомляемость, повышение температуры до 37-37,9° С, ночная потливость, снижение аппетита. Это достаточно неспецифические симптомы, они характерны для многих заболеваний – пневмонии, бронхита – но для при туберкулезе характерно их наличие на протяжении длительного времени (от трех недель до нескольких месяцев). Обычно люди не относятся серьезно к таким симптомам и не обращаются за медицинской помощью. Хотя уже на данном этапе болезни они могут быть заразными.

Позднее к вышеперечисленным симптомам присоединяется боль в грудной клетке, одышка, кровохарканье, повышение температуры до 38-39°C. Именно на этом этапе большинство пациентов, как правило, обращаются к врачу.

Возбудитель ТБ (*Внимание тренеру! Описывая МБТ, следует особенно акцентировать внимание на высокой устойчивости и жизнеспособности возбудителя, чтобы сформировать в участниках понимание важности мер ИК и необходимости непрерывного лечения*).

Микобактерия ТБ – очень древний микроорганизм, существующий на земле несколько тысяч лет (для сравнения, о ВИЧ известно всего несколько десятков лет).

За время существования МБТ хорошо приспособились к изменяющимся условиям существования. Они хорошо переносят высокие и низкие температуры, устойчивы к кислотам, щелочам, спирту. Единственное, что способно быстро убивать МБТ – ультрафиолетовое облучение. МБТ способны очень быстро менять свои генетические свойства, чтобы выжить в неблагоприятных условиях. Это их свойство лежит в основе развития лекарственной устойчивости к ТБ. Если пациент получает недостаточное количество препаратов (например, 2-3 вместо 4-6), или их дозировки низкие, либо во время лечения делает частые или длительные перерывы, часть МБТ не погибают, а изменяют свои свойства и становятся нечувствительными к тем или иным препаратам. Так развивается химиорезистентный туберкулез.

Тренер дает понятие о **группах риска по заболеванию ТБ**, объясняя принадлежность к ним клиентов программ снижения вреда (с тем, чтоб обосновать необходимость скрининга среди клиентов таких программ): при инфицировании МБТ не всегда развивается заболевание, это характерно только для тех случаев, когда иммунная система не справляется с инфекцией. Поэтому те заболевания и состояния, которые сопровождаются снижением иммунитета, повышают риск развития ТБ у инфицированных людей (к факторам риска можно отнести ВИЧ-положительный статус, употребление инъекционных наркотиков, алкоголизм, сахарный диабет, онкологические заболевания и т.п.). Исходя из этого формируют группы риска по заболеванию ТБ. Лица, относящиеся к группам повышенного риска, должны иметь большую настороженность в отношении ТБ, чем общее население.

Туберкулез и мультирезистентный туберкулез (МРТБ). *Задача тренера – сформировать понимание того, что чувствительный и резистентный ТБ – это разные формы одного и того же заболевания, но пути передачи, методы выявления, меры профилактики, инфекционный контроль ничем не отличаются при обеих формах ТБ. Необходимо сделать акцент на то, что основная причина резистентности – неправильное лечение (перерывы в лечении или его несвоевременное прекращение).*

Если ТБ вызван чувствительной к противотуберкулезным препаратам (ПТП) микобактерией, его называют «чувствительным», если же МБТ резистентна (устойчива) к ПТП, такой ТБ называют резистентным. До появления специфических препаратов для лечения ТБ, его резистентной формы не существовало, т.к. МБТ не к чему было приспособляться. С их появлением постепенно начали развиваться резистентные формы ТБ.

Наиболее часто встречающаяся форма резистентности – это устойчивость МБТ к двум самым эффективным препаратам – изониазиду и рифампицину. Самая сложная для лечения форма – ТБ с расширенной резистентностью – отличается устойчивостью к еще некоторым ПТП.

МРТБ бывает первичным (пациент заражается МБТ, которые уже выработали устойчивость в организме другого пациента) и вторичным (изначально чувствительный ТБ в процессе лечения становится устойчивым).

Для выработки резистентности МБТ необходимо создать в организме пациента специальные условия, а именно, чтоб они не погибли от воздействия ПТП, а сумели приспособиться, перестроиться, измениться так, чтоб выжить в присутствии лекарственных препаратов.

Типичные условия возникновения МРТБ:

- Частые перерывы в лечении: если препараты не присутствуют в организме постоянно, микобактерии не погибают, а имеют возможность измениться и стать устойчивыми.
- Прекращение лечения: когда человек с чувствительным ТБ не принял всех доз ПТП и прекратил лечение раньше времени.
- Неполные схемы лечения: если пациент принимает недостаточное количество ПТП (1-2-3 вместо 4-5).
- Низкие дозировки ПТП, которые не убивают МБТ, а дают им возможность выработать устойчивость.

2. Интерактивное обсуждение. Ответы на вопросы участников. Тренер предлагает участникам обсудить тему, дает уточняющие ответы на вопросы, рекомендует (при необходимости) дополнительную литературу.

Тема 3. Выявление и диагностика туберкулёза

3.1. Охват групп риска диагностикой и лечением.



Цель: актуализировать знания участников о распространенности туберкулеза в Украине, особенностях эпидемии туберкулеза, отношении населения, включая группы риска, к необходимости обследования и лечения.



Время: 30 мин.



Описание сессии:

1. Упражнение «Позиционирование».

Тренер размещает в разных частях аудитории таблички с надписями «Согласен», «Не согласен», «Сомневаюсь» и зачитывает утверждение, предлагая участникам встать под табличкой, отражающей их мнение, затем объяснить свой выбор.



Вопросы для упражнения:

- Все клиенты НПО рискуют заболеть туберкулезом.
- Я рискую заболеть туберкулезом.
- Если своевременно выявить туберкулез, его легче вылечить.
- Лечение туберкулеза в Украине бесплатное.
- Больные туберкулезом должны быть изолированы в лечебном учреждении.
- Больные туберкулезом: активный ПИН, бездомный, страдающий алкоголизмом, никогда не завершат курс лечения.



Подведение итогов упражнения: по результатам ответов участников можно определить уровень информированности о туберкулезе, предубеждениях и мифах относительно эпидемии туберкулеза в Украине, знаниях участников о выявлении и лечении туберкулеза в Украине.

2. Презентация «Особенности эпидемии туберкулеза в мире и в Украине».

Эпидемиология (рассказывая об эпидемиологии ТБ, тренер делает акцент на повсеместном распространении ТБ во всем мире и в Украине, формируя в участников понимание того, что туберкулезом может заболеть каждый, независимо от социального статуса, пола, возраста, расовой принадлежности: туберкулез широко распространен во всех странах (карта мира: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tb/cases/atlas.html).

Исходя из мировой распространенности ТБ, ВОЗ делает вывод о существовании пандемии (распространенности заболевания на разных континентах).

Все страны делятся на страны с высоким, средним и низким бременем распространения ТБ. Украина относится к странам с высоким бременем.

Тренер делает акцент на:

- недостаточности выявления случаев ТБ, чтобы сформировать у участников понимание необходимости и важности работы по раннему выявлению ТБ;
- возможности предотвратить новые случаи заболевания и смерти благодаря применению эффективных стратегий – ДОТС и СТОП-ТБ.

Показатели за 2013²

- По оценке ВОЗ в 2013 году 9,0 млн. человек заболели ТБ (официально зарегистрировано 6,1 млн., т.е. приблизительно 30% пациентов с ТБ не выявлены и соответственно не получают лечения) и 1,5 млн. умерли от этой болезни.
- Среди умерших от ТБ, 360 тыс. чел. были ВИЧ-позитивными.
- В 2013 году по оценкам ВОЗ ТБ заболело около 550 тыс. детей, из них 80 тыс. умерли.
- Каждый четвертый ВИЧ-положительный человек умирает от ТБ.
- ТБ с множественной лекарственной устойчивостью встречается практически во всех странах, где проводятся исследования.

В то же время благодаря успешному применению эффективных стратегий, удалось добиться успехов в борьбе с ТБ:

- Начиная с 1990 года смертность от ТБ снизилась на 45%.
- За период с 2000 по 2013 г. было спасено 37 млн. жизней благодаря применению эффективных методов диагностики и лечения.

Особенности эпидемии ТБ в Украине:

- взаимозависимость скорости распространения туберкулеза от эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа;
- высокий уровень химиорезистентных форм туберкулеза.

По данным МЗ Украины³ в 2013 году были отмечены следующие показатели (Внимание тренера! При проведении тренинга следует убедиться, что предоставлена самая свежая информация. При потребности в презентацию можно включить и показатели заболеваемости и распространенности ТБ по регионам страны):

- Заболеваемость ТБ составляет 30 819 чел (67,9 на 100 тыс).
- 56% среди впервые заболевших – неработающие лица трудоспособного возраста.

² <http://www.who.int/gho/tb/en/>

³ Туберкульоз в Україні. Аналітико-статистичний довідник за 2003-2013 роки. – К., 2014

- Доля ПИН среди пациентов, которым поставлен диагноз «туберкулез» – 1374 (4,5% от общего числа), для сравнения в 2012 году их было 702 (2,3%) – можно сделать вывод, что выявляемость среди этой уязвимой группы повысилась почти вдвое благодаря включению компонента «раннее выявление ТБ» в программы снижения вреда.
- В учреждениях общей лечебной сети из 442 779 пациентов, обследованных методом микроскопии, кислото-устойчивые палочки (КУП) были найдены у 8005 пациентов (1,8% случаев). Для сравнения: среди пациентов программ снижения вреда, работающих с клиентами из групп риска, МБТ выявляются в 10 % случаев.
- Впервые диагноз «мультирезистентный ТБ» поставлен 9035 пациентам.
- Распространенность ТБ составляет: 104,9 на 100 тыс. населения.
- Смертность от ТБ в Украине – 6390 человек (14,1 на 100 тыс.).

Дальше тренер предлагает участникам для обсуждения следующий вопрос: могут ли НПО сыграть роль в снижении заболеваемости и смертности от ТБ и что именно нужно для этого.



Общие выводы: ТБ представляет серьезную угрозу как для населения всего мира, так и для Украины. Для преодоления эпидемии ТБ необходимы усилия всех заинтересованных сторон: государства, НПО, пациентов. Поскольку клиенты групп снижения вреда одновременно относятся к группам риска по ТБ, то роль НПО в раннем выявлении и лечении ТБ трудно переоценить.

3.2. Методы выявления ТБ



Цель: актуализировать знания участников о методах выявления ТБ.



Время: 120 мин.

3.2.1. Общий обзор методов выявления ТБ.



Время: 120 мин.



Описание сессии:

1. Презентация «Методы выявления ТБ». Тренер дает общее представление о методах выявления ТБ, делая акцент на необходимости активного обнаружения МБТ.

Цель раннего выявления туберкулёза:

- быстро и качественно вылечить пациента;
- предотвратить заражение здоровых лиц.

Выявление (скрининг)

Цель скрининга – как можно более рано выявить заболевание, что позволяет обеспечить раннее начало лечения в расчёте на облегчение состояния пациентов и снижение смертности.

Все методы выявления туберкулеза можно разделить на активные и пассивные. К пассивным относится выявление ТБ при обращаемости, т.е. когда пациент с симптомами туберкулеза самостоятельно приходит к врачу. Этот метод имеет существенные недостатки: пациенты обращаются поздно, часто с осложнениями, такими как, например, кровохарканье. За то время, которое проходит от начала заболевания до момента обращения к врачу, больной человек незаметно заражает здоровых людей. За год один человек, страдающий ТБ, может заразить до пятнадцати здоровых.

К активным методам выявления ТБ относится так называемый скрининг (от англ. screening – отбор, сортировка). Это стратегия, направленная на выявление заболеваний у лиц, у которых не выражены клинические симптомы, среди общего населения.

Цель скрининговых методов – отобрать среди всех людей тех, кому требуется дополнительное обследование на туберкулез. Правильно организованный скрининг позволит выявлять ТБ на ранних стадиях и своевременно начинать лечение, что, в свою очередь, позволит эффективно лечить пациентов, предупредить дальнейшее распространение заболевания, снизить инвалидность и смертность от ТБ.

Требования к скрининговым методам:

- простота в применении;
- дешевизна.

Сегодня в Украине применяют следующие скрининговые методы для выявления ТБ:

- флюорография;
- туберкулинодиагностика у детей;
- анкетирование (новый метод, применяется сравнительно недавно).

Сравнительная характеристика скрининговых методов выявления ТБ

	Преимущества	Недостатки
Флюорография	<ul style="list-style-type: none"> • Позволяет выявлять не только ТБ, но и другие заболевания органов грудной клетки, с высокой вероятностью. • Позволяет заподозрить ТБ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Очень высокая стоимость. • Сложная организация процесса. • Требуется специальное оборудование, высокая квалификация персонала (рентгенолог, рентген-лаборант). • Нет возможности установить окончательный диагноз.
Туберкулино-диагностика у детей	<ul style="list-style-type: none"> • Позволяет выявлять не только больных ТБ, но и инфицированных МБТ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Высокая стоимость. • Требуется специальный препарат (туберкулин). • Сложная организация процесса (повторный визит к врачу через 72 часа). • Нет возможности установить окончательный диагноз.
Анкетирование	<ul style="list-style-type: none"> • Самый дешевый из всех методов, характеризующийся • высокой пропускной способностью. • Простота организации. • Не требует медицинского образования. 	<ul style="list-style-type: none"> • Самый неточный из всех методов.

Интерактивное обсуждение. Тренер предлагает участникам заполнить сравнительную таблицу методов выявления ТБ по следующей схеме:

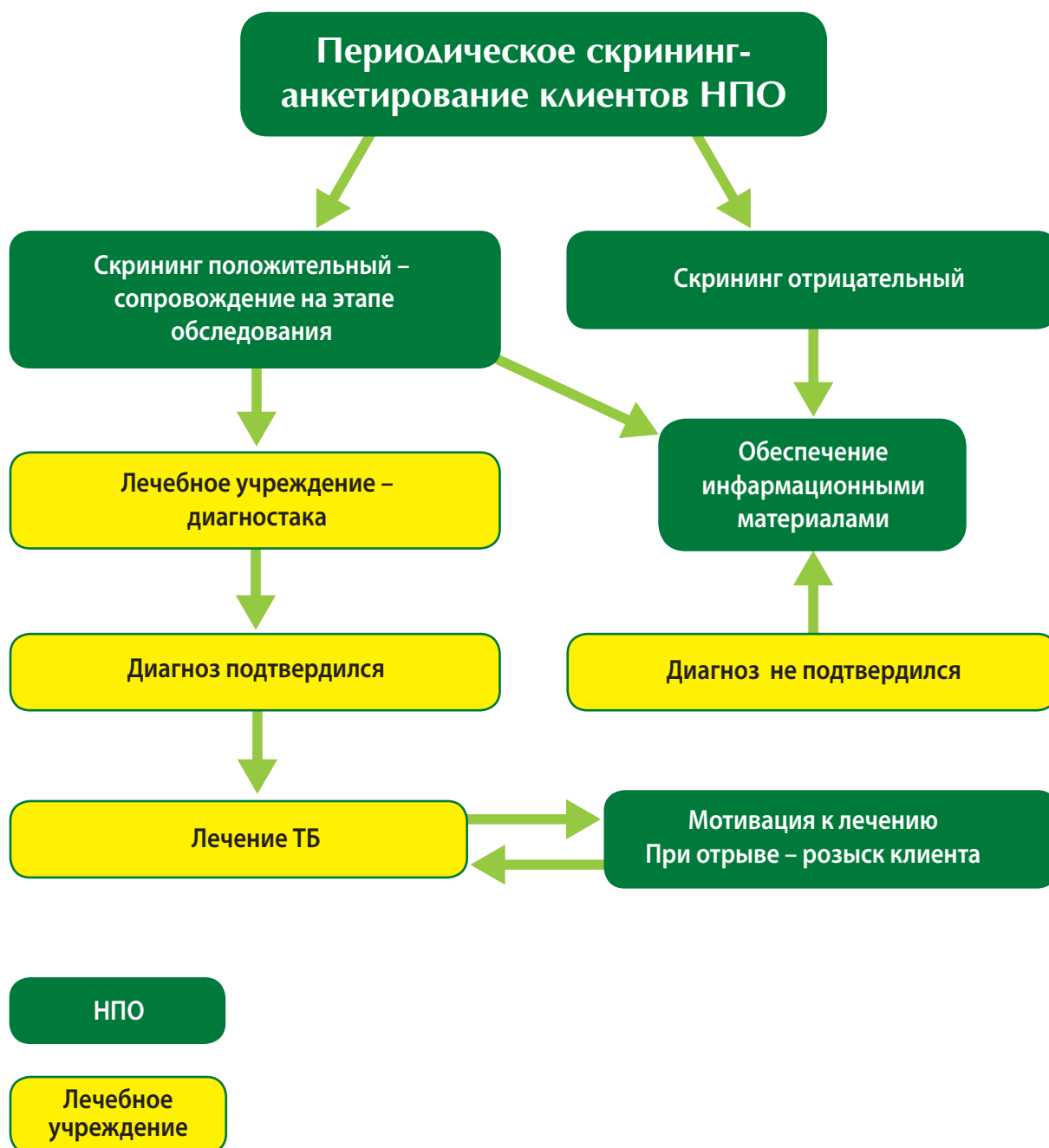
- стоимость (1-4 балла, где 1 – самый дешевый, 4 – самый дорогостоящий);
- сложность организации процесса (1-4 балла, где 1 – самый простой, 4 – самый сложный для организации);
- необходимость специальной подготовки персонала (1-4 балла, где 1 – не требует специальной подготовки, 4 – требуется специалист высокой квалификации);
- необходимость специального оборудования (1-4 балла, где 1 – не требуется оборудования, 4 – требуется сложное оборудование);
- точность (1-4 балла, где 1 – самый неточный метод, 4 – наиболее точный из всех методов).

Вниманию тренера! Следует обратить внимание участников на тот факт, что ни один из рассмотренных методов не позволяет поставить окончательный диагноз, т.е. эти методы применимы только для выявления лиц с подозрением на ТБ для направления в медицинское учреждение, где будут применяться дополнительные методы диагностики для установки окончательного диагноза!



Вывод: ни один из представленных методов не является идеальным для выявления ТБ, поэтому применяется несколько различных подходов, для чего необходим определенный алгоритм:

Алгоритм взаимодействия ЛУ и НПО



3. 2. 2. Ранее выявление ТБ.



Цель: предоставить участникам возможность ознакомиться со скрининговой анкетой и отработать практические навыки проведения скрининг-опроса клиента.



Время: 30 мин.



Описание сессии:

1. Презентация скрининговой анкеты.

Скрининговая анкета

Скрининговая анкета для выявления людей, которые нуждаются в обследовании на туберкулез

В связи с эпидемией туберкулеза в нашей стране Министерство здравоохранения Украины приняло меры для улучшения выявления этого заболевания. Туберкулез – одно из наиболее опасных заболеваний, которое проявляется серьезными симптомами только тогда, когда уже нанесен значительный ущерб здоровью. Поэтому мы предлагаем Вам заполнить анкету, которая даст возможность выявить заболевание на ранних стадиях, что позволит более эффективно его лечить.

Вопросы анкеты (следует дать ответ «да» или «нет»):

1. Есть ли у Вас кашель или покашливание более 2-х недель?
2. Заметили ли Вы в последнее время повышенную утомляемость и слабость?
3. Возникает ли у Вас повышенная потливость, особенно ночью?
4. Уменьшился вес Вашего тела по неопределенным причинам?
5. Случается ли у Вас в последнее время регулярное повышение температуры тела (имеет значение даже незначительное повышение – до 37-37,2°C)?
6. Возникает ли у Вас одышка при незначительной физической нагрузке?
7. Беспокоит ли Вас иногда боль в грудной клетке?
8. Имели ли Вы контакт с больным туберкулезом в течение последних 6-ти месяцев?

Ответ «да» на три и более вопроса не означает, что Вы больны туберкулезом, но это сигнал того, что Вам необходимо обследоваться на туберкулез немедленно, потому что нет никакой уважительной причины рисковать здоровьем и жизнью.

2. Индивидуальная работа. Участники получают экземпляр анкеты, знакомятся с ним, задают уточняющие вопросы.

3. Работа в парах. Тренер предлагает участникам найти в аудитории человека, с которым на протяжении тренинга он общался меньше всего, и предложить ему пройти скрининг на туберкулез, заполняя анкету. После этого участники меняются ролями.

4. Групповое обсуждение по результатам консультирования в парах. Возможные вопросы, которые тренер задает участникам: Сложно ли начать скрининг? Как отреагировал Ваш клиент на вопросы скрининговой анкеты? Сколько времени заняло анкетирование? Какие вопросы возникли у Вашего клиента после скрининга?

После этого тренер проводит мозговой штурм на тему «возможные причины отказа от анкетирования и как мотивировать клиента пройти анкетирование».

3.2.3. Методика сбора мокроты.



Цель: предоставить участникам возможность уяснить правила и алгоритм сбора мокроты и попрактиковаться в обучении клиента, отработать навыки консультирования.



Время: 30 мин.



Описание сессии: тренер должен выяснить у участников, планируется ли в их проектах проводить сбор мокроты. Если не планируется, то сессия сводится только к отработке мотивации к обследованию мокроты. Если в проектах проводится или планируется проведение сбора мокроты, то тренер объясняет алгоритм сбора, его правила, делая акцент на соблюдение мер инфекционного контроля.

1. Групповое обсуждение: должен ли социальный работник проекта знать правила сбора мокроты и зачем?

2. Презентация «Сбор мокроты».

Процедура сбора мокроты:

1. Прополоскать рот.
2. Задержать вдох на несколько секунд, затем медленно выдохнуть 2–3 раза, после чего откашляться.
3. Держать контейнер около самих губ и аккуратно сплюнуть в него мокроту.
4. Закрыть контейнер крышкой.
5. Вымыть руки с мылом

При затрудненном отхождении мокроты следует помассировать грудную клетку или сделать ингаляцию (одна чашка горячей воды с столовой ложкой соли или соды), как правило, этот метод рекомендуется при сборе мокроты дома.

Мокрота собирается в стерильные контейнеры (одноразовые пластиковые или многоразовые стеклянные) с широким горлышком и завинчивающейся крышкой.

Сбор мокроты происходит на открытом воздухе или в специальном хорошо вентилируемом помещении для сбора мокроты, предпочтительно рано утром.

- Первая порция сдается в день обращения в медучреждение.
- Вторая собирается утром дома и приносится в медучреждение.
- Результаты предоставляются на следующий день.

Очень важно объяснить клиенту, что необходимо будет прийти в медицинское учреждение несколько раз!

Требования к месту сбора мокроты на открытом воздухе:

- подальше от мест сосредоточения клиентов;
- хорошо проветриваемое и солнечное (по возможности) место;
- бетонная или асфальтированная площадка (желательно с навесом).

Хранение и доставка мокроты

- мокрота должна быть исследована в течение 24 часов после сбора;
- если это невозможно (лаборатория находится в другом месте или учреждении), то образцы мокроты хранят в холодильнике до 7 суток при температуре +4° С;

- доставка мокроты осуществляется в закрытом контейнере;
- запрещается класть сопроводительные документы внутрь контейнера;
- следует обязательно принять меры по обеспечению защиты персонала от возможного инфицирования.

3. Работа в парах.

Тренер предлагает участникам объединиться в пары и дает всем задание: объяснить клиенту необходимость и алгоритм сбора мокроты. В процессе работы пары должны поменяться ролями.

После этого тренер предлагает поработать с возражениями: продумать, какие могут быть у клиентов предубеждения против сдачи мокроты и как аргументировано убедить клиента в том, что это необходимо сделать.

4. Работа в малых группах. Тренер объединяет участников в группы, каждая получает одинаковый набор карточек. Группы получают задание: сложить из карточек пошаговый алгоритм выявления и лечения туберкулеза. Тренер не предупреждает участников, что среди карточек есть лишние.

Надписи на карточках:

- Скрининг-опрос всех клиентов проекта (анкета).
- Наличие симптомов туберкулеза.
- Отсутствие симптомов туберкулеза.
- Клиенту выдается информационный материал.
- Мотивация клиента к прохождению обследования на туберкулез: предоставление информации об ЛПУ, где можно обследоваться на туберкулез, место сдачи мокроты, график работы.
- Если клиент не доходит до медицинского учреждения: мотивация клиента к прохождению обследования на туберкулез.
- Подтверждение диагноза «туберкулез».
- Диагноз «туберкулез» не подтвержден.
- Стационарное лечение.
- Амбулаторное лечение.
- Дистанционный контроль за лечением туберкулеза в стационаре.
- Контроль за амбулаторным лечением туберкулеза и сохранением приверженности.
- Отбор клиентов для направления в медучреждение по данным скринингового анкетирования.
- Предоставление клиенту информационного материала о туберкулезе.
- Мотивация к прохождению скрининг-опроса при появлении симптомов.
- Сотрудничество с лечащим врачом: при необходимости – помощь в розыске клиента.
- Измерение температуры тела клиента на ПОШ.
- Ознакомление социального работника с результатами анализов клиента.

Далее участники обсуждают правильный алгоритм. Участники возвращаются к своим заданиям и вносят исправления.



Подведение итогов дня



Время: 30 мин.

Тренер делит лист флипчарта на две колонки: «понравилось» и «что можно улучшить», выдает участникам по два стикера разного цвета и просит на одном написать, что понравилось, на другом – что можно было бы улучшить в сегодняшней работе. После чего тренер проводит динамическое упражнение для создания позитивного настроения.

День второй.

Рефлексия первого дня тренинга. План работы второго дня



Цель: актуализировать информацию первого дня тренинга, настроить участников на продуктивную работу.



Время: 30 мин.



Описание сессии: на листе флипчарта тренер готовит плакат:

Самая важная информация первого дня тренинга	Самые яркие события первого дня тренинга
Выводы, которые сделали участники	Рекомендации коллегам, которые не проходили обучение на тренинге

В процессе группового обсуждения тренер записывает в соответствующие разделы плаката высказывания участников. После окончания работы тренер презентует участникам цели и план работы второго дня тренинга.

Тема 4. Лечение туберкулеза

4.1. Базовая информация о лечении.



Цель: предоставить участникам информацию, необходимую для мотивации клиентов НПО к лечению ТБ, ознакомиться с существующими мифами о лечении ТБ и фактами для их опровержения, а также с классификацией основных противотуберкулезных препаратов и особенностях лечения.



Время: 60 мин.



Описание сессии:

1. Упражнение «Правда и мифы».

На противоположных стенах аудитории тренер размещает таблички «Правда» и «Мифы». Участникам зачитываются различные утверждения, после чего они занимают место под соответствующими табличками, после чего тренер предлагает участникам прокомментировать свое мнение. По результатам обсуждения, они могут поменять свое местоположение.

Правда	Мифы
Сегодня туберкулез эффективно лечится.	Лечение туберкулеза заканчивается, когда пациент перестает выделять бактерии.
Туберкулез у ВИЧ-положительного наркопотребителя излечим.	Противотуберкулезные препараты очень дорогостоящие и не доступны простому человеку.
Если пропускать прием противотуберкулезных препаратов, к ним вырабатывается устойчивость.	Туберкулез можно вылечить народными средствами.
Прием некоторых противотуберкулезных препаратов снижает эффективность ЗПТ.	Если в организм человека попала микобактерия туберкулеза, он обязательно заболеет.
Прием противотуберкулезных препаратов должен проходить только под контролем медработника.	Для выявления туберкулеза достаточно флюорографии.
Противотуберкулезные препараты высокотоксичные и у вызывают тяжелые побочные эффекты.	Вылечить туберкулез очень легко.
Противотуберкулезные препараты бесплатны.	Когда микобактерия туберкулеза попадает в организм человека, появляются первые симптомы заболевания.
Стресс может быть толчком к началу заболевания туберкулезом.	Диагноз «туберкулез» для ВИЧ-положительного человека – это приговор.
Лечить мультирезистентный туберкулез долго и дорого.	Мультирезистентный туберкулез легче поддается лечению.
У ВИЧ-положительных пациентов туберкулез часто протекает атипично.	Поскольку противотуберкулезные препараты принимаются под контролем медработника, нет необходимости вырабатывать у пациента приверженность к лечению.
После прекращения бактериовыделения больной туберкулезом продолжает лечиться амбулаторно.	

2. Презентация «Основные понятия о противотуберкулезных препаратах»



Цель:

1. Предоставить участникам базовую информацию о противотуберкулезных препаратах и основных принципах лечения.
2. Сформировать у участников понимание важности соблюдения приверженности к лечению ТБ.
3. Обозначить роль НПО в формировании приверженности к лечению ТБ.

Тренер предоставляет базовую информацию о противотуберкулезных препаратах и основных принципах лечения ТБ. В процессе подачи информации тренер делает акцент на сложности лечения, необходимости мониторинга за побочными реакциями и т.д. с целью сформировать в участников понимание, что только в компетенции специалиста-фтизиатра назначать/отменять/изменять схемы лечения.

Материалы для презентации.

Препараты, применяемые для лечения ТБ (ПТП) делятся на две группы: первого и второго ряда. Такое разделение вызвано различными схемами лечения пациентов с чувствительным и резистентным ТБ. К препаратам первого ряда относятся: изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол. Их всего пять. Эти препараты применяются для лечения чувствительного ТБ. Они наиболее эффективные, относительно дешевые и сравнительно редко вызывают побочные реакции.

Если же МБТ нечувствительна к препаратам первого ряда, пациенту назначают препараты второго ряда (наиболее часто применяются канамицин, капреомицин, левофлоксацин, ПАСК и др.). Следует знать, что препараты второго ряда очень дорогостоящие, чаще вызывают побочные реакции и менее эффективны в сравнении с препаратами первого ряда. Поэтому лечение резистентного ТБ длится намного дольше, чем чувствительного.

После презентации тренер проводит обсуждение с участниками, дает ответы на их вопросы.

3. Презентация «Особенности лечения ТБ»

Цели лечения туберкулеза:

- уменьшить и по возможности остановить передачу туберкулеза от больного;
- вылечить больного от туберкулёза, предотвратить рецидив.

Для успешного лечения туберкулеза необходимо:

- своевременное выявление;
- безотлагательное начало лечения;
- желание и готовность больного пройти весь курс лечения;
- строгое соблюдение назначенных схем лечения.

Для формирования приверженности следует осознавать:

- сложность предстоящей терапии;
- ее длительность;
- возможные побочные эффекты;
- последствия перерывов в лечении.

Мотивация к лечению

Для успешного окончания полного курса противотуберкулезной терапии пациент должен быть осведомлен о:

- возможности полного излечения от туберкулеза, независимо от ВИЧ статуса;
- длительности курса лечения;
- возможных побочных эффектах противотуберкулезных препаратов;
- возможности взаимодействия некоторых ПТП с АРВ препаратами и препаратами ЗТ;
- последствиях прерывания лечения, в т.ч. о развитии устойчивости.

Наиболее часто прерывание лечения происходит после выписки из стационара: пациент чувствует себя лучше, ему сообщают о прекращении бактериовыделения и улучшении рентгенограммы. Для профилактики прерывания пациента необходимо неоднократно информировать о необходимости завершения полного курса еще на этапе стационарного лечения.

Для сотрудников НПО, которые проводят/будут проводить сопровождение клиентов на этапе лечения. Еще до выписки из стационара сотрудник НПО, который будет в дальнейшем сопровождать клиента, должен быть осведомлен о предстоящей дате выписки. Если клиент сам не обращается в НПО, его необходимо разыскать в течение 3-7 дней. В формировании приверженности к лечению может помочь выдача мотивационных пакетов (продуктовых, гигиенических). Сотруднику, осуществляющему сопровождение, важно установить связь с лечащим врачом, чтобы избежать различий в подаче информации клиенту.

Лечение туберкулеза осуществляется по стандартным схемам химиотерапии туберкулёза согласно клиническим категориям больных. Минимальная продолжительность лечения ТБ – 6 месяцев. Максимальная – 20-36 месяцев.

Фазы лечения чувствительного туберкулеза и результат



Лечение мультирезистентного туберкулеза может длиться от 1,5 до 3-х лет.

При лечении ко-инфекции ТБ/ВИЧ первым всегда начинают лечить туберкулез.

Причины неуспешного лечения туберкулеза

- Позднее выявление ТБ.
- Присоединение других оппортунистических инфекций, прежде всего, пневмоцистной и криптококковой (характерно для ВИЧ-позитивных пациентов).
- Перерывы в лечении.

4.2. Барьеры в доступности к диагностике и лечению ТБ



Цель: выявить основные проблемы, препятствующие ранней диагностике туберкулеза у клиентов НПО и других представителей уязвимых групп.



Время: 30 мин.



Описание сессии:

1. Упражнение «Позиционирование».

На стенах аудитории тренер размещает по кругу следующие таблички с надписями:

- Всю сознательную жизнь.
- Обычно «Да».
- В разные периоды жизни по-разному.
- Очень редко.
- Ни разу.

Тренер предлагает участникам стать в центре аудитории, зачитывает утверждения и просит участников занять место под табличкой, соответствующей поведению каждого из них. Тренер призывает быть максимально честными, и, в свою очередь, тоже занимает место под табличкой.

Утверждения:

- Раз в полгода я прохожу минимальное медицинское обследование (стоматолог, гинеколог и т.п.).
- Когда я заболею, то скорее пойду в аптеку, чем обращусь в больницу.
- Если мне назначают таблетки, я полностью прохожу курс лечения.
- Заболев, я выполняю все рекомендации врача.

Тренера интересует мотивация участников, заявивших о том, что выполняют все рекомендации врача и полностью проходят курс лечения (если таковые окажутся в группе). Их возможные ответы: постоянный контроль извне, доверие к врачу.

2. Групповое обсуждение.

Участникам предлагается ответить на вопросы:

- Чем продиктовано такое поведение?
- Отличается ли поведение клиентов проекта от нашего поведения в этом случае?

Подведение итогов упражнения: *ответы свидетельствуют об отношении участников к собственному здоровью, на основе чего можно делать определенные выводы об отношении к своему здоровью и клиентов проектов. В результате определяется роль социальных сотрудников в мотивировании к своевременной диагностике и лечению туберкулеза клиентов проекта.*

3. Работа в малых группах по методу «Карусель».

В аудитории размещаются плакаты с заданиями. Участников объединяют в четыре малые группы. Каждая группа подходит к плакату и начинает работу над своим заданием. Через 5 минут тренер просит группу перейти к другому плакату, ознакомиться с наработками коллег и в течение 1–2 минут дописать недостающее. Все группы проходят по кругу и в итоге возвращаются к своему плакату, сделав дополнения ко всем плакатам.



Задания для упражнения:

- Барьеры, препятствующие раннему выявлению туберкулеза, со стороны клиента НПО.
- Барьеры, препятствующие раннему выявлению туберкулеза у клиентов, со стороны НПО.
- Барьеры, препятствующие раннему выявлению туберкулеза, у клиентов, со стороны ЛПУ.
- Барьеры, препятствующие раннему выявлению туберкулеза у клиентов, со стороны его/ее ближайшего окружения.

Вниманию тренера: на первом этапе выполнения упражнения важно акцентировать внимание участников на откровенном обсуждении барьеров и описании как можно большего их количества в каждой группе. Дополнения лучше делать маркерами разных цветов, чтобы определить активность той или иной команды.

Подведение итогов упражнения: один участник от каждой группы представляет результаты работы. Обсуждаются дополнения других групп и роль НПО в преодолении барьеров.

Примеры барьеров

Со стороны клиента:

- закрытость группы;
- страх разглашения диагноза;
- боязнь стигмы и дискриминации;
- финансовые проблемы;
- недоверие к медицине, к конкретному врачу;
- безразличие к своему здоровью;
- удаленность ЛПУ, неудобный режим работы;
- неумение общаться не в своей среде;
- недостаток информации.

Со стороны окружения:

- негативное отношение;
- отсутствие поддержки;
- мифы;
- стигма, дискриминация;
- непонимание проблемы, ее серьезности;
- авторитет некомпетентных друзей и родных;
- боязнь разглашения.

Со стороны ЛПУ:

- нежелание лечить представителей групп риска;
- пренебрежительное отношение к представителям групп риска;
- очереди;
- платные услуги;
- отсутствие препаратов;
- стигма, дискриминация;
- низкая квалификация врачей;
- отсутствие взаимодействия с НПО;
- требование прописки на территории, которую обслуживает ЛПУ.

Со стороны НПО:

- отсутствие достоверной информации у социальных работников;
- неподготовленность персонала к мотивированию клиентов пройти обследование;
- отрицательный личный пример;
- не отработана система переадресации в ЛПУ;
- страх инфицироваться у сотрудников НПО;
- отсутствие системного подхода в удовлетворении потребностей клиента в лечении.

Подведение итогов упражнения: большое количество препятствий для раннего выявления туберкулеза у клиентов из уязвимых групп обосновывает необходимость нашего участия. НПО здесь служат связующим звеном между клиентами и ЛПУ, которое, тем самым, снижает ряд барьеров для клиентов.

Тема 5. Работа с клиентами НПО

5.1. Алгоритмы консультирования.



Цель: ознакомить участников с основными принципами работы с клиентами НПО, обучить основным принципам консультирования.



Время: 1 час 30 мин.



Описание сессии:

1. Презентация «Этические принципы работы в НПО по компоненту ТБ».

Работа НПО по компоненту «туберкулез» базируется на принципах добровольности и конфиденциальности, со всеми клиентами подписывается форма информированного согласия.

Этические принципы:

- **Добровольность**

Клиент участвует в проекте добровольно и по собственному согласию. Он всегда имеет право отказаться от той или иной услуги. Задача социального работника – взвешенно и нейтрально объяснить возможные последствия такого шага и преимущества получения соответствующих медицинских услуг. Отказ от получения услуг при посредничестве НПО не должен ни в коем разе ограничивать доступ лица к этим самым услугам при самостоятельном обращении или при посредничестве других организаций или структур.

- **Конфиденциальность**

Этот принцип предусматривает защиту информации об определенном лице от разглашения. К конфиденциальным данным относится вся персональная информация (имя, дата и/или год рождения, контактные данные), а также любые данные, связанные с состоянием здоровья клиента (ВИЧ-статус, наличие других заболеваний, практикуемое поведение или обращение за теми или иными услугами). Социальные работники и другие сотрудники НПО обязуются соблюдать конфиденциальность всей персональной и медицинской информации и подписывают соответствующий документ.

- **Информированное согласие**

Обязательным является внедрение процедуры информированного согласия. Она предусматривает детальное объяснение клиенту цели проекта, мероприятий в которых он должен участвовать, объема данных, которые собираются, методов защиты личной информации и всех других условий участия в проекте. Описываются возможные риски и преимущества, последствия отказа от участия и пути получения аналогичных услуг. Эта информация разъясняется клиенту ответственным сотрудником, а также излагается в письменном виде в специально разработанной «форме информированного согласия». После объяснения и ознакомления с текстом участник подтверждает свое согласие, подписывая форму, после чего ее подписывает и сотрудник проекта. Для сохранения анонимности, возможно использование подписи в виде инициалов. Копия формы без подписей предоставляется клиенту.

2. Индивидуальная работа.

Каждому участнику выдается форма информированного согласия и предоставляется время на ее изучение (см. Приложение 4).

3. Презентация «Информация о туберкулезе для клиентов НПО».

Темы для раскрытия: что такое туберкулез, возбудитель туберкулеза, свойства микобактерий, пути передачи туберкулеза, симптомы туберкулеза (для подготовки презентации тренер может воспользоваться информацией из «Уроков снижения вреда»⁴).

Работа в тройках: *тренер объединяет участников в группы-тройки и просит подготовить информационное сообщение на 1–2 мин. по одному из вопросов:*

- Какой микроорганизм является возбудителем туберкулеза, каковы его особенности?
- Каковы пути передачи туберкулеза?
- Кто может являться источником туберкулезной инфекции?
- При каких условиях микобактерия туберкулеза долго сохраняется во внешней среде?
- Каким способом быстрее всего убивается микобактерия туберкулеза во внешней среде?
- Какие группы населения наиболее уязвимы к туберкулезу?

При подготовке участники могут использовать раздаточный материал, заблаговременно подготовленный тренером – брошюры о ТБ, информационные листовки, рекомендации и т.п.

4. Обсуждение алгоритмов консультирования клиентов проекта по вопросам туберкулеза.

Тренер проводит обсуждение (с записью на флипчарте) по теме: в каких случаях клиенту проекта может понадобиться консультация по вопросам туберкулеза? С помощью группы тренер выписывает на флипчарт виды консультирования клиентов по вопросам туберкулеза.

После этого предлагается работа в малых группах – тренер просит участников написать цель и алгоритм консультирования по вопросам туберкулеза для одной из указанных групп:

- клиент, которого не беспокоит состояние его здоровья;
- клиент, которого беспокоят симптомы, характерные для туберкулеза;
- клиент, который имел контакт с больным туберкулезом;
- клиент, у которого впервые диагностирован туберкулез;
- клиент, который проходит лечение от туберкулеза;
- клиент, который отказывается от лечения туберкулеза.

⁴ <http://www.aidslessons.org.ua/ua/uroki/i-riven/85-urok-6-tuberkuloz.html>

5. Презентация «Алгоритмы консультирования»

Клиент, которого не беспокоит его здоровье

Цель консультирования: мотивация к прохождению скрининга на туберкулез.

Этапы консультирования:

- выяснение степени информированности о ТБ;
- определение факторов риска (контакт с больным ТБ, наличие ВИЧ-инфекции, химической зависимости);
- проведение скрининга на ТБ.

Клиент с жалобами на состояние здоровья

Цель консультирования: мотивация к немедленному обследованию.

Этапы консультирования:

- проведение скрининга на ТБ и инфекционный контроль;
- потребность ранней диагностики ТБ;
- переадресация на обследование;
- особенности и возможности лечения ТБ.

Клиент имел контакт с больным ТБ

Цель консультирования: мотивация к немедленному обследованию.

Этапы консультирования:

- при необходимости – снятие стресса;
- необходимость своевременной диагностики;
- мотивация к немедленному обследованию.

Клиент с впервые диагностированным ТБ

Цель консультирования: оказание психологической поддержки + ИК.

Этапы консультирования:

- снятие стресса;
- снижение самостигматизации;
- мотивация к лечению;
- соблюдение приверженности.

Клиент на амбулаторном этапе лечения

Цель консультирования: поддержка приверженности к лечению.

Этапы консультирования:

- особенности лечения ТБ, возможность рецидива;
- необходимость не прерывать лечение;
- формирование уверенности в выздоровлении;
- снижение самостигматизации.

Клиент отказывается от лечения ТБ

Цель консультирования: мотивация к началу лечения и соблюдению режима лечения.

Этапы консультирования:

- выяснение причин отказа;
- обсуждение особенностей развития ТБ;
- выработка понимания, что ТБ – излечимое заболевание;
- снятие страхов;
- возможность помощи и поддержки в процессе лечения.

5. 2. Отработка навыков консультирования клиентов по раннему выявлению туберкулеза



Цель: улучшить навыки консультирования клиентов по вопросам туберкулеза.



Время: 60 мин.

Описание сессии:



1. Консультирование клиентов.

Тренер объединяет участников в группы-тройки и дает задание провести консультацию для следующих клиентов:

- клиент, который не беспокоится о состоянии своего здоровья;
- клиент, которого беспокоят симптомы, похожие на туберкулез;
- клиент, имеющий контакт с больным туберкулезом;
- клиент, у которого впервые диагностирован туберкулез;
- клиент, находящийся на амбулаторном этапе лечения туберкулеза;
- клиент, отказывающийся от лечения туберкулеза.

Каждая группа выбирает, кто будет играть роль клиента, консультанта и наблюдателя, в процессе консультаций желательна смена ролей.

Для работы в группах можно использовать карточки с историями клиентов:

1. Клиент НПО прошел курс стационарного лечения в тубдиспансере, выписан с рекомендацией продолжить лечение амбулаторно. Самостоятельно прервал амбулаторное лечение.
2. Клиент НПО прошел курс стационарного лечения в тубдиспансере, выписан с рекомендацией продолжить лечение амбулаторно. При посещении НПО сообщил социальному работнику, что чувствует себя хорошо и не понимает, зачем «убивать печень таблетками».
3. Клиент НПО устраивается на новое место работы, связанное с перевозкой продуктов питания. Ему необходимо пройти медицинскую комиссию, включая флюорографию. Он интересуется у других клиентов, где можно купить справку, так как считает, что чувствует себя хорошо и не нуждается ни в каких обследованиях.
4. Женщина, 25 лет, работает в проекте снижения вреда ВИЧ-сервисной НПО на пункте обмена шприцев. До недавнего времени была ПИН. Узнав, что один из сотрудников заболел открытой формой ТБ, очень испугалась. Теперь не знает, нужно ли ей обследоваться.
5. Социальный работник осуществляет свою деятельность в проекте снижения вреда ВИЧ-сервисной НПО. Один из работников НПО заболел открытой формой ТБ, после чего все сотрудники решили пройти комплексное обследование. По результатам этого обследования, у него диагностирован ТБ лёгких. Фтизиатр настаивает на срочной госпитализации.

2. Работа с контактными лицами.



Цель: сформировать у участников понимание важности обследования контактных лиц с целью возможного выявления ТБ.

Презентация «Мотивация к обследованию и проведению профилактики»

Лица, находящиеся в контакте с больным ТБ, также относятся к группам риска, ведь по статистике, заболеваемость среди контактных лиц в 80 раз выше чем в среднем среди населения. Поэтому при выявлении пациента с ТБ необходимо определить лиц, с которыми он контакти-

ровал и мог инфицировать. Поскольку ТБ – воздушно-капельная инфекция, отследить все контакты пациента практически невозможно, поэтому отслеживаются только бытовые как наиболее близкие и следовательно наиболее опасные с точки зрения вероятности заболевания. Бытовой контакт с заболевшим означает пользование общей кухней, санитарными помещениями (ванная, туалет), спальней, гостиной.

Контакт больным ТБ опасен еще и тем, что заболевание у контактного лица может развиваться не сразу, а спустя 3-6 месяцев, иногда даже больше. Следовательно, однократного проведения обследования контактных лиц недостаточно, поэтому их берут на учет в противотуберкулезные учреждения и наблюдают в течение всего периода контакта и на протяжении года после прекращения контакта.

Особенно велика опасность контакта с больными ТБ для ВИЧ-инфицированных, поскольку вероятность заболеть у них значительно выше, чем у лиц с отрицательным ВИЧ-статусом. Их не только наблюдают, но и проводят профилактическое лечение. С этой целью назначают один противотуберкулезный препарат (изониазид) в течение 6 месяцев.

3. Отработка навыков консультирования и мотивации.

Вся группа объединяется в пары, которые репетируют консультирование по темам, которые обсуждались во время сессии. После этого приглашаются 2-3 пары для презентации консультации. Завершается работа интерактивным обсуждением всей группой.

ТЕМА 6. Инфекционный контроль

6. 1. Основные понятия и виды инфекционного контроля.



Цель: дать участникам понятие об инфекционном контроле. Мотивировать их к внедрению элементов инфекционного контроля по туберкулезу в НПО. Отработать минимальные необходимые навыки внедрения инфекционного контроля в НПО. Отработать навыки работы с контактными лицами.



Время: 45 мин.



Описание сессии:

1. Презентация «Инфекционный контроль»

Инфекционный контроль (ИК) состоит из комплекса мероприятий, направленных на предупреждение передачи туберкулеза в местах скопления людей. Существуют три основных вида мероприятий: административные, контроля окружающей среды (инженерные) и индивидуальные.

Защититься от туберкулеза и других аэрогенных инфекций намного сложнее, так как:

- источник зачастую не известен;
- инфекция быстро распространяется;
- не дышать невозможно.

Условия существования эпидемического процесса

- источник инфекции;
- пути передачи инфекции;
- восприимчивый организм

Источник ТБ инфекции:

- источником инфекции является больной, который при кашле, чихании, разговоре выделяет микобактерии туберкулёза (мазок с положительным результатом);
- в среднем один больной, выделяющий МБТ, может заразить 15-20 человек в год.

Факторы, влияющие на риск заболеть:

- концентрация воздушно-капельной инфекции, которая определяется количеством микроорганизмов, попадающих в окружающую среду;
- интенсивность вентиляции в помещении;
- продолжительность контакта.

Характеристики больного ТБ, влияющие на количество МБТ, которые попадают в окружающую среду, и таким образом увеличивают риск передачи инфекции:

- распространенность патологического процесса в легких и дыхательных путях;
- наличие кашля и его интенсивность;
- наличие МБТ в мокроте при обследовании под микроскопом;
- наличие полостей распада в легких, которые видны на рентгеновских снимках;
- несоблюдение больным гигиены кашля: отсутствие привычки прикрывать рот и нос во время кашля или чихания;
- неадекватное лечение и лечение с частыми перерывами.

Чтобы уменьшить возможность передачи инфекции, человека, который кашляет, необходимо научить соблюдать «**гигиену кашля**», что является одним из самых простых, дешевых и эффективных способов ограничить попадание микобактерии в окружающую среду. С этой целью следует использовать хирургическую маску или носовой платок.

2. Факторы среды

Факторами среды, которые приводят к распространению инфекции, являются следующие:

- контакт с больным ТБ в пределах относительно небольшого закрытого пространства;
- длительный контакт с больным (семейный, производственный);
- отсутствие вентиляции, которая позволяет «очистить» окружающую среду путем доступа чистого воздуха и удаление капельных частиц, содержащих МБТ;
- отсутствие возможности проведения обеззараживания воздуха с помощью бактерицидного облучения.

Характеристика «благоприятного» к инфекциям организма:

- снижение иммунитета: ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, заболевания, при которых больные долгое время получают гормональные препараты (ревматоидные болезни, бронхиальная астма и др.).

3. Разделы инфекционного контроля

Административные меры являются самыми важными, дешевыми и эффективными. Это первый, наиболее важный уровень контроля, который заключается в использовании мер по профилактике попадания инфекции в окружающую среду и таким образом содействуя снижению

интенсивности воздействия МБТ на сотрудников и клиентов НПО. К важным мероприятиям административного контроля можно отнести:

- раннее выявление ТБ;
- разработку и внедрение мер профилактики, которые внесены в план по ИК;
- соответствующее обучение сотрудников и клиентов НПО.

Меры по контролю за состоянием окружающей среды (инженерные) направлены на снижение концентрации инфекционных частиц в воздухе помещений, где находятся больные туберкулезом или лица с подозрением на туберкулез. Они включают в себя использование естественной и искусственной вентиляции, ультрафиолетового бактерицидного облучения.

Индивидуальные средства защиты используются в местах с высоким риском передачи МБТ, чтобы уменьшить вероятность инфицирования в условиях, когда другие два вида мероприятий не могут предупредить риск заражения. Средства защиты органов дыхания предусматривают их использование у работников, работающих в зонах повышенного риска (в местах пребывания больных ТБ), от передачи бактерий туберкулеза. Такая защита заключается в использовании респираторов.

Разделение / изоляция лиц с подозрением на туберкулез. В НПО работают с разными клиентами и, соответственно, применяют различные варианты работы: индивидуальные и групповые.

Мероприятия ИК должны применяться к тем лицам, которые определенный период времени находятся в одном помещении, особенно когда там находятся беременные и ВИЧ-инфицированные.

Разделение/изоляция состоит в том, чтобы при индивидуальном занятии найти возможность принять клиента, который кашляет, в другой части заведения, с целью его отделения от других. Составляя графики групповых занятий, планируйте их таким образом, чтобы в первую очередь приходили клиенты с меньшим риском инфицирования ТБ. Например, сначала занятия проводим с беременными (все беременные проходят медосмотр), а затем – с ВИЧ-инфицированными и ПИН. Это один из самых эффективных средств снижения риска инфицирования и передачи туберкулеза в учреждениях НПО.

Важно также напомнить участникам о важности **культуры кашля**: во время зевания, чихания и кашля следует прикрывать рот и нос рукой или носовым платком.

Для наглядности можно провести упражнение со свечой: двум участникам предлагается выйти в центр аудитории. Одному выдается носовой платок или маска. На расстоянии вытянутой руки от участника становится человек с зажжённой свечой, держа ее на уровне лица. Затем, всем участникам тренинга предлагается покашлять, подышать и поговорить «на свечу». Только у участника в маске свеча продолжит гореть. Таким образом, можно продемонстрировать «культуру кашля».

4. Анализ ситуаций. Группа объединяется в тройки, каждая тройка получает ситуационную задачу. Примеры возможных задач-ситуаций:

Ситуация 1. В группе взаимопомощи, которая работает уже несколько лет на постоянной основе, узнали, что у одного из посещающих ее клиентов выявили активную форму туберкулеза.

Ситуация 2. В НПО обратился молодой человек, закончивший университет по специальности «психолог», с просьбой об устройстве на работу. Он сообщил, что в настоящее время завершает курс противотуберкулезной терапии.

Ситуация 3. В НПО в проекте по профилактике ВИЧ в тюрьмах работает молодая женщина-волонтер. В тюрьме она познакомилась с парнем, который отбывал срок за употребление инъекционных наркотиков, и хочет кардинально изменить свою жизнь. После освобождения они

начали совместную жизнь. Он ищет работу, а пока помогает ей по дому, ухаживает за ее детьми, помогает ей в проектах. Недавно выяснилось, что он болен открытой формой туберкулеза, скрывает это, не лечится.

Ситуация 4. В НПО, работающем в проекте по предоставлению немедицинского ухода, обратилась мать клиента с просьбой о помощи. Ее сын, ПИН, находится в терминальной стадии ВИЧ-инфекции и погибает от открытой формы туберкулеза. Для лечения нужны деньги и она вынуждена работать, при этом он остается дома один, без ухода, что катастрофически ухудшает состояние. Врачи посоветовали ей нанять сиделку, но у нее нет средств, поэтому она и обратилась в это НПО за помощью.

Ситуация 5. У волонтера НПО выявлен туберкулез периферических лимфатических узлов (внелегочная форма туберкулеза). Он хочет продолжить свою работу в проекте снижения вреда.

Ситуация 6. Клиента НПО срочно госпитализировали после одной из встреч по поводу «острого живота». После проведенной операции выявлен туберкулез кишечника. Пораженный участок кишечника удален. Через 10 дней его выписали домой с улучшением. Он хочет продолжать посещать группу. Боится принимать противотуберкулезные препараты.

Ситуация 7. В НПО поступили жалобы от клиентов о том, что в противотуберкулезном диспансере не проводят ДКТ перед обследованием на ВИЧ. При визите к руководству диспансера выяснено, что в штате не предусмотрен психолог. Сотрудник НПО, будучи ЛЖВ, вызвался проводить такую работу в диспансере.



Задание участникам:

- Проанализируйте ситуацию, изложенную в задаче.
- Разработайте план действий по разрешению ситуации.
- Представьте план действий.

Каждая группа представляет результат работы, другие группы комментируют предложенные планы.

6.2. Выполнение мероприятий инфекционного контроля



Время: 30 мин.



Описание сессии:

1. Групповое обсуждение (с записью на флипчарте) темы, какими мерами можно защитить сотрудника НПО, работающего с представителями групп риска, среди которых могут быть люди, больные активной формой туберкулеза.

2. Работа в трех малых группах «Распределение потоков».

Тренер заранее готовит плакаты с ориентировочным планом помещений НПО и записывает на флипчарте общее задание для всей группы: распределить потоки клиентов и сотрудников проекта с максимальным соблюдением правил ИК.

Помещение вашей организации посещают ... :

- члены группы самопомощи для пациентов туберкулезного стационара;
- Клиенты ПОШ;
- ПИН, которые приходят на ДКТ;

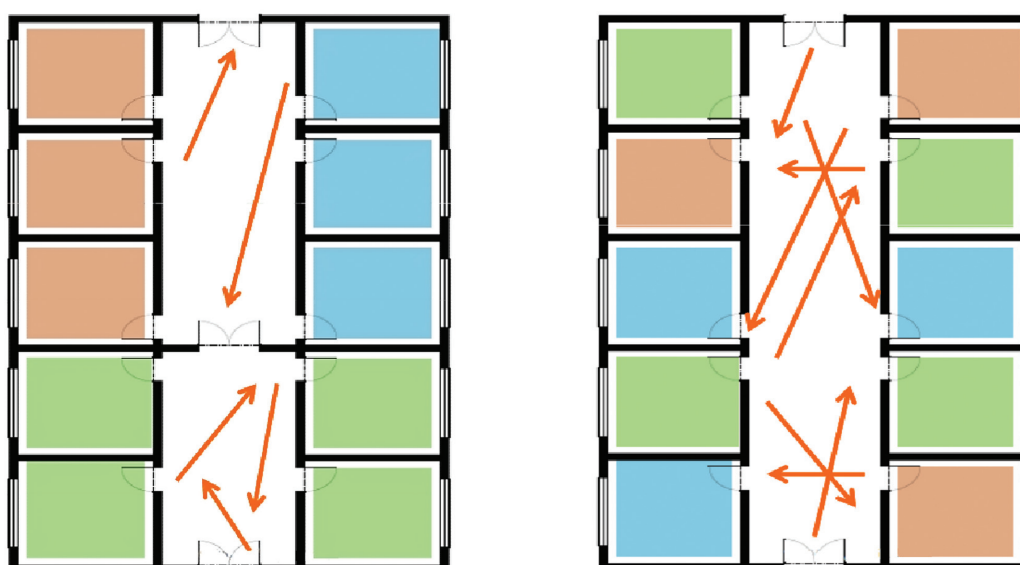
- волонтеры для участия в регулярных собраниях;
- члены инициативной группы ЛЖВ с целью периодических встреч;
- в помещении постоянно работают документатор, социальный работник, бухгалтер и руководитель.

Примеры плакатов №1 (начальные):




Примеры плакатов №2 (для работы в группах и дальнейшего обсуждения)⁵

Возможная оптимизация размещения комнат проекта и распределение потоков людей



 – прием клиентов, консультации

 – офисные комнаты, бухгалтерия

 – другие помещения

 – схемы движения клиентов и сотрудников НПО

⁵ Материалы 3-го международного TUBIDU тренинга
https://intra.tai.ee/images/TUBIDU/tubidu_rom_day_1_module_3_tb_infection_control_in_cbo_sg.pdf

Тема 7. Построение партнерств и создание механизма предоставления услуг клиентам проекта



Цель: прояснить ожидания от партнерства в рамках проекта по раннему выявлению туберкулеза всех участников, продумать ключевые моменты организации взаимодействия.



Время: 30 мин.



Описание сессии:

1. Задания для работы в трех малых группах

- Ожидания ЛПУ от НПО при построении сотрудничества по проекту.
- Ожидания НПО от ЛПУ в проекте по раннему выявлению туберкулеза.
- Ожидания клиента от проекта по раннему выявлению туберкулеза.

Возможные ожидания

Клиентов:

- материальная помощь;
- социальное сопровождение, опека;
- конфиденциальность;
- отсутствие бумажной волокиты;
- улучшение качества лечения;
- помощь в оформлении документов, пенсий;
- благополучны результат лечения.

ЛПУ от НПО:

- финансовая поддержка;
- своевременная доставка клиента;
- не мешать медику;
- не давать ложных рекомендаций;
- выполнение клиентом всех назначений;
- корректное отношение к медику;
- соблюдение субординации;
- помощь при расширенном обследовании;
- мотивационная работа с клиентами.

НПО от ЛПУ:

- установление долгосрочного сотрудничества;
- профессиональное отношение к клиентам /отсутствие дискриминации;
- подбор небезразличного и толерантного персонала;
- возможность замены медицинского персонала проекта;

- понимание потребностей клиентов и гибкость в организации работы (время, график работы, выход к клиентам);
- получение рекомендаций от ЛПУ по улучшению работы/инфекционному контролю;
- прием и лечение клиентов;
- обучение персонала НПО и клиентов вопросам профилактики и лечения ТБ;
- ответственность ЛПУ при подготовке отчетности по проекту;
- выполнение своих обязанностей, инициативность в улучшении работы проекта.

2. Групповое обсуждение: что важно учесть при построении взаимодействия с ЛПУ. Участники выбирают варианты из наработанных списков трех групп и тренер фиксирует это на флипчарте.



Подведение итогов дня



Цель: предоставить возможность участникам дать оценку второму дню тренинга для внесения корректив в дальнейшую работу.



Время: 15 мин



Описание сессии:

Перед сессией тренер рисует на листе флипчарта портфель, кастрюлю и корзину. Для подведения итогов раздает участникам по несколько стикеров и напоминает о тех темах, которые обсуждались в течение дня, после чего просит участников записать на отдельных стикерах, что из этого они уже готовы использовать в своей работе, что еще нужно дополнительно обсудить и уточнить («переварить»), а что им, скорее всего, не пригодится. Стикеры с информацией, полезной для работы, клеятся на портфель, с «непереваренными» вопросами – на кастрюлю, с «бесполезными» вопросами – на корзину. Участники не зачитывают и не комментируют свою оценку. После окончания работы тренер анализирует ответы участников и на основе стикеров из «кастрюли» и «корзины» готовит вопросы для рефлексии следующего дня тренинга.

День третий

Модуль 2. Адвокация в сфере ТБ

Тема 1. Адвокация

1. 1. Цели и задачи адвокации, ее компоненты.



Цель: выяснить ожидания всех участников от партнерства в рамках проекта по раннему выявлению туберкулеза, продумать ключевые моменты организации взаимодействия.



Время: 50 мин.

Описание сессии:



Тренер описывает задачи сессии и просит участников поделиться своими мыслями о том, что для них означает понятие «адвокация». При обсуждении участники проводят примеры деятельности, которую они считают адвокацией, группа их обсуждает.

1. Презентация «Адвокация».

Адвокация – это серия скоординированных мероприятий предназначенных для получения политической и социальной поддержки и убеждения политиков, доноров и чиновников, принимающих решения на национальном, региональном, районном и местном уровнях, принять жизненно важные решения, разработать и утвердить необходимые нормативные акты, выделить финансирование и предпринять другие шаги, необходимые для эффективной борьбы с ТБ. Воздействие на этих лиц осуществляется с использованием различных каналов.

Цель адвокации в борьбе с ТБ – мобилизовать политическую поддержку, а также увеличить и поддерживать на нужном уровне финансирование и обеспечение программ борьбы с ТБ. Мероприятия по адвокации проводятся для того, чтобы:

- национальные правительства и местные администрации оставались стабильно привержены внедрению стратегии программ контроля над ТБ; разрабатывались и внедрялись соответствующие стратегии и документы, способствующие положительным изменениям (расширялся доступ к услугам по диагностике, медицинской помощи и лечению для людей с ТБ и ВИЧ, и т.д.);
- закреплялись соответствующие практики; финансовые и другие ресурсы распределялись и использовались эффективно.

Целевые группы для мероприятий по адвокации: политики, высокопоставленные чиновники, влиятельные лица, лидеры и доноры.

Определение термина «адвокация». *Определение пишется на флипчарте и лист размещается на стене, чтобы он был виден на протяжении всего тренинга.*

Адвокация в борьбе с ТБ – это ряд скоординированных мероприятий, направленных на то, чтобы оказать влияние на высокопоставленных политиков и чиновников, с целью заручиться их поддержкой для обеспечения стабильного финансирования, разработки необходимых нормативных актов и предоставления других ресурсов.

Адвокация включает три следующих компонента:

- **Адвокация политики** направлена на достижение понимания политиками и руководителями того, как проблемы, связанные с ТБ, могут оказать (и оказывают) влияние на страну и какие действия необходимы для улучшения законодательства и стратегий.
- **Программная адвокация** нацелена на лидеров на национальном и местном уровне и побуждает их предпринимать активные действия в поддержку программ борьбы с ТБ.
- **Медиа-адвокация** придает значимость вопросу, ставит проблему на повестку дня и напоминает о том, что освещать темы, связанные с ТБ, нужно регулярно и ответственно, чтобы таким образом повышать осведомленность общества и, возможно, найти решения существующих проблем.

Тренер спрашивает участников, какие самые распространенные адвокационные мероприятия они могут назвать. После обсуждения дает правильные определения.

Адвокация осуществляется посредством ряда мероприятий, зачастую несколькими одновременно, чтобы мобилизовать общественную поддержку и воздействовать на высокопоставленных политиков. Самыми распространенными являются следующие мероприятия:

- парламентские дебаты и другие политические события;
- пресс-конференции;
- новостные сюжеты;
- телевизионные и радио ток-шоу;
- саммиты, конференции и симпозиумы;
- выступления известных публичных личностей;
- встречи представителей различных парламентских групп и общественных организаций, организаций людей, которых коснулась проблема, медработников;
- встречи партнерских организаций;
- официальные меморандумы;
- петиции.

Для достижения успеха мероприятий по адвокации очень важно планирование:

- Исследуйте: соберите информацию, подтверждающую наличие проблемы.
- Определяйте: ясно и лаконично опишите проблему.
- Обучайте: информируйте высокопоставленных чиновников о проблеме (потребности) и о путях ее решения.
- Рекомендуйте: предлагайте правительственным чиновникам провести необходимые изменения для решения проблемы.
- Мобилизуйте: мобилизуйте общество для влияния на чиновников.

2. Адвокация, коммуникация и социальная мобилизация (АКСМ)

Тренер раздает заранее подготовленный материал – распечатанную таблицу «Различия между компонентами АКСМ». Участники должны рассмотреть его и понять различие между адвокацией, коммуникацией и социальной мобилизацией. Тренер подчеркивает, что они взаимосвязаны и дополняют друг друга.

Понятие	Цель (что это может изменить?)	Целевая аудитория	Типичные индикаторы успеха
Адвокация	Мобилизовать политическую поддержку, а также увеличить и поддерживать на нужном уровне финансирование и другие ресурсы для борьбы с ТБ. <i>(Может изменить политику в области ТБ и ВИЧ, внедрение политики, законов и практик; обеспечение финансовых и других ресурсы)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Лица, принимающие решения на всех уровнях: национальном, региональном или местном. Высокопоставленные политики. Влиятельные личности. Доноры (спонсоры). 	Разработанные и принятые законы, постановления, приказы, практики и др., способствующие позитивным изменениям (<i>доступ людей с ТБ и ВИЧ к диагностике и лечению</i>), а также увеличенное финансирование и ресурсы.
Коммуникация	Улучшить знания, изменить отношение и поведение. <i>(Может изменить осведомленность, знания, отношение, поведение)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Отдельные (<i>целевые</i>) группы населения. Население в целом. Медицинские работники. 	Улучшенные знания, положительные изменения отношения и поведения, которые способствует обращению людей за диагностикой и прохождению полного курса лечения.
Социальная мобилизация	Вызвать общественную поддержку, создавать партнерства, вовлекать людей, которых коснулась проблема ТБ, в разработку, обсуждение и принятие решений, связанных с контролем над ТБ. <i>(Может привести к большей осведомленности, поддержке, требованию предоставления ресурсов и услуг)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Общество. Общественные организации. Религиозные лидеры. Социальные сети. 	Существующая проблема решена и вовлечено большее количество людей.

Тренер спрашивает участников, какие навыки нужны для эффективной адвокации. Группа рассматривает этот вопрос, используя материалы электронной презентации. Тренер также раздает раздаточный материал – распечатку «Навыки эффективной адвокации» и дополняет, если нужно, ответы участников.

Навыки, необходимые для эффективной адвокации:

- Знание и понимание темы, вопроса, предмета.
- Навыки ведения переговоров и убеждения.
- Навыки общения со СМИ (использования коммуникативных каналов).
- Уверенность и убежденность.
- Эффективные коммуникативные навыки.

Знание и понимание темы

- Определите проблему или вопрос, важные для сообщества:
 - доступ к квалифицированным услугам ДОТС для людей с симптомами, вызывающими подозрение на туберкулез;
 - быстрая диагностика;
 - бесплатное противотуберкулезное лечение.
- Соберите и документально оформите точную и свежую информацию:
 - узнайте точно, что происходит;
 - получите как можно больше подтверждений (доказательств).
- Проанализируйте и оцените влияние политики, закона или практики:
 - прочитайте документы и дайте их для ознакомления другим;
 - обсудите с партнерами, есть ли эффект от внедрения.

Навыки ведения переговоров и убеждения:

- Всегда концентрируйте внимание на цели и задачах переговоров.
- Подкрепляйте свои аргументы цифрами и фактами.
- Будьте терпеливы, не спешите.
- Будьте в согласии и единении со своей группой во время дискуссии.
- Помните о своих возможностях (ограничениях) и обязательствах.
- Продолжайте диалог даже в трудных ситуациях.
- Не показывайте неприятие взглядов других людей или неуважение к ним – будьте спокойны и вежливы.
- Слушайте, сочувствуйте и наблюдайте.
- Оставайтесь оптимистом. Используйте тон голоса и убедительную речь.
- Внимательно относитесь к тому, что говорите – выполняйте обещания и обещайте только то, что Вы можете выполнить.
- Не обманывайте и не вводите в заблуждение.
- Отступайте, но не сдавайтесь – стройте отношения на долговременной основе.

Навыки общения со СМИ (использование коммуникативных каналов):

- Узнайте, что ищет журналист для создания сюжета.
- Создайте эффективные «заготовки» – разработайте специальные сообщения (рекламный стиль), чтобы у Вас было больше шансов заинтересовать прессу.
- Развивайте презентационные навыки.
- Устанавливайте хорошие отношения с журналистами для усиления гласности.
- Подумайте, что нужно рассказать, а что нет, общаясь с журналистами.
- Контролируйте, как Ваши основные сообщения представлены в СМИ.
- Познакомьтесь с профессиональной терминологией (жаргоном) СМИ, чтобы говорить со своим собеседником на одном языке.

Уверенность и убежденность (увлеченность):

- Изучите предмет/тему/вопрос.
- Попрактикуйтесь в выступлениях (презентациях) и ответах на вопросы.
- Определите и используйте свои сильные стороны в межличностном общении и коммуникативные навыки.
- Внимательно подготовьте ключевые информационные сообщения.
- Высказывайте свою точку зрения с энтузиазмом.

1. 2. Отработка навыков: ситуационные упражнения по адвокации



Цель: отработать практические навыки участников по планированию адвокационных мероприятий для преодоления барьеров в доступе пациентов к лечению и формирования идеального поведения.



Время: 40 мин.



Описание сессии:

1. Общее упражнение

В пленарном режиме проводится ситуационное упражнение по адвокации, как пример того, как с помощью адвокационных мероприятий можно преодолеть существующие барьеры на пути к идеальному поведению пациента. Тренер сообщает участникам, что это упражнение подготовит их к выполнению следующего задания.

Тренер раздает раздаточный материал «Ситуационное упражнение по адвокации».

В районе А наблюдается очень высокий уровень заболеваемости ТБ и низкий процент успешного излечения. Район плохо обеспечен фтизиатрами, кроме того здесь затруднен доступ к получению услуг в рамках первичной медицинской помощи – не во всех селах есть центры здоровья (и вообще медицинские работники). В связи с этим А был включен в список районов, в которых в рамках одного из проектов в поддержку Национальной программы борьбы с ТБ планируется создание коммунитарных центров для пациентов с ТБ (как прошедших курс лечения, так и направленных для прохождения лечения после выписки из больницы) и членов их семей.

Центры под руководством фтизиатров будут контролировать лечение пациентов, выписанных из больницы, для продолжения лечения в амбулаторных условиях (вести ДОТС), а также предоставлять лицам, затронутым ТБ, различные виды помощи (юридическую, социальную, психологическую, материальную). Ремонт помещения, оборудование, приобретение автомобиля и содержание центра, включая зарплату сотрудников, будут оплачены из средств проекта. Районная администрация должна предоставить помещение для него, а по истечении срока действия проекта принять центр на свой баланс. Однако ряд районных руководителей отказываются подписать меморандум о сотрудничестве и создании центра. Без их согласия начать работы по созданию центра невозможно.

Тренер дает участникам 2-3 минуты, чтобы они прочитали упражнение. Потом читает его вслух и задает участникам следующие вопросы (они одновременно демонстрируются на экране или записаны на флипчарте):

1. Какой этап идеального поведения пациента в борьбе с ТБ («От кашля к выздоровлению») затрагивается в этой ситуации? Какой главный барьер на пути к идеальному поведению пациента в этой ситуации?
2. Какое мероприятие по адвокации могло бы помочь в преодолении этого барьера (адвокация политики, программная адвокация или медиа-адвокация)? Достаточно ли одного или требуется несколько видов адвокации?
3. Какие главные целевые аудитории для этих мероприятий по адвокации? Как лучше всего найти доступ к этим целевым аудиториям?
4. Какие партнерские организации нужно будет привлечь для адвокационных мероприятий?
5. Какие нормативные документы должны быть приняты, а в какие следует внести изменения?

Тренер подчеркивает, что очень важно сначала определить существующие препятствия (барьеры на пути к идеальному поведению пациента с ТБ), а потом решить, можно ли с помощью мероприятий по адвокации преодолеть их.

2. Упражнение: мероприятия по адвокации.

Тренер раздает рабочую таблицу:

Барьеры на пути к идеальному поведению в борьбе с ТБ

Идеальное поведение	Причины, по которым идеального поведения не удастся достичь (барьеры)		
	Индивидуальный уровень	Групповой уровень	Системный уровень
Своевременное обращение за помощью и получение точного диагноза			
Начало лечения			
Соблюдение и завершение полного курса лечения			

После этого тренер объясняет всей аудитории задание, подчеркивая важность его выполнения.



Задание: используя раздаточный материал «От кашля к выздоровлению: путь идеального поведения в борьбе с ТБ» и рабочую таблицу «Барьеры на пути к идеальному поведению в борьбе с ТБ», определить главные проблемы в контроле за ТБ, почему не получается достичь идеального поведения пациентов. Тренер напоминает три главных проблемных этапа на пути:

- пациенты не обращаются или несвоевременно обращаются за медицинской помощью для диагностики ТБ (выявления случаев ТБ);
- пациенты не лечатся после постановки диагноза ТБ;
- пациенты не проходят полный курс лечения (отрывы от лечения).

От кашля к выздоровлению: путь идеального поведения в борьбе с ТБ

ПРЕОДОЛЕНИЕ ПРЕПЯТСТВИЙ

Системный уровень	ИДЕАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	Индивидуальный и групповой уровни
	Своевременно обратиться за помощью	<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточные знания симптомов ТБ • Недостаточные знания о лечении ТБ • Стигматизация ТБ • Недооценка риска инфицирования
<ul style="list-style-type: none"> • Расстояние до медучреждения, время и стоимость проезда • Недостаточное сотрудничество между фтизиатрическими и другими службами (ВИЧ) • Пропущенный диагноз или отсутствие направлений другими службами 	Обратиться в медицинское учреждение	<ul style="list-style-type: none"> • Стоимость • Нежелание лечиться в ТБ больнице • Негативное отношение к службам здравоохранения • Стигма • Социальные нормы
<ul style="list-style-type: none"> • Недостаточные знания по ТБ медработников • Плохие навыки межличностной коммуникации • Отсутствие ресурсов, включая нехватку медперсонала • Плохое качество обслуживания (часы, очереди) • Расстояние до медучреждения, время и стоимость проезда 	Получить точный диагноз	<ul style="list-style-type: none"> • Неверное представление о процессе обследования на ТБ • Неоправданные ожидания
<ul style="list-style-type: none"> • Расстояние до медучреждения, время и стоимость проезда • Плохое качество обслуживания • Медработники не предоставляют необходимую информацию • Отсутствие лекарств 	Начать лечение	<ul style="list-style-type: none"> • Неверное представление о длительности лечения • Стигма
<ul style="list-style-type: none"> • Расстояние до медучреждения, время и стоимость проезда • Плохое качество обслуживания • Медработники не предоставляют необходимую информацию • Отсутствие лекарств 	Продолжать лечиться	<ul style="list-style-type: none"> • Неверное представление о длительности лечения • Стигма
<ul style="list-style-type: none"> • Расстояние до медучреждения, время и стоимость проезда • Плохое качество обслуживания • Медработники не предоставляют необходимую информацию • Отсутствие лекарств 	Завершить полный курс лечения	<ul style="list-style-type: none"> • Неверное представление о длительности лечения • Стигма

Тренер предлагает участникам обсудить следующие вопросы:

- Какой этап самый проблемный?
- В чем причины возникших проблем?
- Решение каких проблем является приоритетным?
- Какие барьеры необходимо устранить в первую очередь?
- Где можно достичь наилучших результатов?

Участникам предлагается проанализировать барьеры на индивидуальном, групповом и системном уровнях. Участники должны вписать их в рабочую таблицу «**Барьеры на пути к идеальному поведению в борьбе с ТБ**» по степени приоритетности.

Раздается рабочая таблица «**Мероприятия по адвокации**».

#	Какой существует барьер?	Какие требуются изменения, в т.ч. какие нормативные документы должны быть приняты, а в какие внесены изменения?	Кто обладает властью для осуществления изменения?	Кто адвокат (сторонник изменения)?	Какие мероприятия могут оказать влияние на людей у власти?
1	Пациенты не принимают участия в разработке и обсуждении политики, связанной с диагностикой, лечением и предупреждением распространения ТБ	Привлечение пациентов к разработке и обсуждению политических вопросов (решений), связанных с контролем за ТБ	МЗ	Пациенты с ТБ	Участие представителей пациентов с ТБ в заседаниях МЗ по ключевым вопросам, связанным с ТБ (напр., заседание координационного комитета по контролю за ТБ) и главных мероприятиях к Всемирному Дню борьбы с ТБ
2					

- Участников просят просмотреть барьеры на пути идеального поведения пациента с ТБ, которые они записали в своей рабочей таблице «Барьеры на пути к идеальному поведению в борьбе с ТБ». Они должны выбрать две-три первоочередные проблемы (барьеры) в наличии ресурсов, политике или системе здравоохранения. Тренер предлагает участникам провести мозговой штурм и наметить приоритетные мероприятия по адвокации, которые помогли бы устранить эти барьеры и добиться положительных изменений в поведении (побудить пациентов следовать идеальным путем). Участники должны подумать о таких мероприятиях, где они могли бы получить наилучшие результаты с учетом имеющихся ресурсов и других факторов.
- Ответы участников должны быть записаны в рабочей таблице. На выполнение этого задания требуется 30 минут.
- Тренер просит двух участников представить проблемы, решением которых, по их мнению, необходимо заняться в первую очередь, и назвать предложенные ими мероприятия по адвокации из своей рабочей таблицы. После этого все участники высказывают свое мнение. Тренер подчеркивает, что их замечания и оценка помогут критически оценить свои решения.

Тема 2. Права человека

2.1. Базовая информация о правах человека



Цель: предоставить участникам систематизированную информацию о правах человека на базе существующих международных стандартов.



Время: 20 мин.

Описание сессии:



Тренер излагает задачи сессии и просит участников поделиться своими мыслями о том, что такое права человека, какой является связь между здоровьем и правами человека, что означает «право на здоровье». После этого полученные ответы обсуждаются всеми участниками.

1. Презентация «Здоровье и права человека».

Права человека:

- гарантируются международными стандартами;
- защищены юридически;
- сосредоточены на вопросах достоинства людей;
- защищают отдельных лиц и группы людей;
- обязывают государства и государственных деятелей;
- от них невозможно отказаться или невозможно отобрать;
- являются взаимозависимыми и взаимосвязанными;
- являются всеобщими.

Права человека юридически гарантируются правовыми нормами, защищающими отдельных лиц и группы людей от действий, которые нарушают фундаментальные свободы и достоинство человека. Они охватывают то, что известно как гражданские, культурные, экономические, политические и социальные права. Права человека в основном касаются взаимосвязи между отдельным человеком и государством. Обязательства правительств в области прав человека в широком смысле относятся к принципам уважения, охраны и исполнения.

Как права человека закреплены в международном праве.

После Второй мировой войны международное сообщество приняло Всеобщую декларацию прав человека (1948 г.). Однако к тому времени, когда государства были уже готовы преобразовать положения этой Декларации в обязательный закон, наступила холодная война, которая отвлекла внимание от этих вопросов и разграничила их на две отдельные категории. Запад утверждал, что приоритет имели гражданские и политические права, а экономические и социальные являются не более чем возвышенными стремлениями. Восточный блок утверждал обратное: что права на своевременное получение продуктов питания, здоровье и образование являются главными, а гражданские и политические права – второстепенными. Поэтому в 1966 г. были заключены два отдельных договора – Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах и Международный пакт о гражданских и политических правах. С тех пор были приняты многочисленные договоры, декларации и другие юридические документы, и именно в этих документах содержатся обоснования основных прав человека.

2. 2. Связь между здоровьем и правами человека.



Цель: прояснить уровень знаний участников по вопросам взаимосвязи здоровья и прав человека, систематизировать знания и обеспечить материалами для дальнейшей работы.



Время: 20 мин.

Описание сессии:



Сессия проводится в форме презентации тренера и открытой дискуссии с вовлечением всех участников. Тренер должен убедиться, что все участники получили раздаточные материалы с изложением основных положений презентации.

Материалы для презентации⁶:

Имеются сложные связи между здоровьем и правами человека:

- Нарушения прав человека или отсутствие внимания к ним 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 к плохому здоровью или его воздействие можно уменьшить, предпринимая шаги для уважения, охраны и соблюдения прав человека.
- 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 просветительские 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...»

Наносящая вред традиционная практика: Принимаются «эффективные и необходимые меры с целью упразднения традиционной практики, отрицательно влияющей на здоровье детей».

Участие: Право на «...активное, свободное и конструктивное участие».

Информация: «Свобода искать, получать и распространять всякого рода информацию и идеи.»

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.

⁶ В презентации использованы материалы публикации: 25 вопросов и ответов о здоровье и правах человека. // Серия публикаций ВОЗ "Здоровье и права человека". – Выпуск No. 1, июль 2002 г. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690_rus.pdf

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.

Что значит «право на здоровье».



- «Право на здоровье не означает право быть здоровым и не означает, что правительства бедных стран должны создать дорогостоящие службы здравоохранения, для которых у них нет ресурсов. Но оно требует от правительств и государственных органов разработать политику и составить планы действий, которые приведут к наличию доступной медико-санитарной помощи для всех в кратчайшее возможное время. Обеспечение этого является задачей, стоящей как перед сообществом в области прав человека, так и перед специалистами общественного здравоохранения». *Верховный комиссар Организации Объединенных Наций по правам человека, Мэри Робинсон*
- Право на наивысший достижимый уровень здоровья (упоминаемое далее как «право на здоровье») впервые было зафиксировано в Уставе ВОЗ (1946 г.) и затем подтверждено в Алма-Атинской декларации 1978 г. и во Всемирной декларации по здравоохранению, утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1998 году. Оно было решительно одобрено в целом ряде международных и региональных документов по правам человека.
- Право на наивысший 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 Статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, который был ратифицирован 145 странами (по состоянию на май 2002 г.). В мае 2000 г. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, 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 государственных участников, которые ратифицировали Пакт. Право на здоровье тесно связано с реализацией других прав человека и зависит от реализации других прав, включая право на продовольствие, жилье, работу, образование, участие, использование преимуществ научного прогресса и применение его результатов, жизнь, не дискриминацию, равенство, запрещение пыток, личную жизнь, доступ к информации и свободу ассоциаций, собраний и движений.

- 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.

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 человека без дискриминации в пределах юрисдикции государства-участника. Доступность имеет четыре частично дублирующие аспекта:
 - отсутствие дискриминации;
 - 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.

2.3. Права человека и гражданина в Украине.



Цель: предоставить участникам систематизированную информацию о правах человека в Украине на базе существующих официальных документов и законодательства.



Время: 20 мин.



Сессия проводится в форме презентации тренера и открытой дискуссии с вовлечением всех участников. Тренер должен убедиться, что все участники получили раздаточные материалы с изложением основных положений презентации.

Материалы для презентации:

Принципы прав человека, заложенные в законодательстве, международных обязательствах и Конституции Украины, пока так и остались проектами и указателями государственного и социального строительства, но не стали реальными основой гражданского общества и механизмами государственного управления.

В Конституции Украины отдельный раздел посвящен правам и свободам человека и гражданина. Статья 21 определяет, что все люди свободны и равны в своем достоинстве и правах. Права и свободы человека неотчуждаемы и нерушимы. Согласно статье 22 Основного Закона государства, права и свободы человека и гражданина, закрепленные настоящей Конституцией, не являются исчерпывающими. Конституционные права и свободы гарантируются и не могут быть отменены. Статья 22 Конституции Украины подчеркивает, что принятие новых законов или внесении изменений в действующие законы не допускается если имеется сужение содержания и объема существующих прав и свобод.

Законы Украины предоставляют всем гражданам право обращаться в судебные инстанции в случае нарушения их прав и свобод или несогласия с действиями органов власти и должностных лиц. Ст. 55 Конституции говорит, что права и свободы человека и гражданина защищаются судом. Также каждый гражданин имеет право обращаться за защитой своих прав к Уполномоченному Верховной Рады Украины по правам человека. После использования всех национальных средств правовой защиты граждане имеют право обращаться за защитой своих прав и свобод в соответствующие международные судебные учреждения или международные организации, членом или участником которых является Украина. Кроме этого, каждый имеет право любыми не запрещенными законом средствами защищать свои права и свободы от нарушения и противоправных посягательств.

Право на охрану здоровья в Украине

На сегодняшний день правовое регулирование системы здравоохранения осуществляется Конституцией Украины, основами законодательства Украины о здравоохранении, Законами Украины и другими законодательными актами, принятыми в соответствии с ними.

Конституция Украины гарантирует каждому гражданину право на охрану здоровья, медицинскую помощь и медицинское страхование (статья 49). Это право обеспечивается государственным финансированием соответствующих социально-экономических, медико-санитарных и оздоровительно-профилактических программ.

Государство должно создавать условия для эффективного и доступного для всех граждан медицинского обслуживания. В государственных и коммунальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь предоставляется бесплатно; существующая сеть таких учреждений не может быть сокращена. Кроме того, государство заботится о развитии физической культуры и спорта, обеспечивает санитарно-эпидемиологическое благополучие.

Каждый человек имеет естественное неотъемлемое и непреложное право на охрану здоровья. Общество и государство ответственны перед современным и будущими поколениями за уровень здоровья и сохранение генофонда народа Украины, обеспечивают приоритетность здравоохранения в деятельности государства, улучшение условий труда, учебы, быта и отдыха населения, решение экологических проблем, совершенствование медицинской помощи и внедрение здорового образа жизни.

Основы законодательства Украины о здравоохранении определяют правовые, организационные, экономические и социальные основы охраны здоровья в Украине, регулируют общественные отношения в этой области с целью обеспечения гармоничного развития физических

и духовных сил, высокой трудоспособности и долголетней активной жизни граждан, устранения факторов, вредно влияющих на их здоровье, предупреждение и снижение заболеваемости, инвалидности и смертности, улучшение наследственности.

Законодательство Украины содержит свое определение понятия «здоровье»: «Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

Здравоохранение – система мероприятий, направленных на обеспечение сохранения и развития физиологических и психологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной биологически возможной индивидуальной продолжительности жизни.

Охрана здоровья и физическое развитие молодежи

Государство обеспечивает молодым гражданам равное с другими право на охрану здоровья, занятия физической культурой и спортом.

Местные органы исполнительной власти в области здравоохранения, учреждения здравоохранения совместно с предприятиями, учреждениями и организациями обеспечивают проведение ежегодного медицинского обследования всех молодых граждан и несовершеннолетних.

Органы здравоохранения обеспечивают развитие сети учреждений здравоохранения наркологического профиля, предоставляющих молодежи необходимую бесплатную помощь, разрабатывают и реализуют программы и мероприятия по профилактике среди молодежи социально опасных заболеваний, а также популяризации и утверждению здорового образа жизни.

Предприятия, учреждения и организации могут по ходатайству молодых граждан или их представителей полностью или частично оплачивать оказания медицинской помощи в сложных случаях в платных лечебных учреждениях страны или за рубежом.

Органы исполнительной власти разрабатывают и рекомендуют, а общеобразовательные, профессионально-технические и высшие учебные заведения включают в свои программы курс физической культуры, а также организуют секции для занятий отдельными видами спорта.

Международное сотрудничество в области здравоохранения

Украина – участник международного сотрудничества в области здравоохранения, член Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и других международных организаций. Учреждения здравоохранения, граждане и их объединения имеют право в соответствии с действующим законодательством самостоятельно заключать договоры (контракты) с иностранными юридическими и физическими лицами на любые формы сотрудничества, принимать участие в деятельности соответствующих международных организаций, осуществлять внешнеэкономическую деятельность.

Неправомерные ограничения международного сотрудничества со стороны государственных органов и должностных лиц могут быть обжалованы в установленном порядке, в том числе и в суд.

Ответственность и контроль соблюдения норм законодательству Украины о здравоохранении Согласно ст. 14 «Основ законодательства Украины о здравоохранении» реализация государственной политики здравоохранения возлагается на органы государственной исполнительной власти.

Личную ответственность за нее несет Президент Украины, который в своем ежегодном докладе Верховной Раде Украины освещает и вопросы состояния реализации государственной политики в области здравоохранения.

Президент Украины выступает гарантом прав граждан на охрану здоровья, обеспечивает выполнение законодательства об охране здоровья через систему органов государственной исполнительной власти, проводит в жизнь государственную политику здравоохранения и осуществляет другие полномочия, предусмотренные Конституцией Украины.

Высший надзор за соблюдением законодательства об охране здоровья осуществляют Генеральный прокурор Украины и подчиненные ему прокуроры.

Если ваши права нарушены, и медицинские работники не выполняют своих обязанностей, вы имеете право обратиться к высшим должностным лицам или органам. Таковыми являются главный врач, должностные лица районных и областных управлений здравоохранения, санитарно-эпидемиологические учреждения, Министерство здравоохранения Украины.

Если на ваши обращения не реагируют, вы непосредственно можете обратиться в суд, прокуратуру или к Уполномоченному по правам человека. Это право гарантируется каждому Конституцией Украины.

После окончания презентации тренер раздает участникам раздаточный материал с перечислением основных международных договоров, конвенций и стандартов, относящихся к здоровью и правам человека.

Международные договоры и конвенции (в хронологическом порядке), относящиеся к здоровью и правам человека

- Конвенция (No. 29) о принудительном труде (1930 г.) **(ратифицирована Президиумом ВС СССР 23 июня 1956 г.)**. Устав Организации Объединенных Наций (1945 г.) **(подписан 26 июня 1945 года Украинской УССР)**.
- Конвенция о предупреждении преступления геноцида и наказания за него (1948 г.) **(подписана Украиной 16.12.1949 г., ратифицирована Украиной 22.07.1954 г., вступила в действие для Украины 15.02.1955 г.)**.
- Конвенция о борьбе с торговлей людьми и эксплуатацией проституции третьими лицами (1949 г.) **(ратифицирована СССР 15 ноября 1954 года, для СССР и Украины она вступила в действие 15 февраля 1955 года)**.
- Женевская конвенция об улучшении участи раненых и больных в действующих армиях (1949 г.) **(ратифицирована СССР 17 апреля 1954, вступила в силу для Украины 10.11.1954)**.
- Женевская конвенция об улучшении участи раненых и больных илиц, потерпевших кораблекрушение, из состава вооруженных сил на море (1949 г.) **(ратифицирована СССР 17 апреля 1954)**.
- Женевская конвенция об обращении с военнопленными (1949 г.) **(ратифицирована СССР 17 апреля 1954)**.
- Женевская конвенция о защите гражданского населения во время войны (1949 г.) **(ратифицирована СССР 17 апреля 1954 (ст. 51))**, а также Дополнительный протокол к Женевским конвенциям, касающийся защиты жертв международных вооруженных конфликтов (Протокол 1) (1977 г.) **(ратифицирован Украиной 18 августа 1989)** и Протокол, касающийся защиты жертв вооруженных конфликтов немеждународного характера (Протокол 2) (1977 г.) **(ратифицирован Украиной 18 августа 1989)**.
- Конвенция о статусе беженцев (1950 г.) и Протокол, касающийся статуса беженцев (1967 г.) **(ратифицированы Законом Украины «О присоединении Украины к Конвенции о статусе беженцев и Протоколу относительно статуса беженцев» от 10.01.2002)**.
- Конвенция об упразднении принудительного труда (1957 г.) **(ратифицирована Украиной 5 октября 2000 г.)**.
- Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (1963 г.) **(подписана Украиной 7.03.1966 г., ратифицирована Украиной 21.01.1969 г., вступила в действие для Украины 7.04.1969 г.)**.

- Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.) (**подписан Украиной 20.03.1968 г., ратифицирован Украиной 19.10.1973 г., вступил в действие для Украины 3.01.1976 г.**).
- Международный пакт о гражданских и политических правах (1966 г.) (**подписан Украиной 20.03.1968 г., ратифицирован Украиной 19.10.1973 г., вступил в действие для Украины 23.03.1976 г.**) и два Протокола к нему (1966 г. и 1989 г.) (присоединение в 1991 и 2007 г.г. соответственно).
- Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1979 г.) (**подписана Украиной 17.07.1980 г., ратифицирована Украиной 24.12.1980 г., вступила в действие для Украины 3.09.1981 г.**) и Протокол к ней (1999 г.) (**Ратифицирован в 2003 г.**).
- Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (1984 г.) (**ратифицирована в 1987 г., заявление о допуске индивидуальных жалоб сделано в 2003 г.**).
- Конвенция о правах ребенка (1989 г.) (**подписана Украиной 14.02.1990 г., ратифицирована Украиной 28.02.1991 г., вступила в действие для Украины 27.09.1991 г.**).
- Конвенция (No. 169) о коренных народах и народах, ведущих племенной образ жизни, в независимых странах (1989 г.).
- Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (1990 г.).
- Конвенция (No. 182) о запрещении и немедленных мерах по искоренению наихудших форм детского труда (1999 г.) (**ратифицирована Украиной 14.12.2000**).
- Конвенция об охране материнства (No. 183, 2000 г.).

Международные декларации, нормы и стандарты, относящиеся к здоровью и правам человека

- Всеобщая декларация прав человека (1948 г.).
- Декларация об использовании научно-технического прогресса в интересах мира и на благо человечества (1975 г.) (**СССР голосовал «за»**).
- Декларация о правах инвалидов (1975 г.) (**принята без голосования**).
- Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, к защите заключенных или задержанных лиц от пыток или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (1982 г.).
- Декларация о праве на развитие (1986 г.) (**СССР голосовал «за»**).
- Принципы защиты лиц с психическими заболеваниями и улучшения психиатрической помощи (1991 г.).
- Принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей (1991 г.).
- Декларация о правах лиц, принадлежащих к национальным или этническим, религиозным и языковым меньшинствам (1992 г.).
- Стандартные правила Организации Объединенных Наций в отношении выравнивания возможностей для лиц с инвалидностью (1993 г.).
- Декларация о ликвидации насилия в отношении женщин (1993 г.).
- Универсальная декларация о человеческом геноме и правах человека (1997 г.).
- Декларация о праве и обязанности отдельных лиц, групп и органов общества поощрять и защищать общепризнанные права человека и основные свободы (1998 г.).
- Руководящие принципы в отношении внутренне перемещенных лиц (1998 г.).
- Конвенция о правах инвалидов (2006 г.) (**ратифицирована в 2010 г.**).

Региональные документы, связанные со здоровьем и правами человека

- Американская декларация прав и обязанностей человека (1948 г.).
- Европейская конвенция по защите прав человека и основных свобод (1950 г.) (**подписана Украиной 9.12.1995 г., ратифицирована Украиной 17.07.1996 г.**) и ее одиннадцать протоколов (1952–1994 гг.).
- Европейская социальная хартия (1961 г.) (**подписывалась в 1996 г.**), (пересмотрена в 1996 г.) (**ратифицирована в 2006 г., заявление о допуске индивидуальных жалоб не сделано**).
- Американская конвенция по правам человека (1969 г.).
- Африканская хартия прав человека и народов (1981 г.).
- Межамериканская конвенция о предупреждении пыток и наказании за них (1985 г.).
- Дополнительный протокол к Американской конвенции по правам человека в области экономических, социальных и культурных прав – «Сан-сальвадорский протокол» (1988 г.).
- Протокол об отмене смертной казни к Американской конвенции о правах человека (1990 г.).
- Африканская хартия о правах и благополучии ребенка (1990 г.).
- Конвенция о предотвращении, запрете и ликвидации насилия над женщинами «Конвенция Белем до Пара» (1994 г.).
- Арабская хартия о правах человека (1994 г.).
- Европейская конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (1997 г.) (**подписано Украиной 22.03.2002**).
- Межамериканская конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении лиц с инвалидностью (1999 г.).

Основные правообразующие нормативные акты Украины, регламентирующие вопросы здоровья и прав человека

- Конституция Украины (28.06.1996 № 254к/96-ВР).
- Гражданский кодекс Украины (16.01.2003 № 435-IV).
- Закон Украины «Основы законодательства Украины про здравоохранение» (19.11.1992 № 2801-XII).

Документы международных конференций и дальнейшие меры, касающиеся здоровья и прав человека

- Всемирная встреча на высшем уровне в интересах детей, Нью-Йорк (1990 г.): Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей и План действий по осуществлению Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей, Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (ССГАО-ОН) по положению детей (2002 г.).
- Конференция Организации Объединенных Наций по окружающей среде и развитию, Рио-де-Жанейро (1992 г.): Декларация об окружающей среде и развитии и Повестка дня на XXI век.
- Всемирная конференция по правам человека, Вена (1993 г.): Венская декларация и Программа действий.
- Международная конференция по народонаселению и развитию, Каир (1994 г.): Программа действий.
- Всемирная встреча на высшем уровне в интересах социального развития, Копенгаген (1995 г.).
- Копенгагенская декларация о социальном развитии и Программа действий Всемирной встречи на высшем уровне в интересах социального развития, а также дальнейшие меры, Копенгаген плюс 5 (2000 г.).
- Четвертая всемирная конференция по положению женщин, Пекин (1995 г.): Пекинская декларация и Платформа действий, а также дальнейшие меры, Пекин плюс 5 (2000 г.).

- Вторая конференция Организации Объединенных Наций по населенным пунктам (Хабитат II), Стамбул (1996 г.): Стамбульская декларация по населенным пунктам.
- Всемирный продовольственный саммит, Рим (1996 г.): Римская декларация о продовольственной безопасности в мире и План действий Всемирного продовольственного саммита, а также дальнейшие меры, Декларация Всемирного продовольственного саммита: Пять лет спустя, Международный альянс борьбы с голодом (2002 г.).
- Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (ССГАО-ОН) по СПИДу (2001 г.): Декларация об обязательствах в отношении ВИЧ/СПИДа «Глобальный кризис – глобальные действия».
- Всемирная конференция по борьбе против расизма, расовой дискриминации, ксенофобии и связанной с ними нетерпимости, Дурбан (2001 г.): Дурбанская декларация и Программа действий.
- Вторая всемирная ассамблея по проблемам старения (2002 г.): Политическая декларация и Мадридский международный план действий по проблемам старения.

2. 4. Средства и методы защиты прав пациентов, в т.ч. больных туберкулезом.



Цель: определить формы и методы защиты прав пациентов с ТБ, включая вовлечение сообществ пациентов в адвокационную деятельность, ознакомить участников с основными положениями Стратегии ВОЗ «Остановить ТБ».



Время: 30 мин.



Описание сессии:

1. Презентация «Общественные организации в деле защиты прав пациентов».

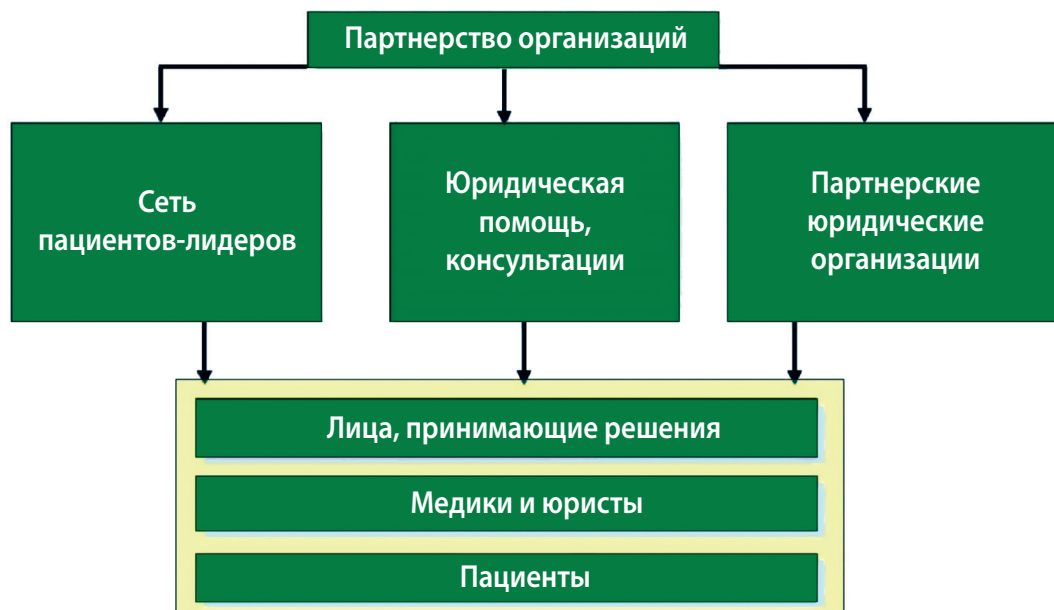
Направления деятельности:

- Информирование, просвещение и образование.
- Непосредственная защита прав пациентов.
- Межведомственное взаимодействие.

Межведомственное взаимодействие:

- Сотрудничество с МЗ – участие в комиссиях, рабочих группах и т.п.
- Участие в региональных советах по борьбе с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом.
- Анализ законодательства, касающегося ТБ, создание рекомендаций законодательных изменений на национальном уровне, разработка нормативной базы для регионального уровня.
- Взаимодействие с Комитетом Верховного Совета Украины по здравоохранению.
- Сотрудничество с другими министерствами и ведомствами.

Перспективы развития



Запланированные мероприятия:

- Усиление работы по правовому просвещению населения.
- Развитие национальной сети организаций по защите прав пациентов.
- Практическая подготовка юристов, для сферы защиты прав пациентов.
- Специализация юридического и медицинского образования.

2. Мини-лекция «Туберкулез и права человека».

Тренер раздает материалы «Туберкулез и права человека» и проводит мини-лекцию на тему.

Материалы по теме:

Почему права человека имеют важное значение в контексте борьбы с туберкулезом?

Туберкулез является болезнью бедности и неравенства, которой подвержены, главным образом, основные уязвимые группы населения, которые или не имеют вообще, или сохраняют ограниченный доступ к основным услугам здравоохранения. Подход, основанный на соблюдении прав человека в контексте профилактики, лечения и ухода в связи с туберкулезом включает устранение юридических, системных и социальных факторов, препятствующих оказанию качественных услуг по профилактике, диагностике, лечению и уходу. В некоторых странах въезд в страну может быть запрещен в связи с наличием туберкулезной инфекции в латентной форме или в анамнезе, а нелегальные мигранты могут быть депортированы до завершения курса лечения туберкулеза. Исследования показывают, что работники здравоохранения иногда отказывают ЛЖВС, работникам секс-бизнеса, трансгендерным лицам и представителям других маргинализированных групп населения в равноправном доступе к центрам ДОТС (государственным клиникам).

Лекарственно устойчивый туберкулез, включая туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью и с широкой лекарственной устойчивостью, может возникать в результате назначения неправильного лечения и нерегулярного приема лекарств, ограниченного доступа к качественному уходу, принудительного лечения или пребывания в тюремном заключении, а также отсутствия возможности пройти полный курс лечения. В подходе, основанном на уважении прав человека, акцент делается на методах лечения, позволяющих предотвратить развитие

лекарственной устойчивости и обеспечить реализацию права пациента на свободу от дискриминации (в том числе в сфере здравоохранения) и принудительного лечения. Однако в случае борьбы с лекарственно устойчивыми формами туберкулеза следует создавать схемы лечения на уровне сообщества, обеспечивающие уважение прав пациентов, получение полного курса лечения, высокую экономическую эффективность и укрепление общественного здравоохранения.

В целях создания оптимальных условий для расширения услуг по профилактике, тестированию, лечению и уходу необходимо устранить препятствия в области прав человека путем внедрения программ, направленных на расширение доступа к услугам. Люди с большей готовностью будут пользоваться услугами здравоохранения, если будут уверены, что не столкнутся с дискриминацией; не будут подвергаться при получении услуг другим рискам, например предварительному заключению в связи с криминализированным статусом; будет обеспечена конфиденциальность; будут иметь доступ к необходимой информации; и не будут получать услуги в принудительном порядке.

Права человека – это совокупность законных прав, основанных на принципах базового равенства и человеческого достоинства, которыми обладают все люди. Эти права указаны в международных договорах о правах человека, устанавливающих обязательства, которые правительства несут перед своими гражданами и перед международным сообществом.

В свою очередь, граждане также обязаны соблюдать права других людей.

Стратегия ВОЗ «Остановить ТБ» и права человека

Одной из важнейших задач Стратегии ВОЗ «Остановить ТБ» является защита и продвижение прав человека в области борьбы с туберкулезом. Борьба с ВИЧ-ассоциированным ТБ (коинфекцией ТБ/ВИЧ), ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ), удовлетворение потребностей бедных и уязвимых групп населения, а также расширение возможностей сообществ и людей, живущих с туберкулезом, являются основными элементами Глобального плана «Остановить туберкулез» на 2011-2015 годы в рамках Партнерства «Остановить ТБ».

Хартия Пациентов больных туберкулезом

Хартия Пациентов определяет Права и Обязанности больных туберкулезом. Знание Хартии усиливает возможности и больных, и общества. Разработанная и развитая пациентами всего мира Хартия позволяет выстроить взаимовыгодные отношения с работниками здравоохранения.

Хартия показывает возможности, которые помогут работать как партнерам пациентам, обществу, государственному и частному здравоохранению, правительству. При положительных и открытых отношениях можно улучшить противотуберкулезную помощь и повысить эффективность функционирования здравоохранения. При взаимодействии и содружестве и с учетом мнений всех сторон повышается взаимная ответственность по всем разделам работы.

Развитая в соответствии с международными стандартами противотуберкулезной помощи и использующая подход «сосредоточения на пациенте», Хартия соответствует основным принципам прав человека, провозглашенных Организацией Объединенных Наций, ЮНЕСКО, ВОЗ, Советом Европы, а также в других местных и национальных Хартий и соглашений.

В сфере борьбы с ТБ Хартия предлагает большую сопричастность и вовлеченность больных туберкулезом в организацию мероприятий. Вовлечение пациентов и появление у них полномочий стимулирует эффективное сотрудничество с работниками здравоохранения и властями, что существенно важно и необходимо для того, чтобы остановить распространение туберкулеза. Хартия Пациентов больных туберкулезом – первый в мире, инициированный пациентами стандарт, который является совместным инструментом строительства полноценного противотуберкулезного Сообщества.

Права пациентов

1. Оказание услуги

- a. Право на свободный и равноправный доступ к противотуберкулезной помощи, от диагноза до завершения лечения, независимо от ресурсов, расы, рода, возраста, языка, юридического статуса, вероисповедания, сексуальной ориентации, культуры или наличия другой болезни.
- b. Право получать медицинские советы и лечение, которые полностью соответствуют новым международным стандартам оказания противотуберкулезной помощи. Право на сосредоточение на потребностях пациентов, включая МЛУ-ТБ или ТБ/ВИЧ, на профилактическое лечение маленьких детей и лиц из групп высокого риска заболеть.
- c. Право пользоваться действующей системой помощи вне учреждений здравоохранения, обучением и профилактическими мерами, как частью всесторонних программ заботы о здоровье.

2. Достоинство

- a. Право на лечение с уважением и сохранением достоинства, без клейма, предубеждения или дискриминации со стороны работников здравоохранения и администрации.
- b. Право на качественное лечение в достойной окружающей среде, с моральной поддержкой семьи, друзей и окружения.

3. Информация

- a. Право на информацию о медицинских технологиях и услугах, которые необходимы при лечении туберкулеза, кто и как обязан и ответственен за их предоставление, что входит в их прямую или косвенную стоимость.
- b. Право получать своевременное, краткое и понятное описание медицинского состояния, диагноза, прогноза (мнение относительно вероятного будущего развития болезни), предложенного лечения, с разъяснением общих рисков и возможных альтернатив.
- c. Право знать названия и дозировки любого лекарства или вмешательства, которые будут предписаны, их нормальных действий и потенциальных побочных эффектов, возможного воздействия на общее состояние или лечение.
- d. Право доступа к медицинской информации, которая касается состояния пациента и лечения, предоставление копии медицинской документации, если требуется пациенту или лицу, уполномоченному пациентом.
- e. Право встречаться, обмениваться опытом с равными по положению и другими пациентами, добровольно обсуждать любые вопросы, в любой момент от диагноза до завершения лечения.

4. Выбор

- a. Право на второе медицинское мнение, с доступом к предыдущей медицинской документации.
- b. Право принимать или отказываться от хирургических вмешательств, если возможна химиотерапия, быть информированным относительно вероятных медицинских и установленных законом последствий в пределах контекста заразности болезни.
- c. Право выбирать, принимать или нет участие в научных исследованиях с учетом компромиссного решения по оценке риска ухудшения качества лечебного процесса.

5. Конфиденциальность

- a. Право на частную жизнь, достоинство, вероисповедание и культуру.
- b. Право на передачу конфиденциальной информации, касающуюся медицинского состояния в другие инстанции, только после согласования с пациентом.

6. Правосудие

- a. Право подавать жалобу через официальные каналы, предусмотренные системой здравоохранения, и получать быстрый и справедливый ответ.
- b. Право обращаться в более высокую инстанцию, если жалоба не удовлетворена, и быть информированным о результате рассмотрения в письменной форме.

7. Участие в организациях

- a. Право присоединяться или создавать организации и ассоциации людей, связанных с проблемой туберкулеза, искать поддержку для их развития через работников здравоохранения, власть или гражданское общество.
- b. Право участвовать, как полноправный член, в разработке, развитии, выполнении противотуберкулезной политики и программ с местными, национальными и международными организациями и органами здравоохранения.

8. Защита

- a. Право на сохранение работы после диагностирования или соответствующего восстановления после лечения.
- b. Право на достаточное и безопасное питание, если оно назначается для обеспечения лечения.

Обязанности пациентов

1. Предоставление информации

- a. Нести ответственность за предоставление достоверной информации работникам здравоохранения относительно текущего состояния, прошлых заболеваний, любых аллергий и любых других необходимых сведений.
- b. Предоставлять информацию работникам здравоохранения относительно семейных контактов, контактов с близкими друзьями и теми, кто мог быть инфицированным.

2. Соблюдение лечения

- a. Нести ответственность за соблюдение назначенный и согласованный план и схему лечения, добросовестно выполнять инструкции, направленные на защиту здоровья пациента и его окружения.
- b. Сообщать работникам здравоохранения о любых трудностях или проблемах в процессе лечения, а также уточнять любые детали лечения, если что – то не ясно или не понятно.

3. Содействие общественному здравоохранению

- a. Нести ответственность за помощь здравоохранению по привлечению лиц, у которых определяются симптомы туберкулеза путем поощрения, разъяснений и рекомендаций.
- b. Информировать и разъяснять права другим пациентам и работникам здравоохранения, понимая, что это является важной и достойной основой противотуберкулезного Сообщества.

4. Демонстрация солидарности

- a. Моральная ответственность за солидарность и помощь другим пациентам, чтобы вместе стремиться к излечению.
- b. Моральная ответственность за распространение информации и знаний, полученных в процессе лечения среди лиц, которые увеличивают возможность распространения инфекции.
- c. Моральная ответственность участвовать мероприятиях по освобождению общества от бремени туберкулеза.

В этих документах подробно рассмотрены вопросы, касающиеся прав и обязанностей пациентов, обязанностей исполнителей программ, директивных органов и доноров в области обеспечения участия сообществ в мероприятиях по профилактике и лечению туберкулеза и укреплению здоровья населения. В Хартии пациентов о медицинской помощи больным туберкулезом рассматриваются основные права человека, применяемые в контексте борьбы с туберкулезом.



Подведение итогов тренинга



Цель: *предоставить возможность провести анализ и оценку тренинга.*



Время: 20 мин.

Описание сессии:



Тренер подводит итоги состоявшегося тренинга, уточняет, не осталось ли у участников вопросов, не обсужденных на тренинге (следует заранее обратить внимание на лист с вопросами).

1. Анализ ожиданий участников:

Тренер предлагает участникам выйти к флипчарту с рисунком «конверта ожиданий» и приклеенными стикерами-ожиданиями, снять их и проанализировать, насколько оправдались ожидания участников от тренинга и изменилось их восприятие рассматриваемой темы. По желанию, участники могут прокомментировать свои ожидания.

2. Заполнение анкет

Участники заполняют анкету оценки знаний после тренинга (см. Приложение 3), а также форму оценки эффективности и качества тренинга. После чего тренер просит участников высказать самые яркие впечатления о тренинге.

3. Вручение сертификатов и официальное закрытие тренинга.

Список полезных ресурсов:

1. Что нужно знать о туберкулезе? http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2011/tb_br_press.pdf
2. Уроки снижения вреда. Учебное пособие. Материалы для самостоятельного изучения социальными работниками.
http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/uroki_preview.pdf
3. Інфекційний контроль щодо туберкульозу та інших захворювань, які передаються повітряно-крапельним шляхом, на базі громадських організацій. Рекомендації. http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/alliance_IK.pdf
4. Доклад ВОЗ о глобальной борьбе против туберкулеза, 2013.
http://www.who.int/tb/publications/global_report/ru/
5. ВОЗ: информация по стране, туберкулез
<http://www.who.int/countries/ukr/ru/>
6. Core Curriculum on Tuberculosis: What the Clinician Should Know
<http://www.cdc.gov/TB/education/corecurr/index.htm>
7. Информационный бюллетень N°104, ВОЗ, Октябрь, 2013 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/ru/>
8. WHO. TB Advocacy. A Practical Guide. 1999. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_TB_98.239.pdf?ua=1
9. Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца «Практическое руководство по участию в борьбе с туберкулезом»; 2007. http://www.tbpolicy.ru/upload/File/RelatedFiles/publication/46/TBGuidelines_RU_Red_Cross.pdf
10. WHO, Stop TB Partnership. ACSM for TB Control. A Guide to Developing Knowledge, Attitude and Practice Surveys. 2008.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596176_eng.pdf
11. ВОЗ «Реализация стратегии ВОЗ «Остановить туберкулез». Справочник для национальных программ борьбы с туберкулезом», 2009. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/130706/9789241546676_rus.pdf

Приложения

Приложение 1. Список материалов для тренинга

- бумага для флипчарта;
- бейджи по количеству участников и тренеров;
- маркеры (4 набора);
- блокноты по количеству участников;
- ручки по количеству участников;
- папки по количеству участников;
- стикеры (4 упаковки, разноцветные);
- клей-карандаш (2 шт.);
- скотч бумажный (4 шт.);
- CD-диски по количеству участников;
- степлер и скобы к нему, скрепки;
- ножницы;
- бумага формата А4 (1 уп.);
- подставка для флипчарта;
- проектор;
- экран;
- ноутбук;
- сертификаты для участников проекта;
- листовки «Туберкулез излечим».

Приложение 2.

Анкеты оценки знаний участника до тренинга

ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Флюорографического обследования достаточно для выявления туберкулёза:

- Да, вполне
- Нет, не достаточно

2. Если в организм человека попала туберкулезная палочка, обязательно ли человек заболеет туберкулёзом?

- Да
- Нет

3. Лечение туберкулеза в Украине платное:

- Да
- Нет

4. Лечение туберкулёза заканчивается, когда пациент прекращает бактериовыделение:

- Да
- Нет

5. Стресс может быть толчком к началу заболевания туберкулёзом:

- Да
- Нет

6. Приём противотуберкулёзных препаратов должен проходить только под контролем медработника:

- Да
- Нет

7. Противотуберкулёзные препараты вызывают побочные эффекты:

- Да
- Нет

8. Больному туберкулёзом, являющемуся бактериовыделителем, необходимо:

- Проходить лечение только в стационаре
- Принимать противотуберкулёзные препараты по желанию
- Прикрывать рот при кашле

9. Для профилактики заболевания туберкулезом среди сотрудников ВИЧ-сервисной организации важно:

- Проводить проветривание помещения через открытые окна по графику и по мере необходимости
- Проветривать при одновременно открытых окнах и дверях, что наиболее эффективно
- Проводить обучение сотрудников поведению с клиентом у которого есть подозрение на ТБ
- Использовать одноразовую посуду

10. Не заболеть туберкулезом помогают:

- Вакцинация и ревакцинация детей
- Здоровый образ жизни
- Употребление жирной пищи
- Профилактическое лечение групп риска

11. Что такое мультирезистентный туберкулез:

- Туберкулез, вызванный несколькими возбудителями
- Форма туберкулеза, при которой микобактерии туберкулеза становятся невосприимчивыми к 2-м и более основным противотуберкулёзным препаратам
- Туберкулёзное поражение нескольких органов

12. Мультирезистентный туберкулез можно вылечить:

- Да
- Нет

13. Причины возникновения мультирезистентного туберкулеза:

- При перерывах приема противотуберкулёзных лекарств по любым причинам
- В результате повторного инфицирования микобактериями туберкулеза
- Заражение мультирезистентными штаммами микобактерии туберкулеза (от больного мультирезистентным туберкулезом)

14. В чем заключаются особенности мультирезистентного туберкулеза:

- Легче поддается лечению
- Легче передается от больного к здоровому человеку
- Требуется длительное лечения
- Больной человек не заразен для окружающих

15. Признаки туберкулеза:

- Кашель более 2-х недель
- Высокая температура в течение 2–3-х дней
- Боль в области грудной клетки при дыхании
- Похудение, снижение аппетита
- Потливость
- Слабость
- Кровохарканье

АДВОКАЦИЯ

1. Мероприятия по адвокации, коммуникации и социальной мобилизации имеют одинаковые задачи и целевые группы:

- Да
- Нет

2. Целью мероприятий по адвокации является повышение осведомленности по вопросам ТБ как можно более широкого круга населения:

- Да
- Нет

3. Мероприятия по адвокации очень важны для поддержки всех шести элементов стратегии «Остановить ТБ»:

- Да
- Нет

4. Лучше как можно быстрее провести адвокационные мероприятия (так как на изменение поведения требуется время), чем сначала собирать и анализировать информацию и факты для разработки таких мероприятий и только потом приступать к их осуществлению:

- Да
- Нет

5. Мероприятия по адвокации необходимы для достижения целей национальной программы по контролю за ТБ:

- Да
- Нет

6. Определение причин, из-за которых у пациента низкая приверженность к лечению, – это пример «анализа барьеров»:

- Да
- Нет

7. Оценку потребностей в адвокации можно проводить, используя различные методы исследований:

- Да
- Нет

Приложение 3.

Анкеты оценки знаний участника после тренинга (с ключом)

ТУБЕРКУЛЕЗ

1. Флюорографического обследования достаточно для выявления туберкулёза:

- Да, вполне
- Нет, не достаточно

2. Если в организм человека попала туберкулезная палочка, обязательно ли человек заболит туберкулёзом?

- Да
- Нет

3. Лечение туберкулеза в Украине платное:

- Да
- Нет

4. Лечение туберкулёза заканчивается, когда пациент прекращает бактериовыделение:

- Да
- Нет

5. Стресс может быть толчком к началу заболевания туберкулёзом:

- Да
- Нет

6. Приём противотуберкулёзных препаратов должен проходить только под контролем медработника:

- Да
- Нет

7. Противотуберкулёзные препараты вызывают побочные эффекты:

- Да
- Нет

8. Больному туберкулёзом, являющемуся бактериовыделителем, необходимо:

- Проходить лечение только в стационаре
- Принимать противотуберкулёзные препараты по желанию
- Прикрывать рот при кашле

9. Для профилактики заболевания туберкулезом среди сотрудников ВИЧ-сервисной организации важно:

- Проводить проветривание помещения через открытые окна по графику и по мере необходимости
- Проветривать при одновременно открытых окнах и дверях, что наиболее эффективно
- Проводить обучение сотрудников поведению с клиентом у которого есть подозрение на ТБ
- Использовать одноразовую посуду

10. Не заболеть туберкулезом помогают:

- Вакцинация и ревакцинация детей
- Здоровый образ жизни
- Употребление жирной пищи
- Профилактическое лечение групп риска

11. Что такое мультирезистентный туберкулез:

- Туберкулез, вызванный несколькими возбудителями;
- Форма туберкулеза, при которой микобактерии туберкулеза становятся невосприимчивыми к 2-м и более основным противотуберкулезным препаратам
- Туберкулезное поражение нескольких органов

12. Мультирезистентный туберкулез можно вылечить:

- Да
- Нет

13. Причины возникновения мультирезистентного туберкулеза:

- При перерывах приема противотуберкулезных лекарств по любым причинам
- В результате повторного инфицирования микобактериями туберкулеза
- Заражение мультирезистентными штаммами микобактерии туберкулеза (от больного мультирезистентным туберкулезом)

14. В чем заключаются особенности мультирезистентного туберкулеза:

- Легче поддается лечению
- Легче передается от больного к здоровому человеку
- Требуется длительное лечения
- Больной человек не заразен для окружающих

15. Признаки туберкулеза:

- Кашель более 2-х недель
- Высокая температура в течение 2–3-х дней
- Боль в области грудной клетки при дыхании
- Похудение, снижение аппетита
- Потливость
- Слабость
- Кровохарканье

АДВОКАЦИЯ

1. Мероприятия по адвокации, коммуникации и социальной мобилизации имеют одинаковые задачи и целевые группы:

- Да
- Нет

2. Целью мероприятий по адвокации является повышение осведомленности по вопросам ТБ как можно более широкого круга населения:

- Да
- Нет

3. Мероприятия по адвокации очень важны для поддержки всех шести элементов стратегии «Остановить ТБ»:

- Да
- Нет

4. Лучше как можно быстрее провести адвокационные мероприятия (так как на изменение поведения требуется время), чем сначала собирать и анализировать информацию и факты для разработки таких мероприятий и только потом приступить к их осуществлению:

- Да
- Нет

5. Мероприятия по адвокации необходимы для достижения целей национальной программы по контролю за ТБ:

- Да
- Нет

6. Определение причин, из-за которых у пациента низкая приверженность к лечению, – это пример «анализа барьеров»:

- Да
- Нет

7. Оценку потребностей в адвокации можно проводить, используя различные методы исследований:

- Да
- Нет



Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине

МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»
ул. Димитрова, 5, корпус 10А, 9-й этаж, 03680, г. Киев, Украина
Тел.: (+380 44) 490-54-85, 490-54-86, 490-54-87, 490-54-88
Факс: (+380 44) 490-54-89
E-mail: office@aidsalliance.org.ua
Web: www.aidsalliance.org.ua